

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**COMORBILIDAD EN PACIENTES DEL  
PROGRAMA DE INSUFICIENCIA  
CARDIACA RELACIONADO CON EL  
ESTILO DE VIDA, HOSPITAL CLÍNICA  
BÍBLICA, 2022.**

**ANGÉLICA MARÍA GAMBOA ELIZONDO**

**2022**

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	10
<b>ABSTRACT</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	13
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	14
1.1.1 Antecedentes del problema.....	14
<b>1.1.2 Delimitación del problema</b> .....	19
<b>1.1.3 Justificación</b> .....	20
<b>1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	22
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	23
<b>1.3.1 Objetivo general</b> .....	23
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	23
<b>1.4 ALCANCE Y LIMITACIONES</b> .....	24
<b>1.4.1 Alcances de la investigación</b> .....	24
<b>4.1.2 Limitaciones de la investigación</b> .....	24
<b>CAPÍTULO II</b> .....	25
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	25
<b>2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b> .....	26
<b>2.1.1 COMORBILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA</b> .....	26
<b>2.1.2 ESTILOS DE VIDA</b> .....	29
<b>2.1.3 MODELOS Y TEORÍAS</b> .....	35
<b>CAPÍTULO III</b> .....	37

<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.1 Estudio descriptivo .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3.1 Población .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3.2 Muestra .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4.1 Validez del cuestionario .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4.2 Confiabilidad del cuestionario .....</b>	<b>41</b>
<b>3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>43</b>
<b>3.7 PLAN PILOTO .....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>47</b>
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 GENERALIDADES .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>82</b>
<b>DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
<b>5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>95</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>95</b>
<b>6.1 CONCLUSIONES .....</b>	<b>96</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>100</b>

<b>GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO 1: Modelo Promoción de la Salud, Nola Pender .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO 2 Declaración jurada .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO 3 Carta de aprobación tutoría .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO 4 Carta de lectora .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO 5 Carta de autorización para la publicación del TFG .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO 6 Consentimiento informado (para aplicar instrumento) .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO 7 Instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO 8 Plan piloto .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO 9 ALFA DE CRONBACH .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO 10 Dedicatoria .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO 11 Agradecimientos .....</b>	<b>163</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de las personas con Diabetes Mellitus o sin ella según conocimiento de glucosa en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 76

Tabla N° 2 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella según conocimiento del colesterol en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 76

Tabla N° 3 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella que controlan diariamente su presión arterial. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 77

Tabla N° 4 Distribución de las personas con diabetes mellitus o sin ella según los tiempos de comidas diarios. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 78

Tabla N° 5 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella según la calidad del sueño. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 79

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°:1 Distribución porcentual de las personas según sexo. Programa de insuficiencia cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 46

Figura N°:2 Distribución de personas según grupos de edad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 47

Figura N°:3 Distribución de las personas según lugar de residencia. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 48

Figura N°:4 Distribución porcentual de las personas según actividad laboral. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 49

Figura N°:5 Distribución de las personas según nivel de escolaridad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 50

Figura N°:6 Distribución de personas según tiempo de diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 51

Figura N°:7 Figura N°7 Distribución porcentual de personas si tiene o no otra (s) enfermedad (es). Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 52

Figura N°:8 Distribución de personas según las enfermedades que padecen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 53

Figura N°:9 Distribución de personas según enfermedades que se desarrollaron antes de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	54
Figura N°:10 Distribución personas según enfermedades que se desarrollaron después de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	55
Figura N°:11 Distribución porcentual de las personas que toman o no medicamentos para las enfermedades. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	56
Figura N°:12 Distribución de las personas que tienen o no antecedentes patológicos familiares y de si asisten o no a controles médicos frecuentes. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	57
Figura N°:13 Distribución de las enfermedades por antecedentes patológicos familiares. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	58
Figura N°:14 Distribución porcentual de si informa o no cualquier síntoma extraño a los profesionales en salud. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	59
Figura N°:15 Distribución de si conocen o no el nivel de colesterol y glucosa en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	60
Figura N°:16 Distribución de sí controlan diariamente o no la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	61

Figura N°:17 Distribución de los cambios en los síntomas de insuficiencia cardiaca durante el último año. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	62
Figura N°:18 Distribución porcentual de personas si toma o no algún medicamento antes del desayuno. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	63
Figura N°:19 Distribución de personas según cuantos tiempos de comida hace el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	64
Figura N°:20 Distribución de personas según la capacidad que tienen durante los tiempos de comida. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	65
Figura N°:21 Distribución porcentual de personas según la capacidad que tienen durante el aseo personal. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	66
Figura N°:22 Distribución de personas según la capacidad que tienen para vestirse o desvestirse. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022..	67
Figura N°:23 Distribución de personas según cuántas veces realiza ejercicio vigoroso. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.	68
Figura N°:24 Distribución de personas según participación en programas o actividades de ejercicio bajo supervisión. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.	69

Figura N°:25 Distribución de personas según la frecuencia en la que toma tiempo cada día para el relajamiento. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. 70

Figura N°:26 Distribución de personas según la frecuencia en la que discute con personas cercanas los problemas y preocupaciones. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 71

Figura N°:27 Distribución porcentual de personas según la cantidad de horas nocturnas que duermen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 72

Figura N°:28 Distribución porcentual de personas según la calidad del sueño. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 73

Figura N°:29 Distribución porcentual de personas según si realiza o no siesta durante el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 74

Figura N°:30 Distribución porcentual de personas según la duración de la siesta. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.. 75

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades no transmisibles son causantes de un alto índice de muertes a nivel mundial, la mayoría de estos son alteraciones cardiovasculares como lo es la insuficiencia cardiaca, esta es una patología que implica una serie de cambios en el estilo de vida no sólo del paciente sino de su entorno para poder llevar una calidad de vida adecuada. **Objetivo general:** Determinar las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica año 2022. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, en una muestra de 60 personas, mediante un instrumento de elaboración propia que usa como referencia el Cuestionario sobre la insuficiencia cardíaca (Kansas City) (KCCQ-12). **Resultados:** Del total de la población 55% son mujeres y el restante 45% son hombres, residentes en su mayoría dentro de la provincia de San José seguidos de Heredia, Cartago y Alajuela, 24 personas tienen un rango de edad de 61-70 años, las comorbilidades con mayor incidencia son la HTA y la DM afectando a 47 y 32 usuarios respectivamente. 92% son independientes para bañarse o ducharse, 58 personas son totalmente independientes para ingerir alimentos, 23 pacientes en cuanto a los cambios en los síntomas de la IC indican estar Algo Mejor durante el último año. **Discusión:** La insuficiencia cardiaca afecta en su mayoría a adultos mayores, se demuestra que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son factores de riesgo para desarrollar esta patología, por lo cual, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender es de gran importancia para la educación de esta población y su entorno. **Conclusiones:** las comorbilidades en pacientes con insuficiencia cardiaca son de gran importancia para poder definir el estilo de vida que puedan tener, una adecuada dieta, higiene del sueño, actividad física rutinaria acorde a las necesidades y un adecuado apego al tratamiento son indispensables para poder tener calidad de vida sin que la enfermedad interfiera tanto en ello.

**Palabras Claves:** insuficiencia cardíaca, estilo de vida, comorbilidades.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Noncommunicable diseases are the cause of a high rate of deaths worldwide, most of these are cardiovascular disorders such as heart failure, this is a pathology that implies a series of changes in the lifestyle not only of the patient but of their environment to be able to carry out an adequate quality of life. **General objective:** To determinate comorbidities related to lifestyle in patients of the heart failure program of the Clínica Bíblica Hospital in 2022. **Methodology:** Quantitative descriptive study, in a sample of sixty people, using a self-prepared instrument that uses the Heart Failure Questionnaire (Kansas City) (KCCQ-12) as a reference. **Results:** Of the total population, 55% are women and the remaining 45% are men, residing mostly within the province of San José followed by Heredia, Cartago, and Alajuela, twenty-four people have an age range of 61-70 years, the comorbidities with the highest incidence are hypertension and DM, affecting 47 and 32 users, respectively. Ninety-two percent are independent to bathe or shower, fifty-eight people are totally independent to eat food, twenty-three patients in terms of change in IC symptoms indicate being somewhat better during the last year. **Discussion:** Heart failure mostly affects older adults, it is shown that high blood pressure and diabetes mellitus are risk factors for developing this pathology, for which the Nola Pender Health Promotion Model is of great importance for the education of those population and its environments. **Conclusions:** comorbidities in patients with heart failure are of great importance to be able to define the lifestyle they may have, an adequate diet, sleep hygiene, routine according to the needs and an adequate adherence to treatment are essential to be able to have quality of life. Life without disease interfering so much with it.

**Keywords:** heart failure, lifestyle, comorbidities.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.1 Antecedentes del problema

#### **Internacionales**

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte a pesar de las continuas novedades terapéuticas que se ofrecen en la actualidad, y aunque parte de la responsabilidad recae en los pacientes, esta también está en el personal sanitario.

La insuficiencia cardiaca es una condición común, creciente y fatal así lo menciona López et al (1) en el estudio titulado “Calidad asistencial en el manejo de la insuficiencia cardiaca en una zona básica de salud”, España 2018, además indican que perjudica la calidad de vida del individuo más que cualquier otra enfermedad.

El estudio transversal observacional analiza las historias clínicas de 161 individuos participantes que están incluidos en la cobertura de la zona básica de salud, como la IC es una entidad con una morbimortalidad alta, la calidad asistencial debe mantener un margen o mejorarlo para disminuir los ingresos y mortalidad.

La insuficiencia cardiaca es acompañada frecuentemente por patologías que complican el cuidado y evolución del paciente, así lo mencionan Andrade, Pérez y Silvera (2) en el artículo de revisión “Manejo de las comorbilidades en la insuficiencia cardiaca” mediante una investigación clínica en Uruguay en el 2018.

Los resultados arrojan que el 45% de los pacientes mayores a 65 años presentan 2 o más enfermedades, además, dentro de las que son crónicas no transmisibles la insuficiencia cardiaca (IC) es la que más se relaciona a esta morbilidad asociada, su consideración y abordaje forman parte del tratamiento holístico de esta patología.

Las medidas de autocuidado son un aspecto importante y útil para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta alteración menciona Tarapués et al (3) en el artículo “Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica”, Ecuador 2018.

Los resultados demuestran en este estudio observacional, transversal y descriptivo que en los 69 participantes encuestados la ausencia de conductas de autocuidado en estos pacientes que presentan comorbilidades es alta, por lo cual brindar una mejor información sobre las medidas de cuidado personal es esencial para el tratamiento no farmacológico en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Severino et al (4) muestra en el estudio transversal titulado “Asociación entre diferentes niveles de actividad física, calidad de vida y comorbilidades en la hipertensión en una ciudad del estado de São Paulo” del 2019, en el cual se evalúa un total de 200 pacientes menciona que los problemas cardiovasculares, están directamente relacionados con el estilo de vida de los participantes y los niveles deficientes de actividad física.

Los resultados más relevantes son que un 20.5% de los participantes se consideran físicamente activos o muy activos, estos representan el grupo número 3 conformado por 37 participantes. Otro de los hallazgos más relevantes es que 82 de los integrantes pertenecen al grupo de irregularmente activo donde la edad media es de 57 años, lo que evidencia es que la mayoría de ellos no tienen la disciplina para realizar actividad física diariamente, lo que es idóneo para prevenir el desarrollo de comorbilidades.

La insuficiencia cardiaca es una patología de alto impacto en morbimortalidad y es considerado un problema de salud pública por su impacto económico en el sistema de salud, como lo menciona Molano et al (5) en el estudio descriptivo correlacional de corte transversal que se realiza en 107

pacientes sobre “Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca” en la ciudad de Bogotá, 2020.

La población afectada mayormente corresponde a la tercera edad, pero, llama considerablemente la atención el 20,56% que representa al grupo de 26 a 50 años lo que evidencia que la insuficiencia cardíaca también está afectando a la población joven, lo cual puede estar directamente relacionado con la inversión de la pirámide poblacional.

Las afectaciones cardíacas disminuyen la cotidianidad de las personas que la padecen, mencionan Molana y González (6) en la investigación titulada “Factores deteriorantes de la calidad de vida en insuficiencia cardíaca: revisión integrativa”, en este estudio se incluyen 24 artículos en los cuales se identifican 24 causas que afectan al individuo que padece esta patología, en Colombia en el 2021.

El estudio registra características clínicas y el manejo en un total de 695 pacientes con IC, el síntoma más frecuente es disnea con un 65.9% seguida por fatiga con un 35.7%, ante tal situación se plantea el ejercicio físico de la rehabilitación cardíaca, además, se abarcan modificaciones en el estilo de vida como factores ambientales y biológicos. Es decir, todas las intervenciones interdisciplinarias son importantes para una adecuada evolución del paciente.

Rosello et all (7) menciona en el artículo “Comportamiento de comorbilidades en la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica”, Cuba 2021, que esta patología va en aumento para los próximos años por causa del envejecimiento poblacional, además, las enfermedades adicionales contribuyen a empeorar el pronóstico de vida en las personas afectadas.

El estudio es de cohorte retrospectivo con una participación de 242 pacientes con IC, en el cual la presencia aislada de enfermedades no muestra asociación con la mortalidad, pero sí cuando

coexistían más de dos patologías, aumenta la defunción general y las hospitalizaciones por causas cardiacas.

Pérez et al (8) menciona en el artículo titulado “Insuficiencia cardiaca la epidemia en el medio rural: características y manejo en un centro de salud rural de Albacete”, Madrid 2021, que hay numerosos estudios sobre el manejo de la IC a nivel hospitalario, pero en la atención primaria son escasos los datos.

El estudio es de diseño observacional descriptivo con una muestra de 224 pacientes con IC que son atendidos por médicos de atención primaria y que tengan un adecuado apego al tratamiento farmacológico, de estos únicamente el 12.9% de los participantes tienen una perfecta adherencia a los medicamentos, de eso se puede concluir que el estilo de vida puede verse afectado considerablemente por no cumplir con el tratamiento, además se pueden desarrollar comorbilidades.

En la actualidad tener un estilo de vida sedentario es algo habitual según lo mencionan Romero, Marcos y López et al (9) en la revisión bibliográfica titulada “Análisis del ejercicio físico en la insuficiencia cardiaca” en donde los sujetos de estudio son individuos mayores de 18 años con esta enfermedad, España 2022.

La actividad física es uno de los métodos más eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca, en la revisión se menciona que los afectados tienen una gran mejoría en cuanto las sesiones son supervisadas, sin embargo, cuánto se debe realizar un seguimiento vía telefónica sugiere que las prescripciones de ejercicio no se siguen de la misma forma que en el periodo supervisado.

## **Nacional**

Las investigaciones seleccionadas son desarrolladas por enfermería y otros grupos multidisciplinarios. Los factores deteriorantes que se logran identificar se clasifican en dimensión física, social y psicológica por lo cual se requiere de una evaluación individual del paciente para poder definir cuáles son las causas que influyen en la disminución de la función fisiológica.

Moraga y Soto et al (10) mencionan en el artículo “Prescripción de ejercicio durante la rehabilitación cardiaca de pacientes con Insuficiencia Cardiaca” que el resultado de desórdenes cardiovasculares lleva a un deterioro sustancial de la calidad de vida en donde la tolerancia a la actividad física disminuye considerablemente por lo cual hay un aumento de la mortalidad, Costa Rica 2021.

La investigación sobre la IC demuestra que a tanto a nivel nacional como internacional es necesario realizar más estudios sobre esta patología, ya que hay muy poca información al respecto, al ser una de las principales causas de muerte en Costa Rica se deben tener datos constantes para valorar puntos a mejorar y así poder brindar un mejor tratamiento y calidad de vida a los afectados.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La investigación se realiza en el programa de insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica sede Central en San José, el cual cuenta con alrededor de 114 pacientes, hombres y mujeres con un rango de edad entre los 30 y 88 años. El estudio se realiza durante el I semestre 2022.

### **1.1.3 Justificación**

Las enfermedades no transmisibles son causantes de un alto índice de muertes a nivel mundial, este oscila en un 71% y la población afectada son los de edades entre 30 y 69 años, la mayoría de estos son por alteraciones cardiovasculares, una de ellas es la insuficiencia cardiaca, esta es una enfermedad que compromete e implica una serie de cambios en el estilo de vida de las personas del cual esos individuos se les ve alterado varios factores como el familiar, personal, laboral y social.

Esta investigación se realiza con el fin de identificar cual es la afectación de las comorbilidades en la cotidianidad de cada individuo, además que en la actualidad estas enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de muerte en Costa Rica (11), se estima que entre un 20% y 30% de la población costarricense ha tenido, sufre o padece en algún momento de su vida una enfermedad cardiovascular. (12) Por esta razón las variables son importantes porque en la epidemiología desde el punto de vista de la morbilidad se tienen muy pocos datos además del gran impacto económico por la frecuente hospitalización de los pacientes con dicha patología.

Las comorbilidades tienen un papel importante y fundamental en el estilo y calidad de vida de las personas con insuficiencia cardiaca, donde cualquier alteración puede comprometer la vida del individuo y la de su familia, además de aumentar el riesgo de hospitalización y muertes, esto se da tanto a nivel nacional como internacional.

La población del programa son los beneficiados ya que en la presente investigación se logra obtener el resultado de la atención del usuario de forma individualizada a través de distintas áreas como lo es: atención (el cuerpo), corazón (la persona) y cura (enfermedad) como lo menciona la Lidya Hall, logrando abordaje holístico de las necesidades del paciente, la presencia y actuar del

personal de enfermería es indispensable, en la educación al paciente, familia, cuidadores y entorno respecto a los autocuidados que se requieren para que así tengan un papel activo y sean protagonistas de su salud, además de esto va a conocer los objetivos de vida para poder plantear las intervenciones más acordes con las metas. (13)

Las enfermedades no transmisibles principalmente son las que se deben abordar desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que, si hay antecedentes patológicos familiares aumenta el riesgo de desarrollarlas, es por ello la importancia del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, menciona e identifica pilares fundamentales para una adecuada educación tanto para el paciente como para su entorno.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las comorbilidades en pacientes del programa de insuficiencia cardiaca relacionado con el estilo de vida en el Hospital Clínica Bíblica durante el I semestre 2022?

## 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1 Objetivo general

Determinar las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica año 2022.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar los **datos sociodemográficos** de los pacientes del programa insuficiencia cardiaca Hospital Clínica Bíblica, 2022
- 2) Describir las **comorbilidades** que afectan a los pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022
- 3) Identificar el **estilo de vida** en pacientes el programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022
- 4) Relacionar las **comorbilidades** y el **estilo de vida** en pacientes el programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022

## **1.4 ALCANCE Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

La investigación no presenta alcances más allá de los objetivos establecidos

### **4.1.2 Limitaciones de la investigación**

La muestra es afectada por la emergencia nacional debido a la pandemia por el virus SARS Cov-2 y por las múltiples estafas por medios tecnológicos, además, por la poca colaboración de los pacientes del programa, por lo cual, esto conlleva a un alto porcentaje de poca respuesta.

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1.1 COMORBILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA**

La insuficiencia cardiaca es un estado fisiopatológico y clínico en el cual una anormalidad cardíaca es responsable de que el corazón no pueda responder normalmente a los requerimientos de irrigación periférica o de que funcione con presiones de llenado elevadas. (14) Esta patología se puede manifestar en cualquier etapa de la vida, aunque entre mayor edad puede incrementar las probabilidades de padecerla. (15)

Esta patología es clasificada en la actualidad en dos tipos:

- Insuficiencia cardiaca aguda: Los síntomas aparecen de forma repentina y son graves desde el principio. (15)
- Insuficiencia cardíaca crónica: se manifiesta gradualmente, pero los síntomas se intensifican con el paso del tiempo; es la más frecuente. (15)

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) requiere un adecuado plan terapéutico, para esto es esencial diferenciar tres tipos de IC según la disfunción ventricular (16):

1. IC fracción eyección reducida (< 40 %).
2. IC fracción eyección reducida media (40 %-49 %).
3. IC fracción eyección preservada (> 50 %).

El diagnóstico requiere síntomas y/o signos de insuficiencia cardiaca para una adecuada categorización.

Los pacientes afectados con fracción de eyección intermedia o preservada se requieren además los dos siguientes criterios (16):

- Elevación de los péptidos natriuréticos (BNP > 35 pg/ml y/o NTproBNP > 125 pg/ml)
- Afectación estructural cardíaca significativa (hipertrofia ventricular izquierda y/o dilatación auricular izquierda) o datos de disfunción diastólica. Así, otro aspecto novedoso en esta guía (16) es la incorporación de los péptidos natriuréticos para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en pacientes con fracción eyección preservada.

Esta nueva clasificación reconoce por primera vez a los pacientes con fracción de eyección intermedia, lo que probablemente conlleve líneas de investigación que ayuden a comprender la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca en estos pacientes para así explorar la respuesta a distintos tratamientos.

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) presenta grandes dificultades diagnósticas por ocurrir principalmente en ancianos con comorbilidades, y no existir un parámetro ecográfico único específico de este tipo de disfunción.

La Escala NYHA (New York Heart Association) es utilizada para la clasificación funcional de pacientes con insuficiencia cardíaca, esta fue propuesta en 1928 y ha sido revisada en repetidas ocasiones, la última en 1994. (17) Este instrumento designa 4 clases ( I, II, III, IV) y se basa en las limitaciones de la actividad física del usuario ocasionadas por los síntomas cardíacos.

## **CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA**

Según la intensidad de la disnea, la clasificación más extendida es la de la NYHA (17):

- Clase I: disnea para esfuerzos superiores a los habituales.
- Clase II: disnea para esfuerzos similares a los habituales.
- Clase III: disnea para cualquier tipo de actividad física.
- Clase IV: disnea en reposo.

La American College of Cardiology/American Heart Association, establece los siguientes estadios evolutivos, para aumentar la objetividad de la clasificación en función del daño estructural ventricular y la repercusión clínica (16):

- Estadio A: paciente con riesgo de sufrir daño estructural.
- Estadio B: disfunción ventricular asintomática (clase I NYHA).
- Estadio C: IC sintomática (clase II-III NYHA).
- Estadio D: IC terminal (clase IV NYHA).

El diagnóstico y clasificación adecuada del usuario es de gran importancia para su respectivo tratamiento y adherencia al mismo al igual que poder identificar si hay existencia de comorbilidades.

La "comorbilidad" es también conocida como "morbilidad asociada", este término es utilizado para describir dos o más patologías que ocurren en la misma persona. (18) Pueden desarrollarse al mismo tiempo o una después de la otra. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas, (18) datos de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas (UMIC) muestran que el 45% de los pacientes mayores de 65 años presenta dos o más morbilidades asociadas. (19).

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Asociación Americana del Corazón (AHA) abordan de forma progresiva las patologías que acompañan a la insuficiencia cardiaca ya que son muy frecuentes, su consideración y abordaje forman parte del tratamiento holístico. El conocimiento y las pesquisas sistemáticas pueden redundar en un mejor pronóstico, mejor calidad de vida y eventualmente mayor sobrevida de quien la padece.

### **2.1.2 ESTILOS DE VIDA**

El estilo de vida saludable (EVS) es clave para conseguir una salud cardiovascular óptima, así lo menciona la Revista Española de Cardiología(20), la enfermedad crónica lleva implícita la adaptación de la persona y su entorno a una nueva manera de vivir, de ahí radica la necesidad de un aprendizaje para un cuidado autónomo y la prevención de sus complicaciones, se deben introducir hábitos que permitan controlar los factores de riesgo cardiovasculares, ya que aún con las intervenciones multidisciplinarias no hay seguridad acerca de la eficacia del tratamiento. Los aspectos que menciona la literatura que se deben modificar o mejorar son:

#### **A. EJERCICIO**

Se debe hacer una distinción entre la actividad física y ejercicio físico, ya que, aunque se suelen utilizar indistintamente no son lo mismo.

- **Actividad física:** Cualquier movimiento corporal realizado en la vida diaria producido por los músculos esqueléticos que incrementa el gasto energético por encima del basal.

(21)

- Ejercicio físico: Actividad planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo la mejora o el mantenimiento de la forma física, incrementando la capacidad funcional del organismo. (22)

El ejercicio aeróbico regular es eficaz para los pacientes con IC en general, este puede mejorar la mortalidad por cualquier causa a largo plazo y disminuye el riesgo de hospitalización por esta patología. Actualmente, el más recomendado es el entrenamiento aeróbico continuo de intensidad moderada (23), pero se debe individualizar en función de las características, contexto y preferencias de cada paciente.

El ejercicio debe ser progresivo, se inicia con esfuerzos pequeños y cada semana se incrementa lentamente, cuando se realizan adecuadamente se entrena y mantiene fuerte el sistema cardiovascular. Algunas recomendaciones son:

1. Ejercicio físico moderado (24)
2. Se desaconseja el reposo absoluto (24)
3. Caminar hasta conseguir una duración de 30-40 min al menos 5 veces por semana. (24)
4. Realizar estiramientos posteriores a los ejercicios. (24)
5. Evitar temperaturas extremas. (24)

Los pacientes diagnosticados con esta enfermedad tienen gran cantidad de preguntas respecto a las relaciones coitales de pareja “La actividad sexual es un gran problema de calidad de vida para los hombres y las mujeres con enfermedades cardiovasculares y sus parejas”, afirmó Glenn N. Levine, M.D. (25).

Las afecciones cardíacas rara vez se producen durante la actividad sexual, ya que esta suele durar un breve periodo, sin embargo, algunos de los afectados van a preferir posponerla cuando puede

ser relativamente segura su práctica, siempre y cuando sea consultado previamente al profesional a cargo.

## **B. NUTRICIÓN**

La Revista Española de Cardiología establece que la caquexia cardiaca es (26) “una manifestación relevante dentro de la constelación de síntomas y signos que caracterizan la IC avanzada” esta condición clínica se ha definido como una pérdida de peso no intencionada.

Los pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones no cardíacas cuando además de la IC tienen desnutrición, se mencionan las infecciones, además la pérdida de proteínas que presentan conlleva a efectos deletéreos en la estructura y función de las miofibrillas del músculo esquelético y el miocardio, que empeora la tolerancia al ejercicio y agravan el cuadro de la enfermedad. (26)

Algunas de las recomendaciones más relevantes que se mencionan son:

1. Seguir una dieta equilibrada y mantener un peso saludable (27)
2. Lleve una dieta saludable que incluya diferentes frutas y verduras, cereales integrales, productos lácteos descremados, aves y pescados sin piel, frutos secos y legumbres, y aceites vegetales no tropicales. (27)
3. Controle el consumo de grasas saturadas, grasa trans, colesterol, sodio, carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas. (27)
4. La restricción de sodio puede ayudar a controlar los síntomas y signos de congestión en pacientes con IC sintomática en NYHA III-IV (27)
5. Evitar el consumo excesivo de líquidos; para aliviar los síntomas y la congestión, se puede considerar la restricción de líquidos a 1,5-2 l/día a los pacientes con IC grave. (27)

6. Consumo moderado de alcohol: se recomienda la abstinencia a los pacientes con miocardiopatía inducida por el alcohol Promover el abandono del tabaco. (27)

### **C. AUTOCUIDADO**

Autocuidado hace referencia a aquellas conductas que las personas utilizan para mantener su salud y las decisiones que toman sobre el empeoramiento de los síntomas de la enfermedad cuando ocurren. El mantenimiento del autocuidado implica la adhesión a las recomendaciones farmacológicas, al consumo de una dieta baja en sal, abandono del consumo de tabaco, nulo consumo o limitado de alcohol, control diario del peso corporal y de señales o síntomas y descompensación de la IC. En esta perspectiva, autocuidado es un proceso de toma de decisiones que los pacientes utilizan en la selección de los comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica, y la respuesta a los síntomas cuando ocurren (28)

Las intervenciones multidisciplinarias son indispensables en este punto para mejorar la conducta y enfermería desarrolla un papel importante en la planificación de las acciones individualizando la atención para cada uno de los afectados.

### **D. SUEÑO Y DESCANSO**

El sueño es un proceso vital para el mantenimiento de la calidad de vida y representa uno de los problemas de salud más importantes no declarados; se considera que el insomnio se acompaña de una activación crónica de la respuesta del estrés que condiciona un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. (29)

La IC produce fragilidad emocional y física, las patologías concomitantes frecuentemente asociadas y los tratamientos farmacológicos convierten a los pacientes con esta enfermedad en una población especialmente susceptible a presentar trastornos del sueño, lo cual contribuye al deterioro en la calidad de vida, reduce la capacidad de autocuidado y aumenta el riesgo de cuadros depresivos. (29) Dormir bien es tan importante para la salud como lo es realizar actividad física o llevar una dieta balanceada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el sueño nocturno tenga una duración media de entre 7 y 8 horas para los adultos. (30) Además, se menciona que el sueño debe ser reparador, por lo que es importante que la calidad del sueño sea alta, lo que se significa que las horas que se duerman sean sin interrupciones y profundas.

Para lograrlo, se mencionan las siguientes recomendaciones:

- Rutinas horarias: Acostarse siempre a la misma hora, inclusive fines de semana. (30)
- Evitar estimulantes: como cafeína, cacao, energizantes horas antes de acostarse. (30)
- Cena ligera y temprana: lo ideal es una cena ligera, evitar los alimentos pesados. (30)
- Deporte sí, pero no por la noche: practicar ejercicio a última hora de la tarde puede dificultar el sueño. (30)
- Evitar el alcohol: Aunque en ocasiones puede ayudar a conciliar el sueño, altera la fase de Movimientos oculares rápidos (por sus siglas en Inglés REM), por lo que no se obtiene un sueño reparador. (30)

## **E. GESTIÓN DEL ESTRÉS**

Los estímulos estresores son físico o psicológico, en ambas opciones se caracteriza por una disminución en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo asociada a anomalías del movimiento de la pared ventricular, (31) en las situaciones estresantes el organismo libera una cantidad excesiva de adrenalina y esta puede dañar temporalmente el corazón causando cardiomiopatías de estrés, como lo es el síndrome de Tako-Tsubo(32), pero puede tener sus complicaciones hasta llegar a una IC, o bien, cuando ya está la enfermedad, empeorar la condición.

El estrés es inevitable, especialmente en la actualidad (33). Se debe tomar entre 15 y 20 minutos diarios para sentarse a reposar tranquilamente, respirar profundo y pensar serenamente en cada situación que puede llegar a afectar el diario vivir, de lo contrario si no tienen un adecuado control del estrés el padecimiento puede empeorar exponencialmente en muy poco tiempo.

### **2.1.3 MODELOS Y TEORÍAS**

Esta investigación está fundamentada en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de agosto de 1941. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado es encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surge un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que da origen posteriormente al “Modelo de Promoción de la Salud” (MPS) (34)

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promueve la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Martin Feather. (34)

El primero, indica la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación. (34) Estos componentes para los afectados de IC que deben modificar su estilo de vida son la clase para realizar las modificaciones que requieren para evitar las complicaciones y comorbilidades.

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, definida como la capacidad de la mente de ser acerca de o representar objetos,

hechos o propiedades, (35) el compromiso personal con la acción constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el modelo de Promoción de la Salud: (Véase anexo 1).

El modelo de Pender se adapta al tema de investigación ya que se deben identificar los factores que están afectando a la persona como los físicos, psicológicos y sociales para poder abordarlos de forma holística y también debe ser interdisciplinaria para poder mejorar la calidad de vida, controlar el avance de la enfermedad y evitar el desarrollo de comorbilidades. Además, no solo estaría interviniendo con el progreso de la patología del afectado, sino que también aborda al círculo de personas aportando promoción de la salud.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se realiza con un enfoque cuantitativo ya que como menciona Sampieri (36) se utiliza la recolección de datos para realizar la medición numérica de las variables y el análisis estadístico con el fin de establecer predicciones o pautas de comportamiento del problema planteado, buscando así respuestas concretas sobre cómo afectan las comorbilidades sobre el estilo de vida de los pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.2.1 Estudio descriptivo**

Sampiere (36) indica que este tipo de investigación busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos o comunidades que se sometan a un análisis, es decir, se pretende medir o recolectar información de las variables para describir tendencias.

La investigación utiliza un método descriptivo debido a que se busca relatar cómo afectan las comorbilidades sobre el estilo de vida de los pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica. Además, visualizar las etiologías más comunes que los afectan. La información se obtiene a través de una base de datos y de la aplicación del instrumento.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

#### **3.3.1 Población**

Ventura (37) refiere que la población es un conjunto de elementos que contienen ciertas características que se pretenden estudiar para garantizar las conclusiones extraídas en un estudio. La población total del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica es de 114 pacientes, los cuales han recibido atención del personal de enfermería. Este último corte se realiza al 30 abril 2022.

#### **3.3.2 Muestra**

La muestra es entendida como un subconjunto de la población conformada por unidades de análisis (36,37), es decir representa una parte del grupo con el que se va a realizar el estudio. Para obtener la cantidad de componentes o individuos que van a formar parte de esta muestra se requieren fórmulas matemáticas.

La muestra es de 60 pacientes, ya que se excluyen 22, 10 no desean ser parte de la investigación y 22 han fallecido. La investigación se realiza de tipo no probabilística esta es en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (38); se realiza a conveniencia según la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

*Tabla N°1. Criterios de inclusión y exclusión de los pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Pacientes de ambos sexos con un rango de edad desde los 30 hasta los 88 años.	Pacientes con fracción de eyección preservada mayor al 50%.
Pacientes que pertenezcan al programa de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Clínica Bíblica.	Pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV).
Pacientes que acepten participar en el estudio.	Pacientes con alteraciones del estado cognitivo o salud mental.
Pacientes en remisión o etapa I de cáncer (CA).	
Pacientes que pueden realizar su autocuidado sin dificultad.	

**Fuente:** elaboración propia, 2022

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Cuestionario de elaboración propia titulado “Afectación en el estilo de vida por comorbilidad en pacientes con insuficiencia cardiaca” el cual está compuesto por 4 secciones, en la primera se encuentra el consentimiento informado donde los pacientes brindan la autorización de realizar la encuesta, en la segunda sección se presentan los factores sociodemográficos que posee 5 preguntas, en la tercera sección se desarrolla la variable de comorbilidad la cual cuenta con 15 preguntas, en la cuarta y última parte se aborda el estilo de vida conformado por 13 preguntas, Cada una de las preguntas contiene métodos distintos de respuesta, como cerrada, selección única y de tipo escala, el mismo se realiza de manera digital en la plataforma de Google Forms.

#### **3.4.1 Validez del cuestionario**

La validez del cuestionario es brindada por el aporte en las respuestas de 10 personas encuestadas del plan piloto. La aplicación del instrumento es 100% virtual, donde la población tenía acceso a un dispositivo móvil e internet para así poder brindar sus respuestas.

#### **3.4.2 Confiabilidad del cuestionario**

El cuestionario es aplicado en población con insuficiencia cardiaca de distintas partes del país mediante el plan piloto, permitiéndole a él Msc. Roger Bonilla Carrión brindarle una validez y confiabilidad mediante el análisis de los resultados del instrumento, se evalúa de p1-p11 y puntúa un Alpha de Cronbach del 60% (satisfactorio).

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación utiliza un diseño no experimental, según menciona Sampieri (36) es aquel estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables, es decir, las variables no se deben manipular intencionalmente, lo que se realiza es una observación de los fenómenos en su contexto natural para posteriormente someter a un análisis. Además, es longitudinal, ya que se realiza recolección de datos desde el 2013, año en que inició el programa.

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivos específicos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar los datos sociodemográficos de los pacientes del programa insuficiencia cardiaca Hospital Clínica Bíblica, 2022	Aspectos sociodemográficos	“Refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación” (39)	Datos generales del individuo los cuales permiten su descripción y de la población, por medio de características y/o variables.	Social  Demográfica	Sexo  Edad  Lugar residencia  Actividad laboral  Escolaridad	Instrumento  “Cuestionario Afectación en el estilo de vida por comorbilidades en pacientes con insuficiencia cardiaca”  Sección 1  Preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir las comorbilidades que afectan a los pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022	Tipo de comorbilidad	“Dos o más enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas” (18)	Coexistencia de dos o más patologías en un individuo las cuales generalmente están relacionadas.	Tipo de comorbilidad. Tiempo de padecerla. Antecedentes patológicos personales y familiares. Controles médicos	Tiempo de padecer IC. Tipo de comorbilidad y tiempo de padecerla. Clasificación de comorbilidad.	Sección 2: Preguntas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar el estilo de vida en pacientes el programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, 2022	Estilo de vida	“Formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social.” (40)	Modo en que el individuo satisface sus necesidades como ser humano.	Nutrición Ejercicio Gestión del estrés Autocuidado Sueño y descanso	Alimentación. Actividad física. Manejo del estrés. Cuidado personal. Duración y calidad del sueño.	Sección 3 Preguntas 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

### **3.7 PLAN PILOTO**

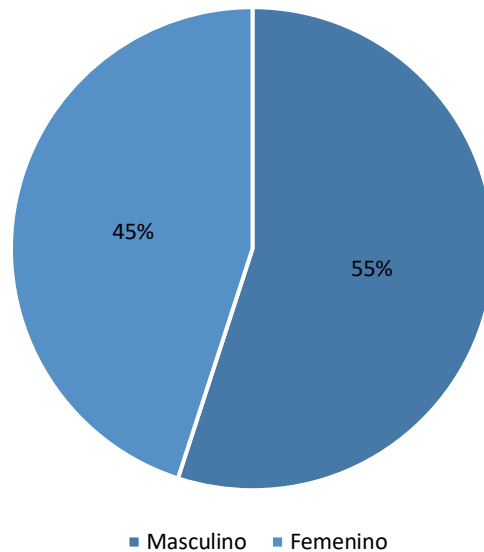
El instrumento se aplica a 10 personas con insuficiencia cardiaca de distintas partes del país. Se emplea un cuestionario compuesto por 4 secciones, la primera contiene el consentimiento informado, la segunda está constituida por 5 preguntas sobre los aspectos sociodemográficos, la tercera presenta una serie de 15 preguntas de comorbilidades y la cuarta parte presenta 13 preguntas sobre el estilo de vida.

Los sujetos refieren no tener dificultad en la comprensión del cuestionario y tienen claridad a la hora de responder cada ítem, por lo tanto, no se agregan ni se eliminan preguntas en la herramienta, es decir, queda con el diseño original.

**CAPÍTULO IV**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

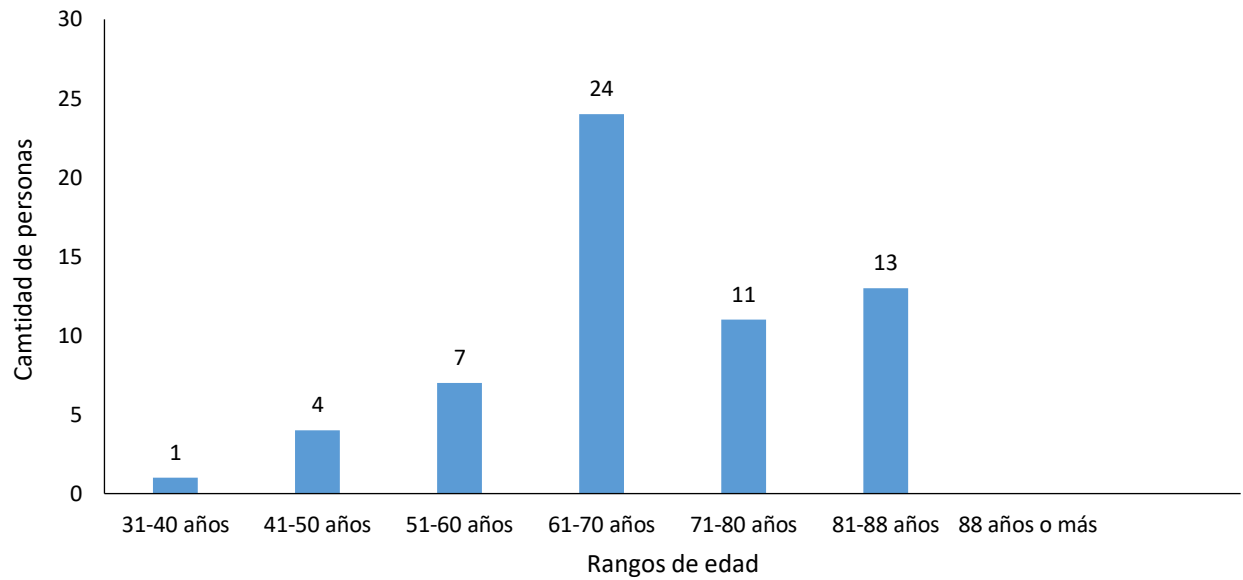
## 4.1 GENERALIDADES.

El capítulo muestra los resultados de la investigación a través de figuras y tablas, cada uno con su respectiva inferencia para brindarle al lector una mejor comprensión. Primero se presentan los datos sociodemográficos de cada participante, luego la sección de las comorbilidades de cada individuo, seguidamente el estilo de vida y por último se exponen ciertos cruces de variables que permiten enriquecer el análisis.



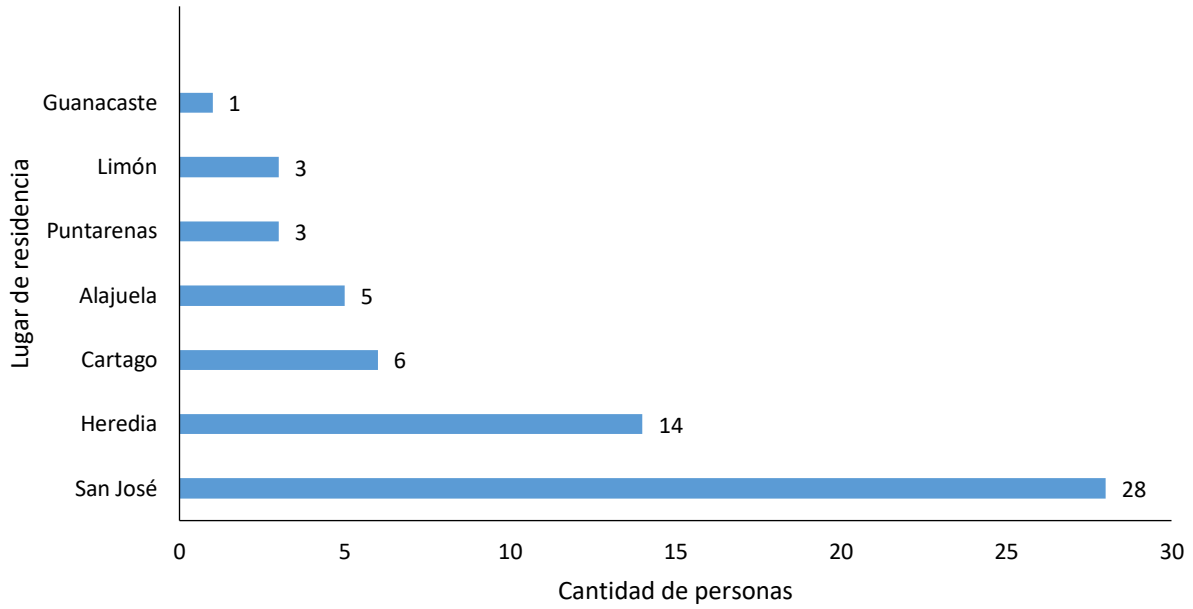
*Figura N°: 1 Distribución porcentual de las personas según sexo. Programa de insuficiencia cardiaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: Elaboración propia, 2022*

Los hombres prevalecen sobre las mujeres en un 55% de los participantes.



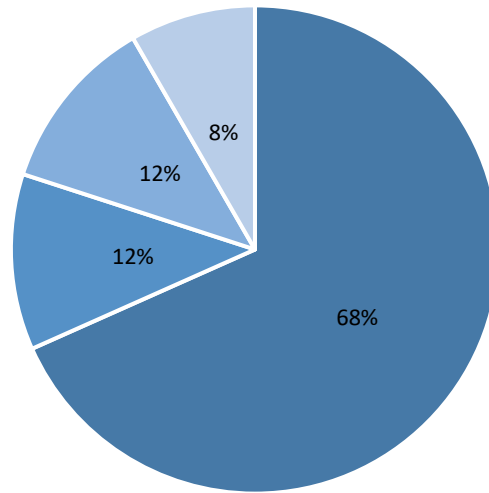
*Figura N°: 2 Distribución de personas según grupos de edad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022*

El rango de edad de 61-70 años prevalece en la población de estudio, por otra parte, el grupo de menor predominancia se encuentra en los 31-40 años



*Figura N°: 3 Distribución de las personas según lugar de residencia. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

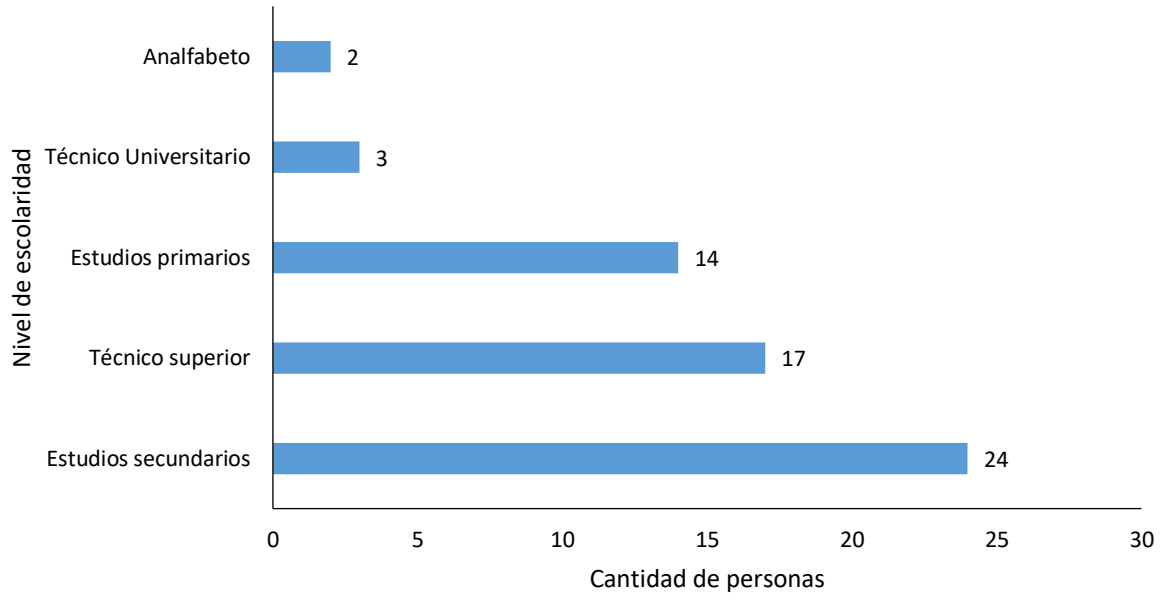
La provincia de San José destaca como el lugar de mayor residencia de la investigación con 28 participantes, mientras que Guanacaste es el de menor predominancia con 1 persona.



■ Pensionado ■ Trabajador independiente ■ Asalariado ■ Desempleado

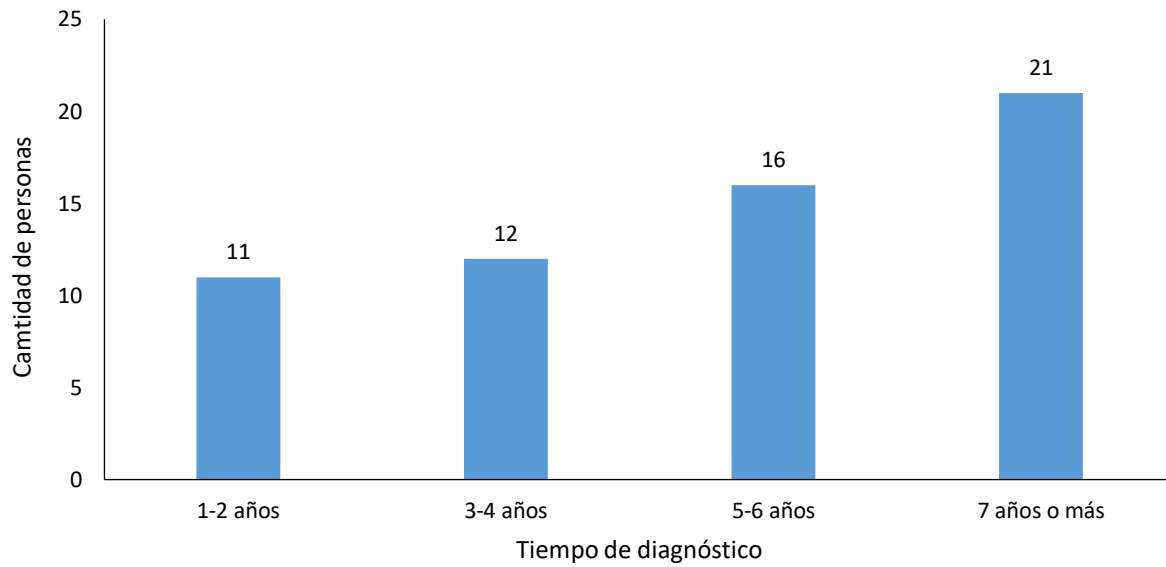
*Figura N°: 4 Distribución porcentual de las personas según actividad laboral. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La actividad laboral prevalece en aquellas personas que son pensionadas, esto representa un 68% de la población de estudio.



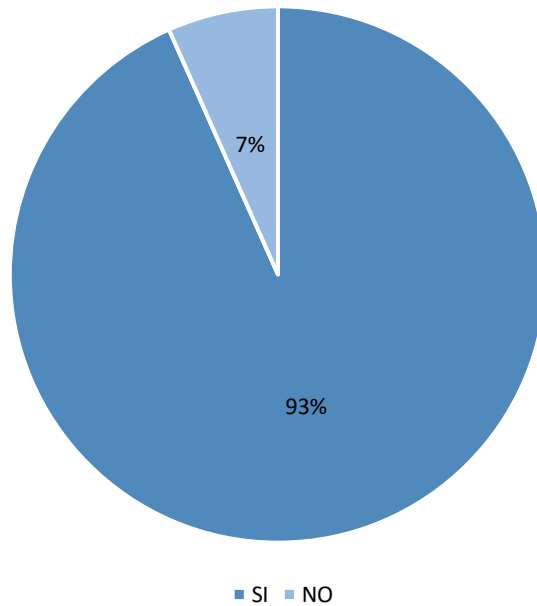
*Figura N°: 5 Distribución de las personas según nivel de escolaridad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

El nivel de escolaridad que predomina en los participantes es estudios secundarios con un 24%.



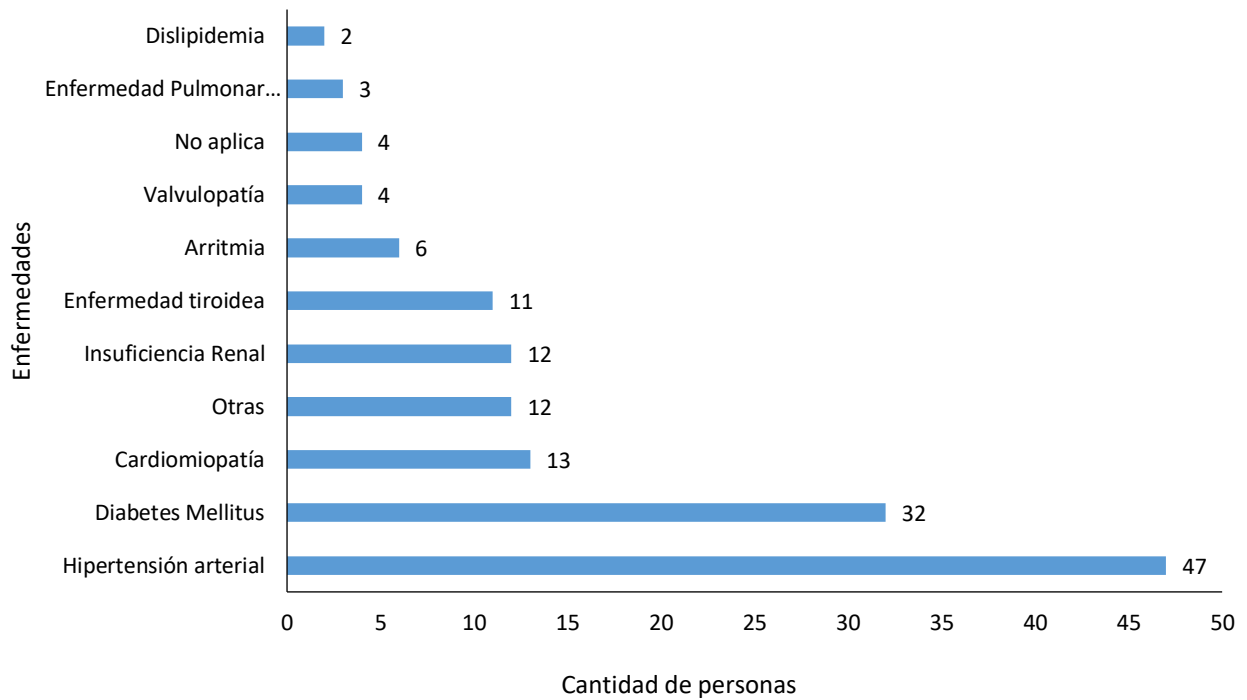
*Figura N°: 6 Distribución de personas según tiempo de diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

El tiempo de diagnóstico de la insuficiencia cardiaca predominante entre los participantes es de 7 años o más.



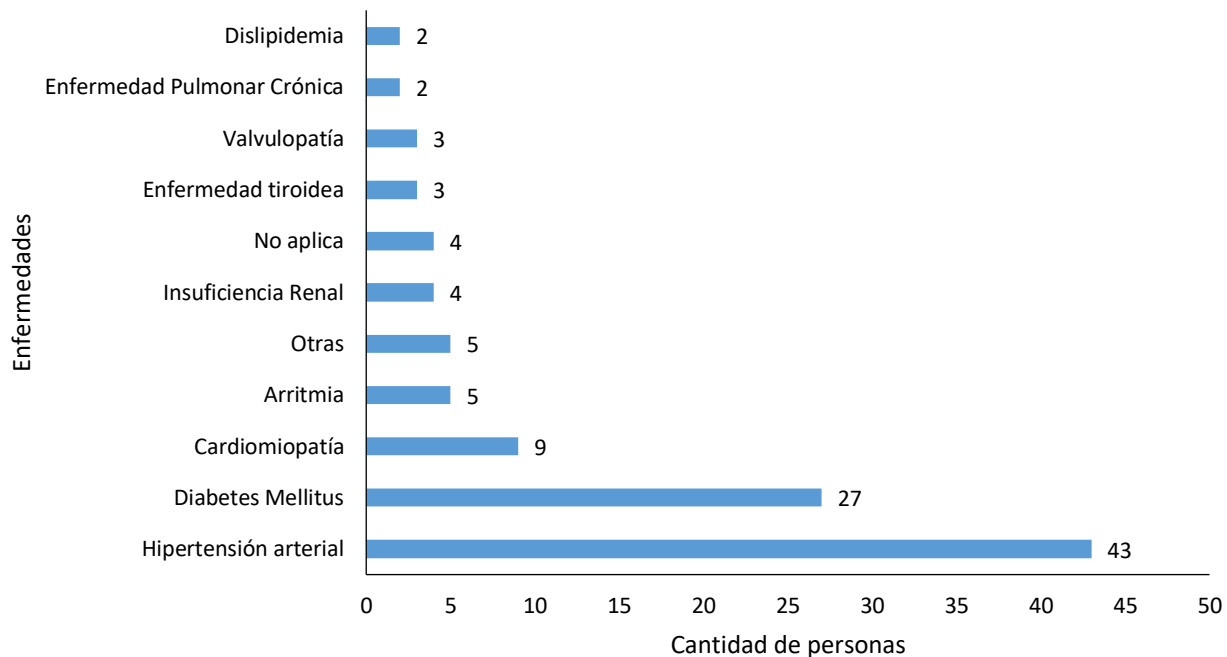
*Figura N°: 7 Figura N°7 Distribución porcentual de personas si tiene o no otra (s) enfermedad (es). Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La figura N° 7 refleja que el 93% de la muestra de estudio (n=56) si tienen otra u otras enfermedades.



*Figura N°: 8 Distribución de personas según las enfermedades que padecen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

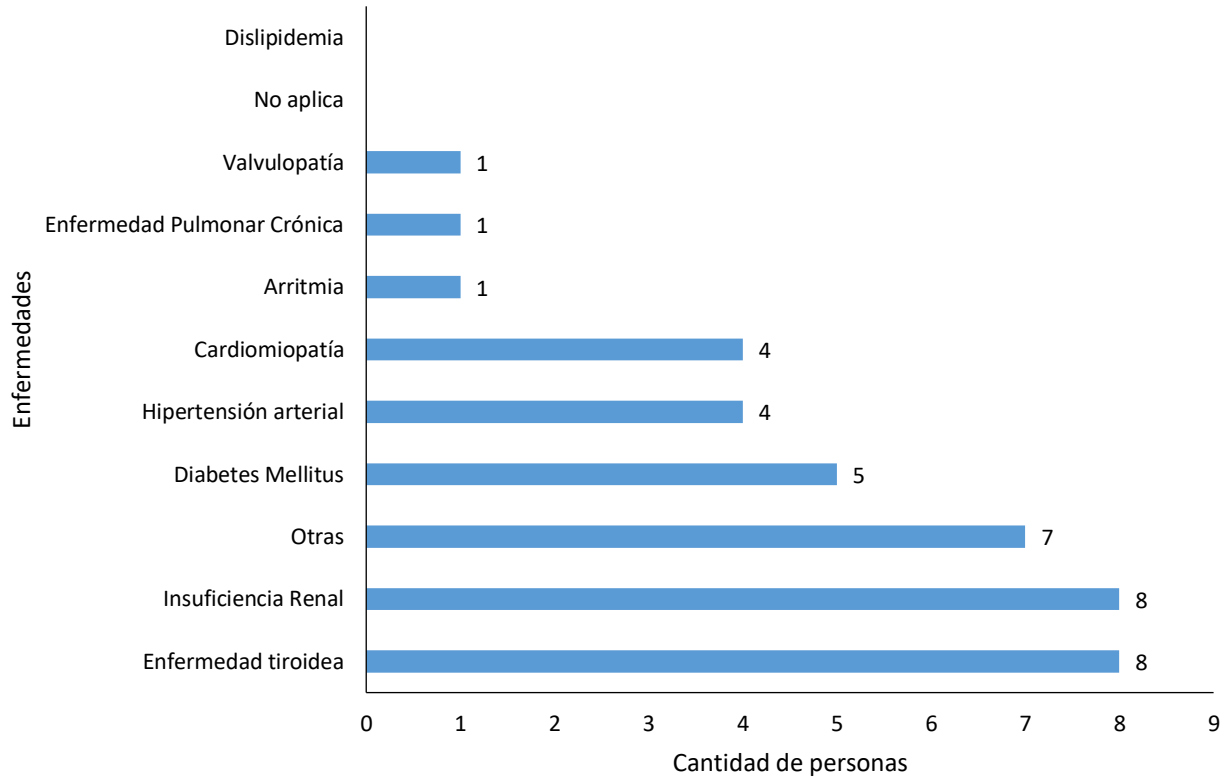
La comorbilidad predominante en la población de estudio es la hipertensión arterial con 47 individuos afectados, seguida de la diabetes mellitus con 32 personas.



*Figura N°: 9 Distribución de personas según enfermedades que se desarrollaron antes de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

*Fuente: elaboración propia, 2022.*

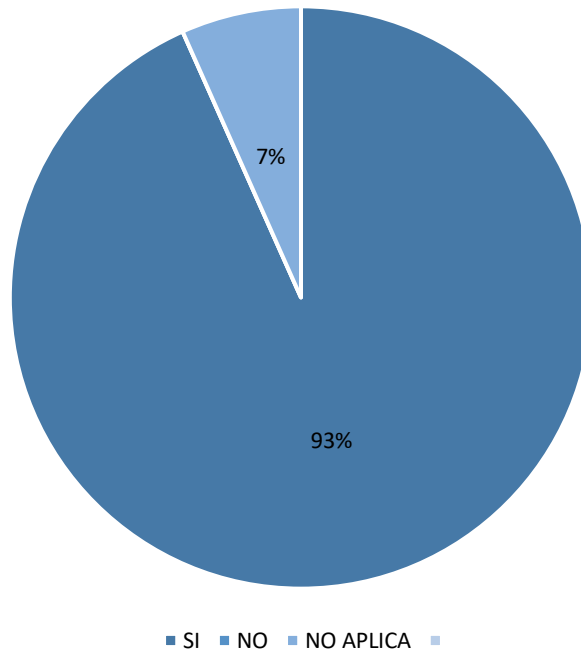
La hipertensión arterial predomina como la enfermedad que se desarrolló antes de la insuficiencia cardíaca afectando a 43 participantes.



*Figura N°: 10 Distribución personas según enfermedades que se desarrollaron después de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

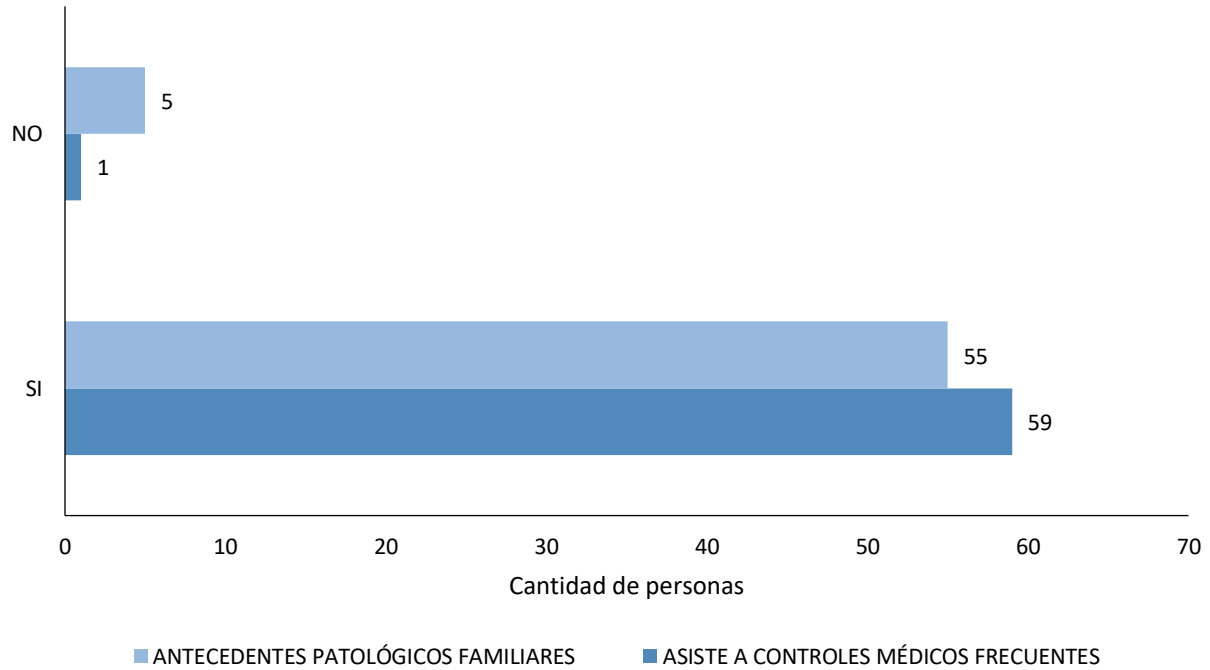
*Fuente: elaboración propia, 2022.*

Las enfermedades que se desarrollan después del diagnóstico de insuficiencia cardíaca predominantes son insuficiencia renal y enfermedad tiroidea, ambas afectando a 8 personas.



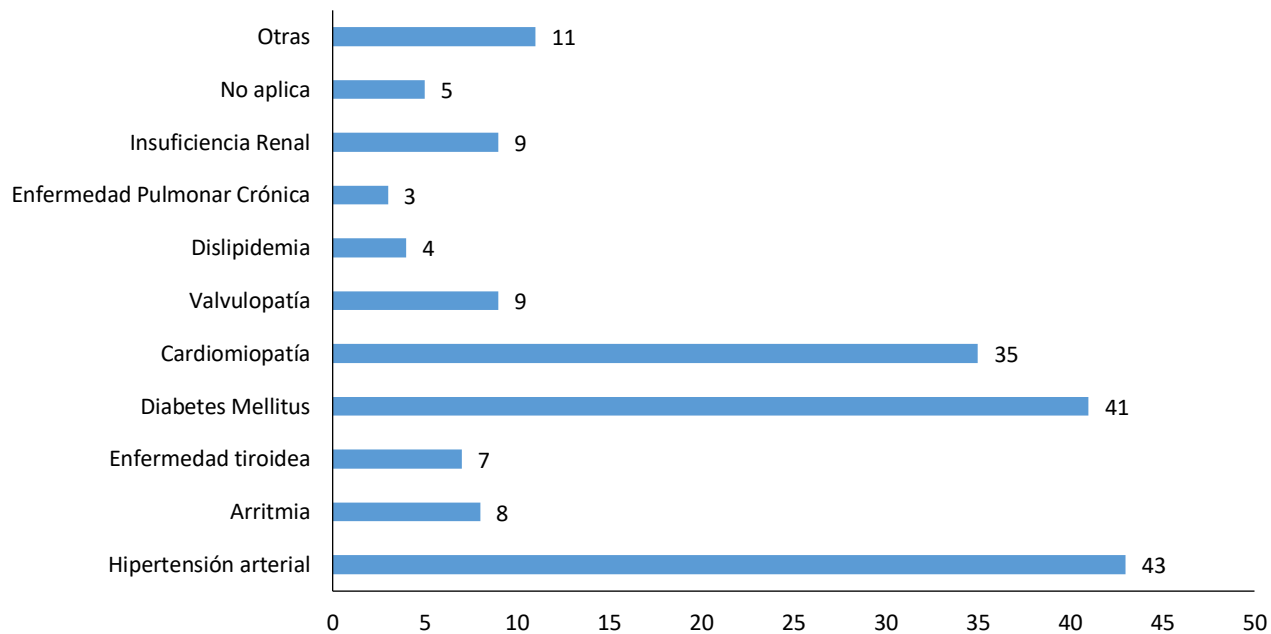
*Figura N°: 11 Distribución porcentual de las personas que toman o no medicamentos para las enfermedades. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

El 100% (n=56) de las personas que padecen otras enfermedades toman los medicamentos correspondientes.



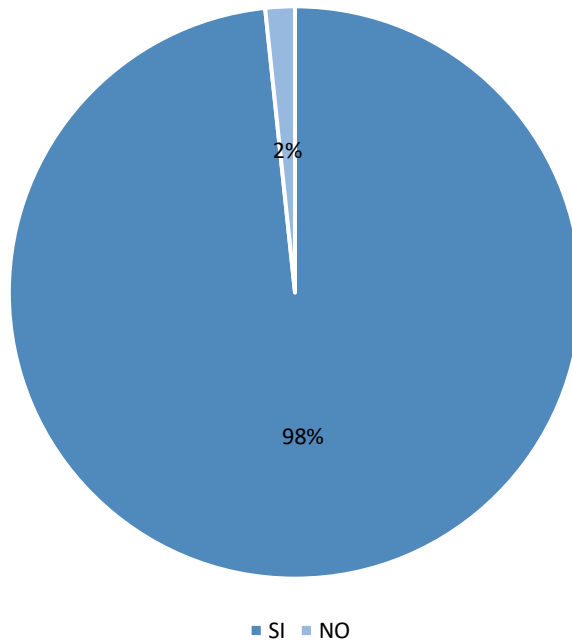
*Figura N°: 12 Distribución de las personas que tienen o no antecedentes patológicos familiares y de si asisten o no a controles médicos frecuentes. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia está en aquellas personas que sí tienen antecedentes patológicos familiares y las que asisten a controles médicos frecuentemente con 55 y 59 individuos respectivamente.



*Figura N°: 13 Distribución de las enfermedades por antecedentes patológicos familiares. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

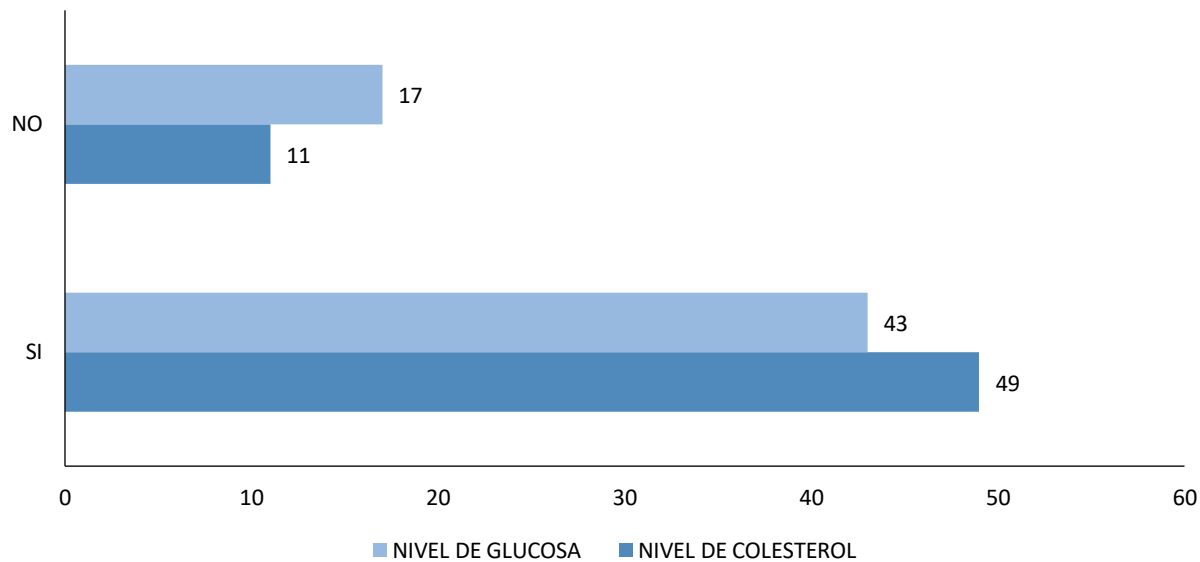
La enfermedad que predomina en los antecedentes patológicos familiares es la hipertensión arterial en 43 participantes y la de menor predominancia es el EPOC en 3 individuos.



*Figura N°: 14 Distribución porcentual de si informa o no cualquier síntoma extraño a los profesionales en salud. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

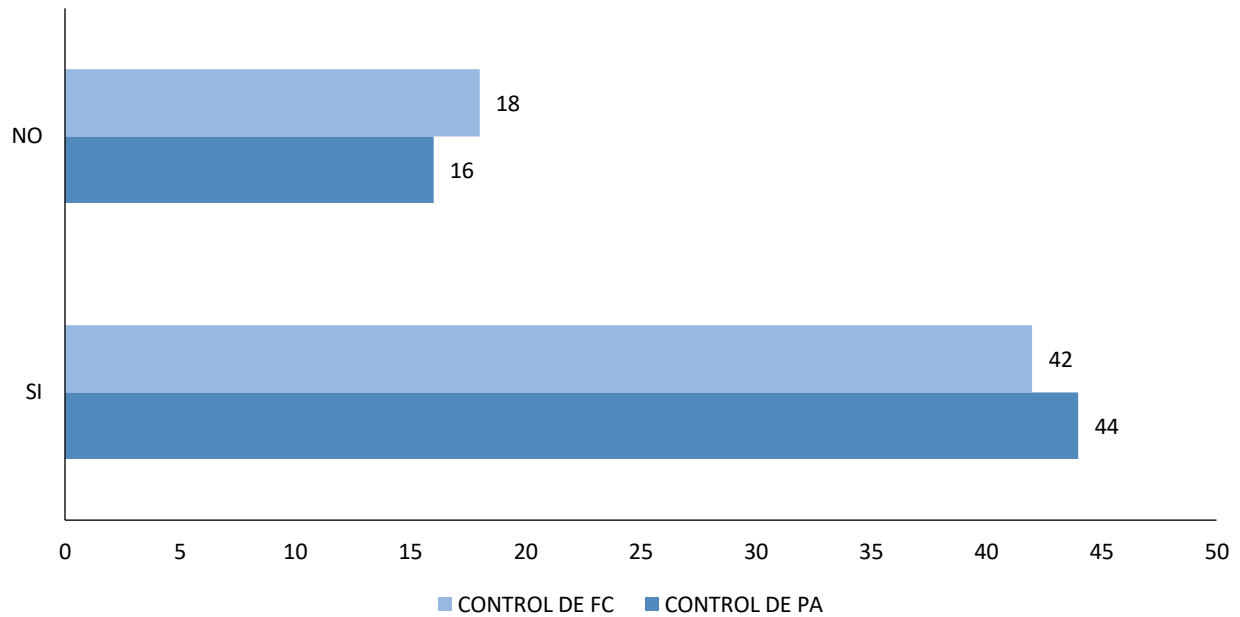
*Fuente: elaboración propia, 2022.*

Los resultados reflejan que tan solo un 2% (n=1) de los participantes no informan al personal de salud sobre síntomas extraños.



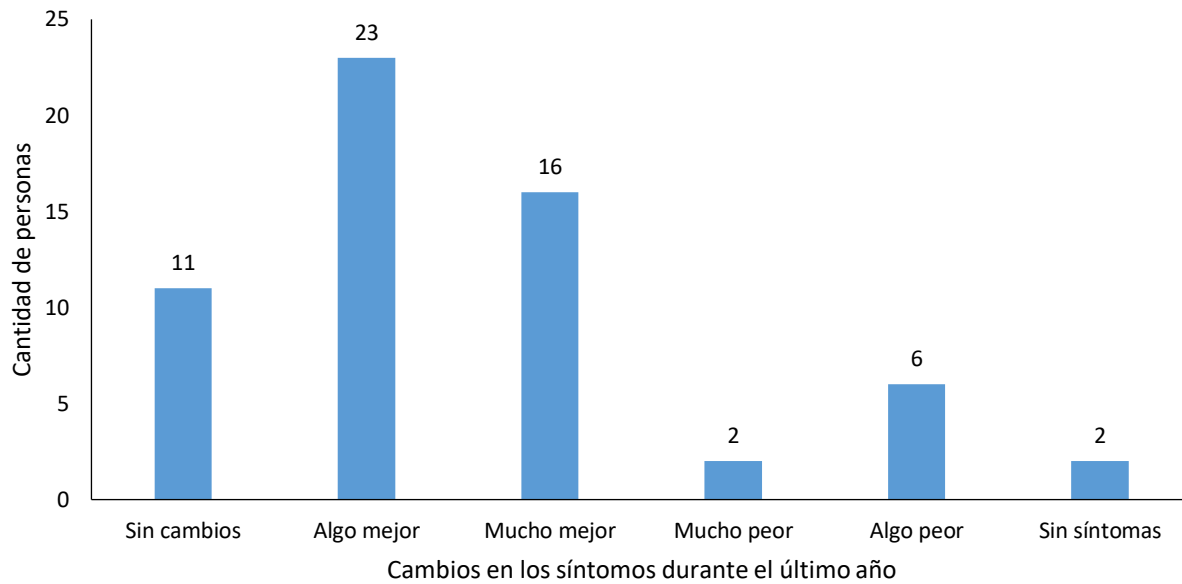
*Figura N°: 15 Distribución de si conocen o no el nivel de colesterol y glucosa en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La menor predominancia está en aquellas personas que no conocen el nivel de colesterol y glucosa en sangre con 11 y 17 individuos respectivamente.



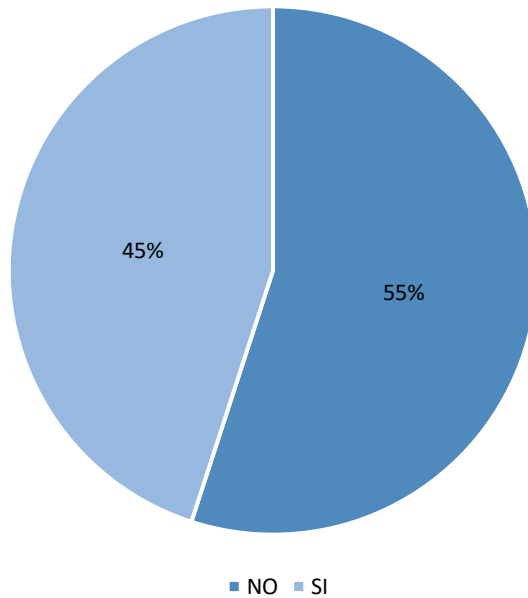
*Figura N°: 16 Distribución de sí controlan diariamente o no la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia está en aquellas personas que sí controlan la presión arterial y frecuencia cardiaca diariamente con 44 y 42 respectivamente.



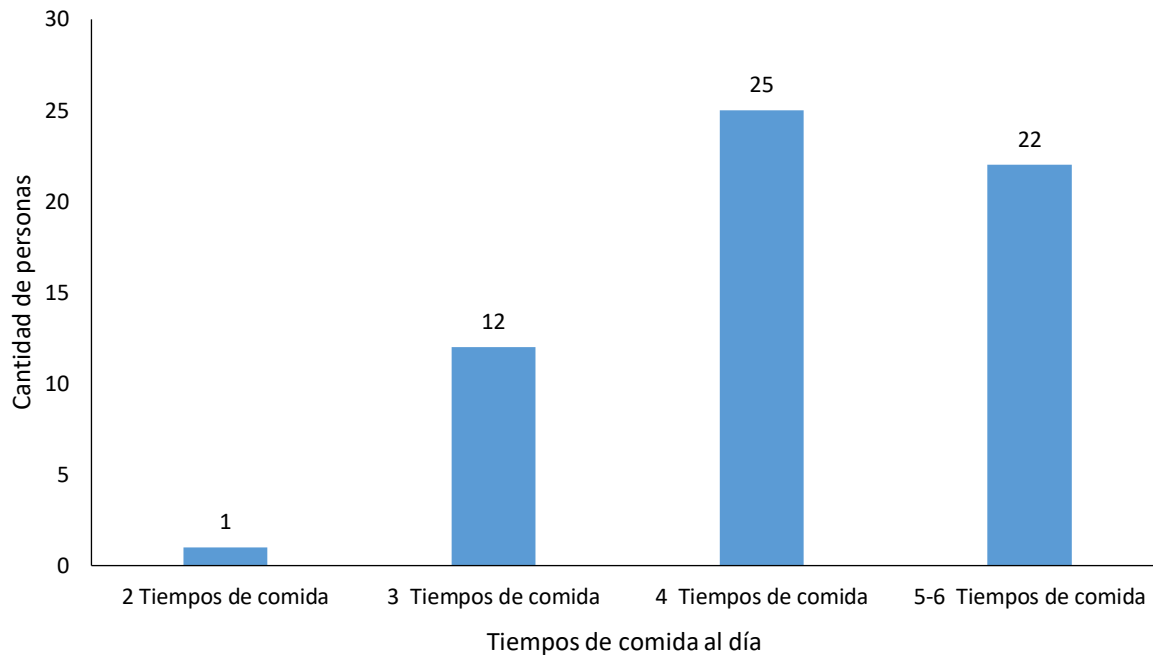
*Figura N°: 17 Distribución de los cambios en los síntomas de insuficiencia cardiaca durante el último año. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

Los resultados reflejan que 23 de los participantes han estado algo mejor con respecto a sus síntomas de insuficiencia cardiaca en comparación con hace un año y tan solo 2 individuos indican estar mucho peor.



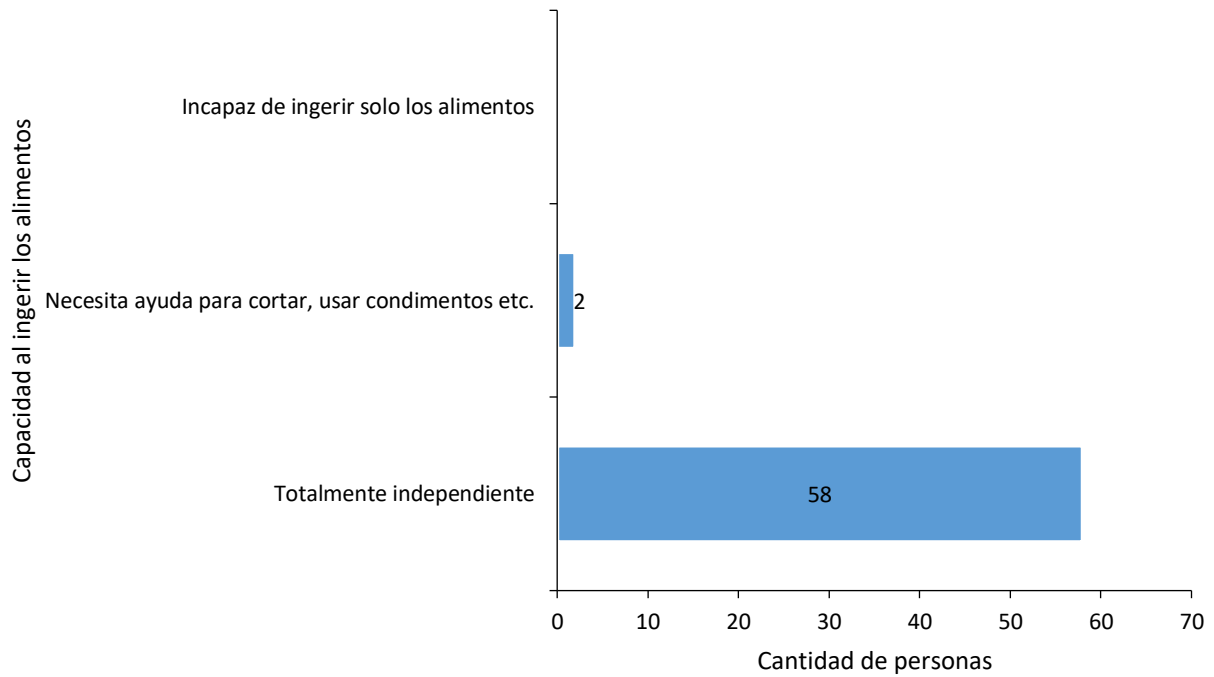
*Figura N°: 18 Distribución porcentual de personas si toma o no algún medicamento antes del desayuno. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia está en aquellos participantes que no toman medicamentos antes del desayuno con un 55% (n=33).



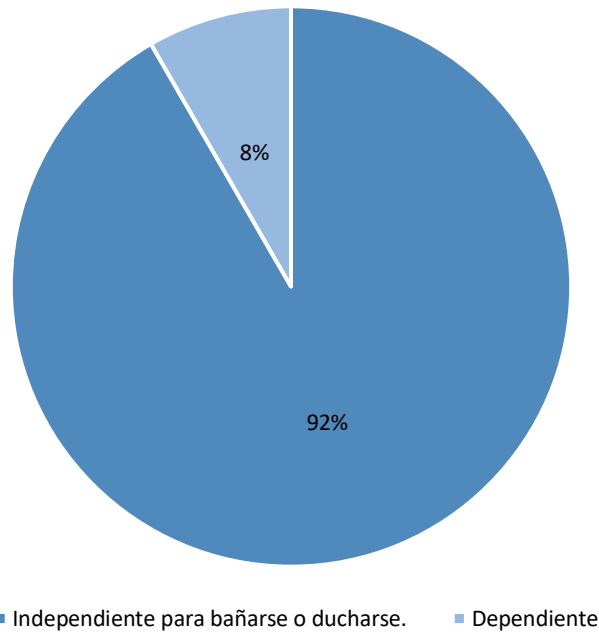
*Figura N°: 19 Distribución de personas según cuantos tiempos de comida hace el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

Los tiempos de comida con mayor predominancia son los de 5-6 al día con 22 participantes, y tan solo 1 persona realiza 2 tiempos de comida al día.



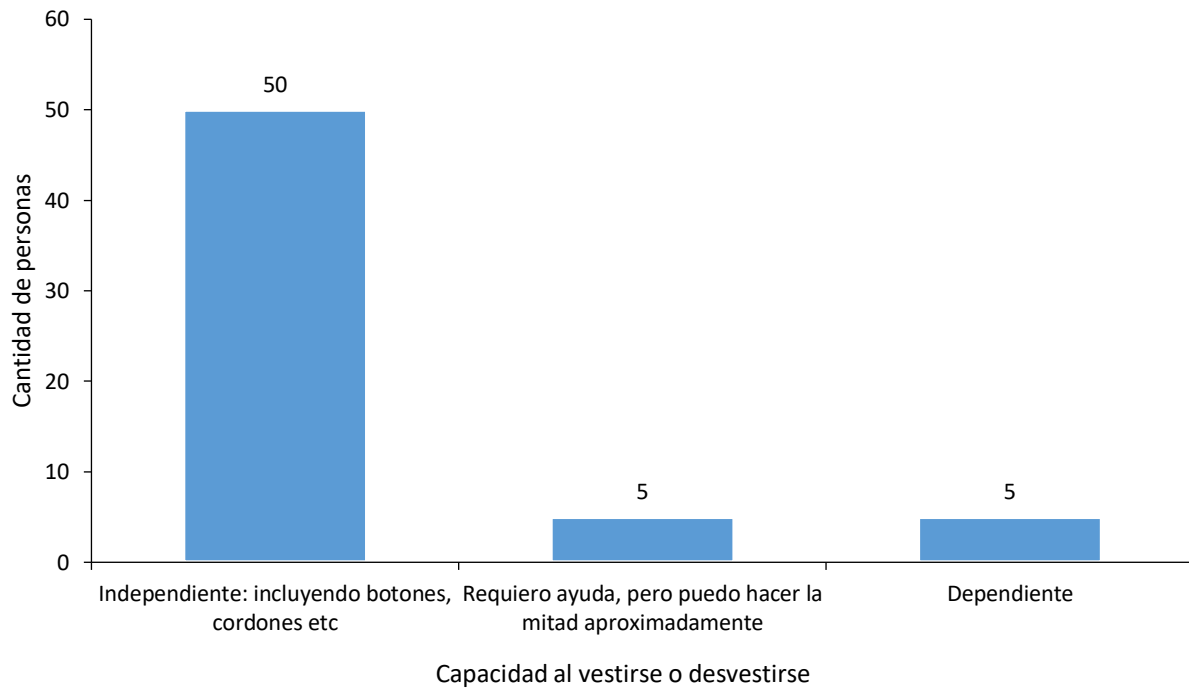
*Figura N°: 20 Distribución de personas según la capacidad que tienen durante los tiempos de comida. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La capacidad al ingerir alimentos predomina en 58 personas que son totalmente independientes.



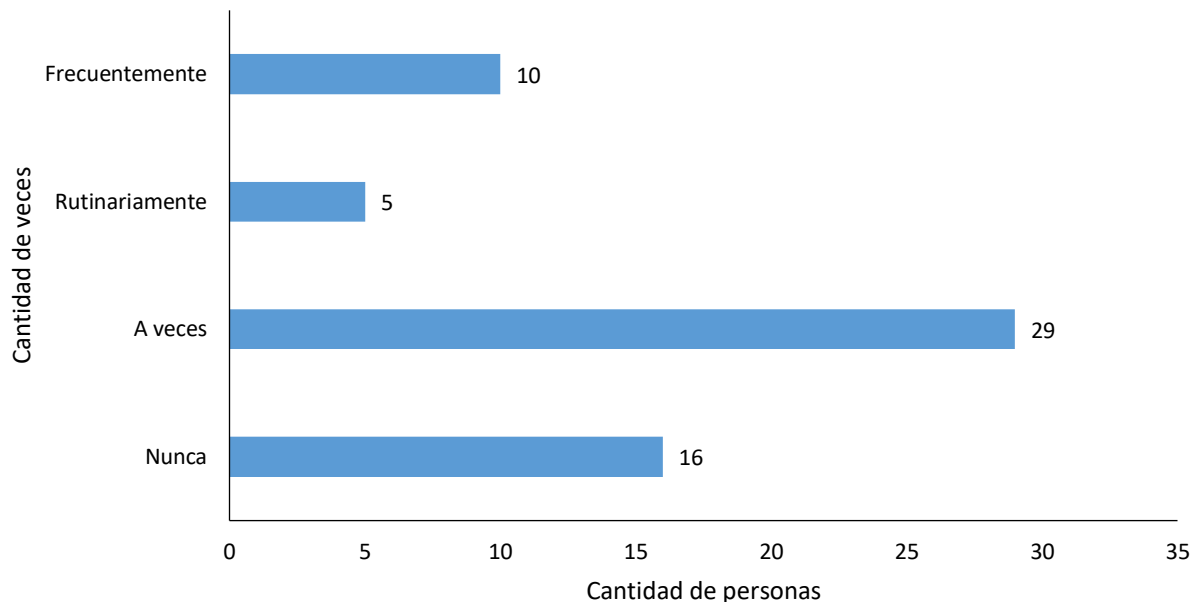
*Figura N°: 21 Distribución porcentual de personas según la capacidad que tienen durante el aseo personal. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La capacidad que tienen durante el aseo personal tiene menor predominancia en los participantes que son dependientes en 8% (n=5).



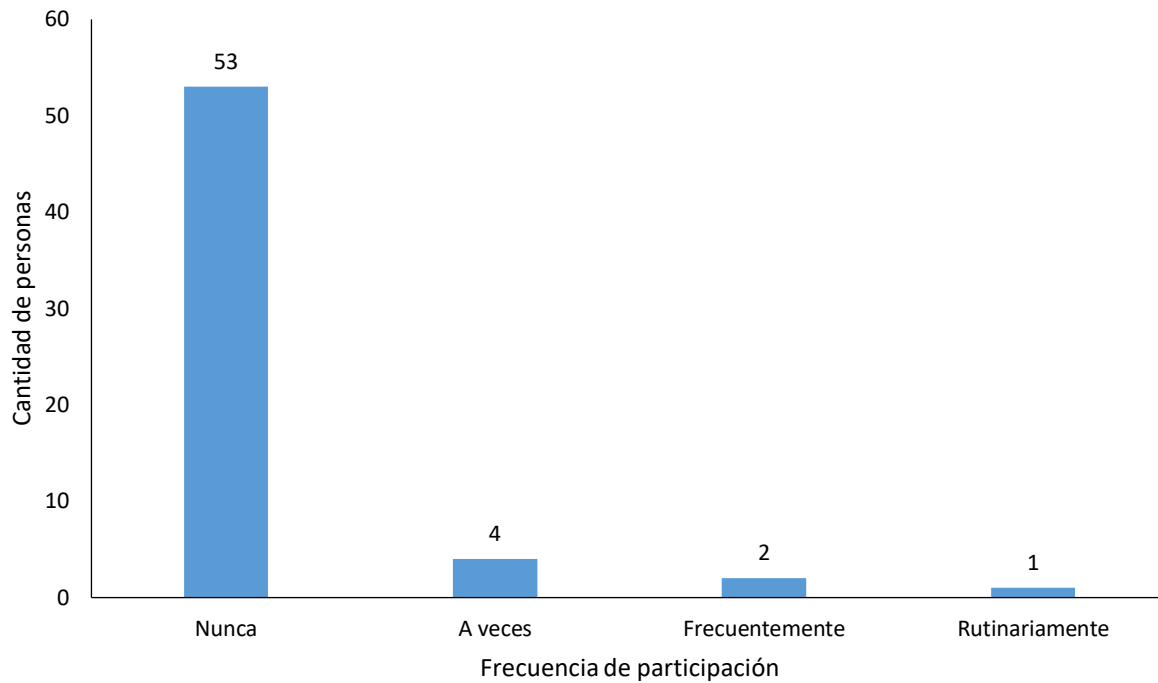
*Figura N°: 22 Distribución de personas según la capacidad que tienen para vestirse o desvestirse. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La capacidad al vestirse o desvestirse predomina en 50 personas que son totalmente independientes para esta actividad.



*Figura N°: 23 Distribución de personas según cuántas veces realiza ejercicio vigoroso. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

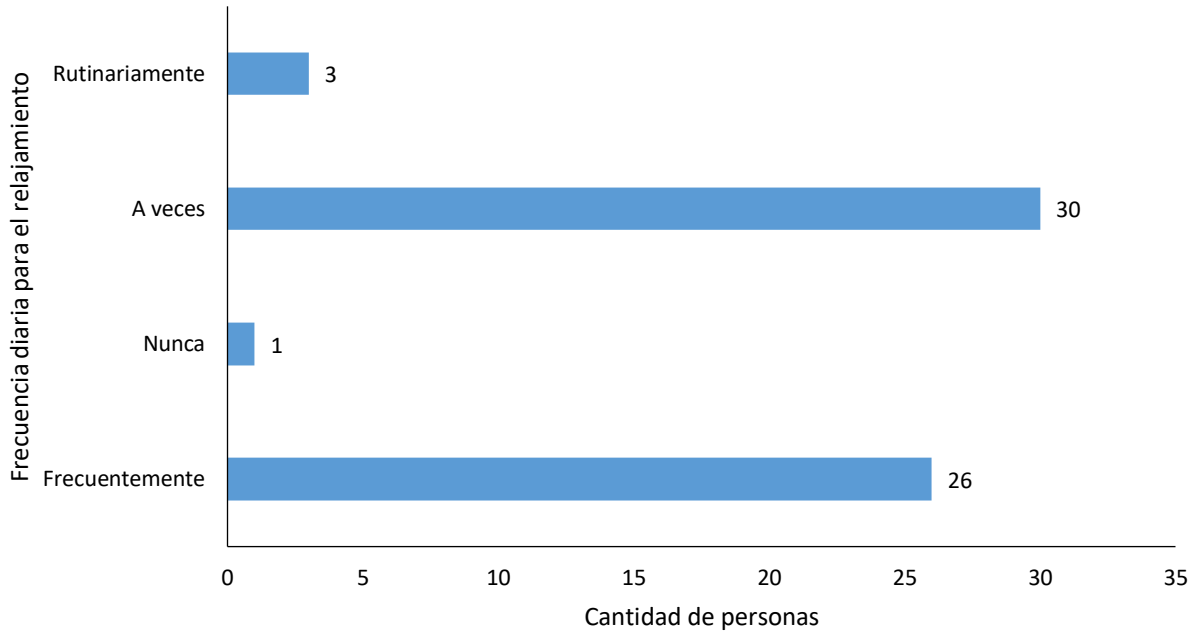
La menor predominancia es de 5 personas que realizan ejercicio vigoroso por 20-30 min al menos tres veces a la semana rutinariamente y 16 personas nunca lo realizan.



*Figura N°: 24 Distribución de personas según participación en programas o actividades de ejercicio bajo supervisión. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

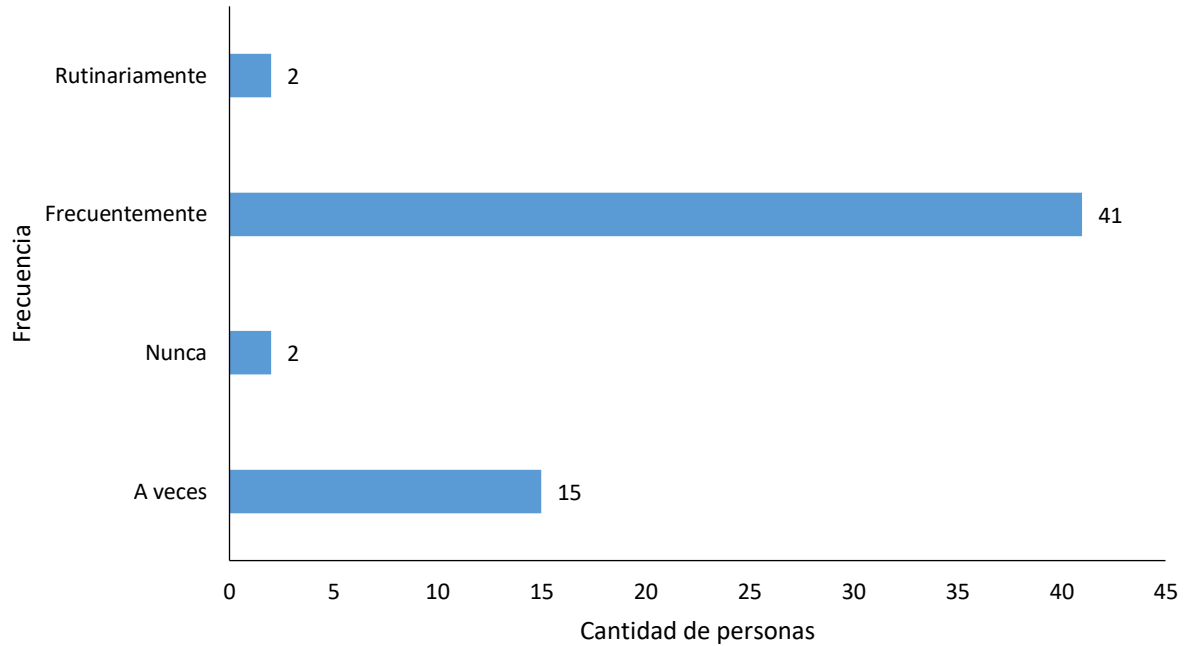
*Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia es de 53 personas que nunca participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.



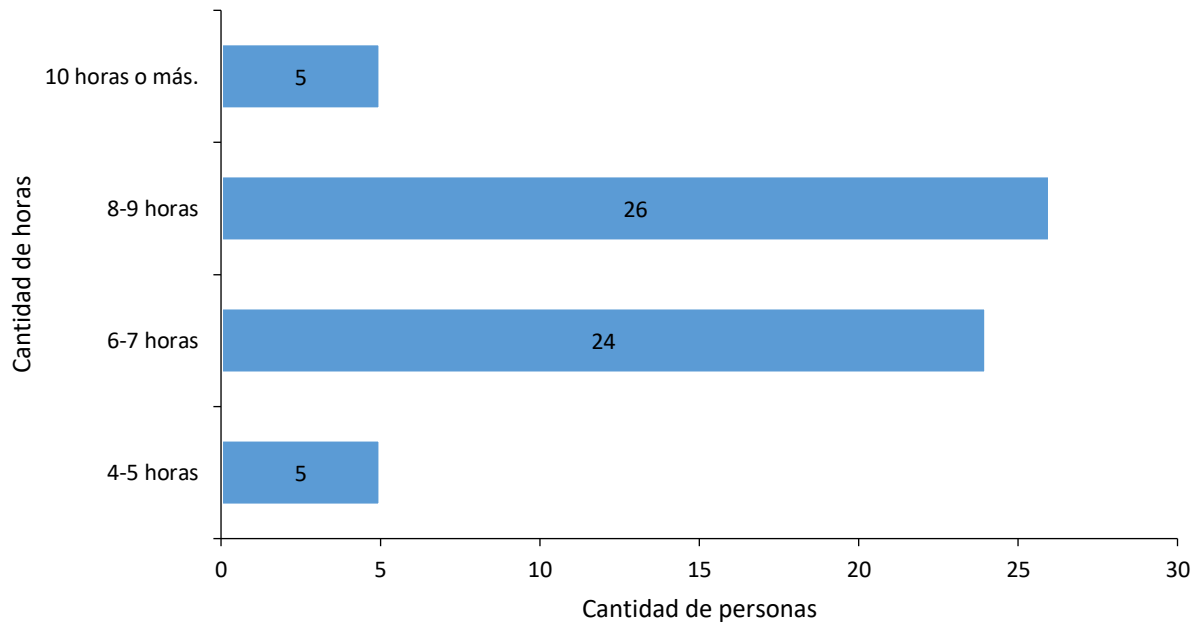
*Figura N°: 25 Distribución de personas según la frecuencia en la que toma tiempo cada día para el relajamiento. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La menor predominancia es de 1 persona que nunca toma tiempo cada día para el relajamiento, 26 individuos lo realizan frecuentemente.



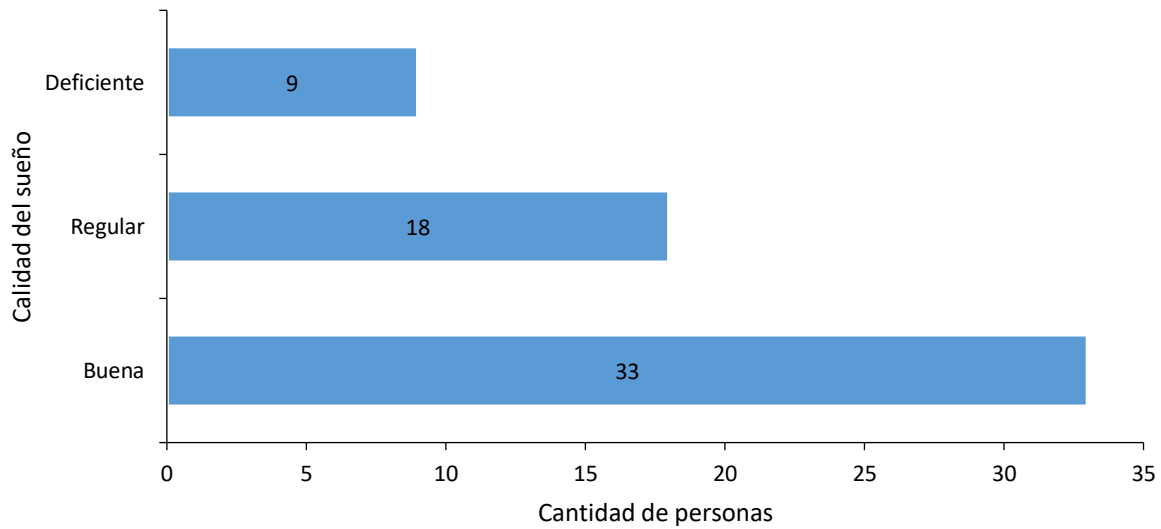
*Figura N°: 26 Distribución de personas según la frecuencia en la que discute con personas cercanas los problemas y preocupaciones. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia es de 41 personas que discuten frecuentemente con personas cercanas sobre problemas personales y preocupaciones



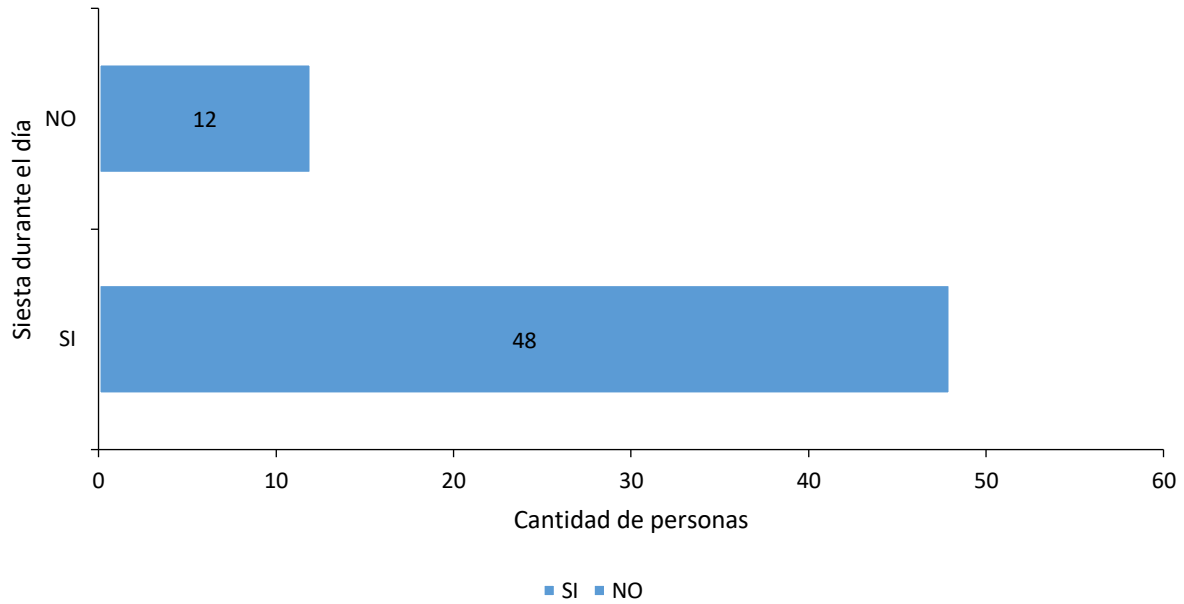
*Figura N°: 27 Distribución porcentual de personas según la cantidad de horas nocturnas que duermen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia es del 44% (n=26) personas que duermen de 6-7 horas nocturnas.



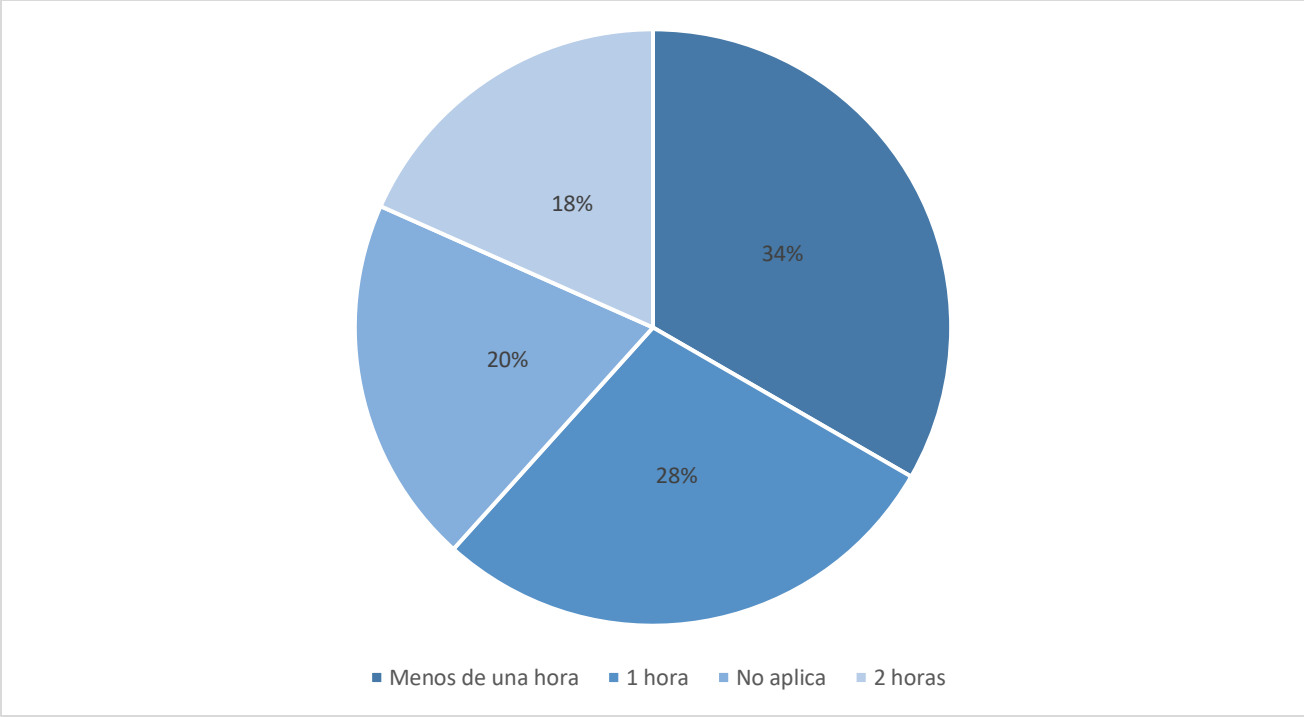
*Figura N°: 28 Distribución porcentual de personas según la calidad del sueño. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia es del 55% (n=33) de personas que tienen una buena calidad del sueño, y tan sólo el 15% (n=9) es deficiente.



*Figura N°: 29 Distribución porcentual de personas según si realiza o no siesta durante el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La menor predominancia es del 20% (n=12) de las personas que no realizan siesta durante el día.



*Figura N°: 30 Distribución porcentual de personas según la duración de la siesta. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia, 2022.*

La predominancia está en 20 personas que realizan siesta durante el día de menos de una hora.

*Tabla N° 1*

*Tabla N° 1 Distribución de las personas con Diabetes Mellitus o sin ella según conocimiento de glucosa en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

<b>Conocimiento nivel de glucosa en sangre</b>			
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
SI	28	4	32
NO	14	14	28
Total	42	18	60

*Fuente: elaboración propia, 2022*

Las cifras detallan que, del total de la población, 4 de los participantes que sí tienen DM no conocen su nivel de glucosa en sangre.

*Tabla N° 2*

*Tabla N° 2 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella según conocimiento del colesterol en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

<b>Conocimiento nivel de colesterol en sangre</b>			
<b>Hipertensión Arterial</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
SI	38	9	47
NO	11	2	13
Total	49	11	60

*Fuente: elaboración propia, 2022*

La tabla N°2 evidencia que, del total de la población, 9 individuos que sí tienen HTA no conocen su nivel de colesterol en sangre

Tabla N° 3

Tabla N° 3 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella que controlan diariamente su presión arterial. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.

<b>Hipertensión Arterial</b>	<b>Control de presión arterial diario</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
SI	34	13	47
NO	10	3	13
Total	44	16	60

Fuente: elaboración propia, 2022

Las cifras evidencian que del total de la población ya sea que tengan o no hipertensión arterial 16 participantes no controlan diariamente la presión arterial, además, los que sí presentan la comorbilidad 13 de ellos no tienen este cuidado diario.

Tabla N° 4

Tabla N° 4 Distribución de las personas con diabetes mellitus o sin ella según los tiempos de comidas diarios. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.

<b>Tiempos de comida diarios</b>					
<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5-6</b>	<b>Total</b>
SI		6	16	10	32
NO	1	6	9	12	28
Total	1	12	25	22	60

*Fuente: elaboración propia, 2022*

La tabla N°4 refleja que sólo 10 personas que tienen DM si hacen de 5-6 tiempos de comida diariamente, además, la predominancia está en aquellos participantes que tengan o no está comorbilidad realizan 4 tiempos de comida diarios.

Tabla N° 5

Tabla N° 5 Distribución de las personas con hipertensión arterial o sin ella según la calidad del sueño. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.

<b>Calidad del sueño</b>				
<b>Hipertensión</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Total</b>
<b>arterial</b>				
SI	26	14	7	47
NO	7	4	2	13
TOTAL	33	18	9	60

*Fuente: elaboración propia, 2022*

La mayor predominancia es la buena calidad del sueño con 33 personas en esta categoría de las cuales 26 si tienen HTA, sin embargo 27 personas tienen una calidad del sueño regular o deficiente.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Este capítulo expone el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos, esta sección se muestra en figuras y gráficos. Estas determinan las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en los pacientes del programa de insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica, además, del cruce de variables que se consideran importantes para la investigación.

El estudio demuestra que dentro de los datos sociodemográficos el sexo masculino prevalece sobre el femenino y, los grupos que poseen mayor incidencia son aquellos que oscilan entre 61-70 años, personas ya pensionadas, en contraste con los de 31-40 años que representan la menor cantidad. Además, el lugar de residencia con mayor cantidad de personas es la provincia de San José. Por último, en esta sección el nivel de escolaridad que predomina es el de estudios secundarios (n=24).

Estos resultados se relacionan con los del estudio del REINAC (41) donde la mayor prevalencia de esta patología está en los hombres, al igual que el rango de edad es similar de 63.5 a 73.5 años los más afectados, excepto el lugar de residencia en este estudio la mayor incidencia está en Heredia.

La Dra. Crespo (42) menciona que este patrón es debido a que los factores de riesgo coronario están más presentes en el varón. La prevalencia de IC aumenta con la edad y es en esta parte donde el modelo de promoción de la salud de Nola Pender es tan importante, ya que la educación en cuanto a la toma de acciones adecuadas para el cuidado de la salud y control de las comorbilidades en los individuos afectados son vitales tanto en esta como en otras enfermedades, ya sea como medida de prevención o bien para mantener compensada la patología a través del autocuidado.

La insuficiencia cardíaca es un estado fisiopatológico y clínico en el cual una anormalidad cardíaca es responsable de que el corazón no pueda responder adecuadamente a los requerimientos de oxigenación periférica o de que funcione pero con presiones de llenado elevadas,(43) lo cual es importante mencionar, dicho esto, la hipertensión arterial (HTA) es la fuerza elevada que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, los cuales son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo(44) y una de las complicaciones es la insuficiencia cardíaca, los pacientes en este estudio tienen 7 años o más de padecer HTA.

La mayor cantidad de personas tienen comorbilidades (n=56), dentro de las cuales predominan la hipertensión arterial (n=47) y la diabetes mellitus (n=32), confirmando su coexistencia frecuente (45). La HTA encabeza como la patología que tienen de base (n=43), es decir, la enfermedad que presentan antes de ser diagnosticados con IC, y las cardiomiopatías e insuficiencia renal como aquellas que se desarrollan después del diagnóstico (n=8 cada una), lo cual confirma que padecer de presión arterial alta es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como lo es la IC. (46).

Las dietas inadecuadas (consumo excesivo de sal, dietas altas en grasas saturadas y trans, ingesta insuficiente de frutas y verduras), son factores de riesgo modificables al igual que la inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, el sobrepeso y obesidad (44). Es importante aclarar que la persona para poder ser parte del programa en estudio no puede consumir tabaco ni alcohol.

La HTA es establecida desde 1990 como un problema de salud comunitario por la OPS y respaldado por la OMS(47) y es que algunas conductas del estilo de vida favorecen el padecimiento de esta patología y de la DM como lo es el consumo excesivo de sal, café y alcohol, además, en la parte de la actividad física, el ser una persona sedentaria también es factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades según se evidencia científicamente.

Las características y experiencias individuales son únicas y estas afectan sus acciones posteriores (48), si la persona la mayor parte de su vida ha tenido conductas inadecuadas con respecto a su salud, las probabilidades de desarrollar estas enfermedades se elevan, la HTA y la DM están relacionadas con el favorecimiento de otras patologías más graves como lo es la IC.(48)

Los antecedentes patológicos familiares están dentro de los factores de riesgo no modificables y en esta población la mayoría los presenta (n=55), mayoritariamente hipertensión arterial que afecta a 43 familias de los pacientes. Si bien es cierto que esto no es modificable, como se menciona, una forma de prevenir o detectar a tiempo las enfermedades es la asistencia periódica a los controles médicos y 59 pacientes lo hacen, esto se establece con el objetivo de poder informar sobre cualquier síntoma extraño al profesional de salud, dato relevante es que únicamente 1 persona no informa sobre síntomas extraños cuando los presenta.

Las enfermedades se pueden presentar de forma asintomática y es esta la importancia de los controles ya que por medio de las valoraciones del personal de salud se pueden detectar patrones alterados, (47) no se debe dejar de lado que cuando es diagnosticado con alguna enfermedad el apego al tratamiento es vital, y este es otro de los requisitos para poder ser atendidos en el programa mencionado, sin embargo, se evidencia que sólo 56 pacientes respetan y cumplen con este requisito.

Los exámenes de laboratorio se deben realizar mínimo de forma anual, dentro de estos se detectan los niveles de colesterol y glucosa en sangre de cada paciente. Estos datos son de relevancia para un adecuado control de las enfermedades. De los participantes, únicamente 11 y 17 personas respectivamente no conocen estos valores, además, dentro de los cuidados que deben tener en sus hogares cada paciente es el control diario de la PA y FC, principalmente en aquellos hipertensos, aunque es la minoría que no lo hacen (PA n=16, FC n=18). Por lo cual, se considera que es

necesario brindar educación al respecto, tanto al paciente como al familiar sobre las repercusiones al no hacerlo.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) están estrechamente relacionadas con el estilo de vida, especialmente con el consumo de tabaco, los hábitos alimenticios poco saludables, la inactividad física y el estrés psicosocial. (48) Según la OMS, con cambios adecuados del estilo de vida se puede prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad cardiovascular, ya que aún continúa siendo un reto importante para la población.

En los hábitos alimenticios predominan aquellos pacientes que hacen 4 tiempos de comida al día (n=25), como bien se menciona, la alimentación saludable depende de las necesidades individuales (49) pero según las recomendaciones se deben realizar meriendas nutritivas entre los tiempos de comidas fuertes(50), es por esta razón importante mencionar que 12 personas sólo hacen 3 tiempos de comida y 1 únicamente 2, además, de la cantidad de comidas que se realicen al día, el tener una alimentación balanceada forma parte de los pilares fundamentales para un adecuado manejo y control de la presión arterial.

En la alimentación es fundamental que el paciente pueda realizarlo por sí mismo, es una forma para que la persona se sienta funcional, el que se les deba asistir o dependan de alguien para poder alimentarse a muchos les afecta emocionalmente, según los resultados sólo 2 personas requieren ayuda para cortar, usar condimentos entre otros.

La actividad física es definida por la OMS como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos del cuerpo humano con gasto de energía, algunos de los beneficios relevantes para el estudio es que la práctica regular y adecuada ayuda a mejorar los valores de presión arterial, así

como los niveles de colesterol y reduce el riesgo de diabetes. (49) Sólo 10 personas realizan ejercicio de 20-30 min al día, 3 veces por semana.

La OMS menciona también que adultos de 18-64 años debería realizar actividades físicas aeróbicas moderadas durante al menos 150-300 min semanales , y para los de 65 años o más son las mismas recomendaciones que para los adultos pero se les deben adicionar actividades físicas variadas con enfoque en el equilibrio funcional y entrenamiento de fuerza muscular moderado o de mayor intensidad como mínimo 3 veces por semana, esto con el fin de mejorar la capacidad funcional del adulto mayor y prevenir el riesgo de caídas que con la edad tiende a aumentar.

Este tipo de cambios en las actividades físicas de estas personas deben ser valoradas y se les debe brindar seguimiento por un profesional para así evitar lesiones, sobrecarga o inclusive fatiga, pero se demuestra que 53 de ellas cuando realizan ejercicio nunca lo hacen bajo supervisión, es decir, no hay un profesional con conocimiento que le brinde una adecuada asesoría y seguimiento al paciente, no tienen quien les colabore con los cambios y ejercicios que deben implementar conforme la edad avance.

Este comportamiento repercute directamente en la salud de la persona, ya que uno de los síntomas de la IC es la falta de aire durante alguna actividad o inclusive sin movimiento, fatiga y debilidad; directamente va a afectar el estilo de vida el no tener una condición física adecuada en cada uno de los casos. Se van a ver repercusiones directamente cuando realicen actividades de la vida cotidiana tan simples como lo son realizar el aseo personal, vestirse y desvestirse, como se evidencia en los resultados 50 personas son independientes lo que incluye botones, cordones, 5 pueden hacer al menos la mitad de la actividad a la hora de vestirse o desvestirse y otras 5 son dependientes para hacerlo.

El estilo de vida es una combinación de aspectos físicos y psicosociales o culturales que conforman la manera de vivir de un individuo o un conjunto de ellos (52), se podría resumir en que es un conducta, esta viene de patrones aprendidos de mucho tiempo, y para poder modificarlo no basta de tan solo 21 días como según circula el mito. Un estudio de la Universidad de Londres concluye que para adquirir un nuevo hábito se lleva entre 18 y 254 días, este mismo evidencia que la mayoría de las personas lo consiguen en 66 días.(53)

La información está muy accesible para la mayoría de las personas en la actualidad y aun así la dificultad que presentan para tener estilos de vida saludables es considerable, es evidente que depende de la complejidad del hábito que se desea adquirir, por lo cual, la curiosidad y la motivación son puntos claves para la adquisición de este y por lo tanto en el aprendizaje. (53)

Nola Pender menciona en su Modelo de Promoción de la Salud cogniciones y afectos específicos del comportamiento en donde clasifica los factores personales en biológicos, psicosociales y socioculturales los cuales son predictivos de un comportamiento determinado y guiados por la naturaleza del comportamiento objetivo que se está considerando. Todos estos, aunque se tenga una predisposición, realizando los cambios necesarios pueden modificar los resultados propios del individuo.

En los pacientes es fundamental dentro de los cuidados controlar los niveles de estrés, ya que como se evidencia altera directamente el sistema cardiovascular y el estilo de vida como se menciona (51) puede contribuir a comportamientos como comer en exceso, no realiza actividad física, tener una dieta poco saludable que conlleve a la desnutrición o sobrepeso, el estrés crónico puede generar HTA lo que aumenta el riesgo de infarto al miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Controlar el estrés es parte de la salud psicológica y mental positiva y una de las formas es dialogar con alguien sobre las preocupaciones o problemas que se viven, esto va a ocasionar felicidad, optimismo, gratitud, conciencia y satisfacción (51) en la vida, tan solo 41 personas discuten frecuentemente con personas cercanas los problemas o preocupaciones y 2 usuarios no realizan esta práctica.

El tomar tiempo para relajarse también forma parte de las acciones que se pueden aplicar para disminuir los niveles de estrés, además, es una forma para apartar un tiempo personal de ocio y así también poder fortalecer la salud mental de cada individuo, se puede evidenciar que 30 usuarios lo ponen en práctica a veces y tan sólo 3 lo hacen rutinariamente.

La relajación tiene múltiples beneficios a nivel fisiológico, emocional y conductual dentro de los más relevantes para el presente tema se pueden mencionar: a nivel fisiológico: disminución de la PA, FC y FR, mantiene los niveles de glucosa dentro de los rangos normales, disminuye la actividad de las hormonas del estrés, mejora la calidad del sueño; a nivel emocional disminuye la intensidad de ira y frustración; por último, a nivel conductual mejora la calidad del sueño, la resolución de problemas, mejora la concentración y atención(52). Existen múltiples técnicas de relajación y se debe elegir la que más disfrute y le guste a la persona para que esta funcione y sea amena.

Dormir es una de las actividades más importantes y necesarias para los seres humanos, la científica recomendación viene precedida de una exhaustiva investigación en la que los expertos han comprobado que las personas que duermen 7 horas al día tienen menor riesgo de presentar enfermedades a nivel cardiaco (53) en comparación con aquellos que tienen periodos de sueños muy cortos, es decir, menos de 7 horas, estos pueden desarrollar o agravar la obesidad e hipertensión. (54)

Se deben considerar las “huellas” genéticas que están relacionadas con la necesidad de dormir, ya que algunas personas requieren de más horas que otras, a esto se le conoce como “cronotipo”, además de esto, es de suma importancia saber en el momento que va a dormir, estos hábitos están determinados de alguna forma genéticamente. Dentro de la investigación tan sólo el 44% de los participantes (n=26) duermen de 6-7 horas nocturnas según la recomendación, además, sólo 55% (n=33) tienen una buena calidad del sueño.

El sueño demuestra ser un factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, por lo cual debe ser contemplado en la valoración del paciente, se puede comparar con el tabaco o la hipertensión como factor de riesgo relevante.

Estudios demuestran que la práctica de la siesta en los adultos mayores ejerce beneficios en la rutina y los ayuda a contar con un sueño reparador, el Dr. Miguel Del Real(55) explica que científicamente está demostrado que una siesta de aproximadamente 30 min en las personas mayores y en el proceso de envejecimiento, mejora la salud en general y en la circulación sanguínea principalmente, además, favorece en la memoria, los mecanismos de aprendizaje y sobre todo proporciona la capacidad de prolongar la jornada de trabajo al poder resistirse al sueño hasta las horas de la noche, ocasionando que tengan muy poca fatiga acumulada.

El rango de edad que prevalece es el de 61-70 años como se ha mencionado anteriormente, es decir, son adultos mayores, que por su edad requieren realizar siesta, los resultados demuestran que sólo el 20% de la población (n=12) no realizan siesta durante el día, por otra parte, la duración de la siesta para los que si la realizan (n=48) es de menos de una hora.

La DM puede afectar casi cualquier parte del cuerpo, sin embargo, teniendo un adecuado control, estar pendiente de los niveles de glucosa ayudan a prevenir complicaciones principalmente en

aquellos pacientes que utilizan insulina como tratamiento ya que una descompensación en estos niveles, principalmente la hipoglucemia, pueden causar pérdida de conocimiento e inclusive convulsiones(56), si estas no son tratadas a tiempo pueden ocasionar daños a nivel neurológico como problemas de aprendizaje y pérdida de la coordinación, (57) inclusive en casos graves, la muerte, sin dejar de lado que la enfermedad por sí misma tiene sus complicaciones graves como lo es el pie diabético, este mal tratado puede terminar en amputación de la extremidad. (58) Los pacientes con esta afectación representan el 53.3% de la población en estudio (n=32) y 4 de ellos no conocen su nivel de glucosa en sangre

La persona diabética debe tener claro que los tiempos de comida son muy importantes, dentro del equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes debe estar nutrición para así poder realizar un plan de alimentación acorde a las necesidades y requerimientos de cada paciente, cuando no está dentro de las posibilidades enfermería tiene el conocimiento para educar a estos pacientes respecto a una alimentación saludable, como se ha mencionado anteriormente las guías recomiendan 3 tiempos de comidas fuertes y 2 meriendas nutritivas, una en la mañana y otra en la tarde, en las personas diabéticas con el fin de no llegar a una hipoglucemia. Del total de personas que padecen DM (n=32) 16 de estas realizan 4 tiempos de comida y 10 entre 5-6 tiempos.

Los hábitos saludables se construyen y son aprendidos a lo largo de la vida por lo cual hay conductas en ciertas culturas que son más complejas o requieren de más tiempo para poder ser modificadas. El trabajo que conlleva poder realizar estos cambios requiere de un gran equipo interdisciplinario y lo más importante la disposición de la persona en querer tener un mejor estilo de vida para que por consecuencia su salud mejore.

Los tipos de colesterol existentes son LDL conocido como el colesterol malo, es el encargado de transportar el colesterol a las distintas partes del cuerpo para su utilización; HDL conocido como

colesterol bueno, se encarga de recoger el colesterol de las distintas partes del cuerpo y transportarlo al hígado para que sea eliminado a través de la bilis. Dicho esto, un alto nivel de colesterol LDL sumado a un bajo nivel de colesterol HDL supone un mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular (59) y el controlar los niveles de estos en sangre tienen múltiples beneficios.

El colesterol LDL es un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares cuando sus niveles están altos, por lo cual, para esta población que sufre de IC y un gran porcentaje de ella también padece de HTA, además, también la tienen como antecedente patológico familiar, este debe ser uno de los datos a conocer en todo momento, sin embargo, 11 personas no tienen el conocimiento de si los niveles de colesterol están dentro de los rangos permitidos, de ellos 9 padecen de HTA, los niveles elevados pueden empeorar tanto la PA como la IC y desencadenar otras enfermedades cardiovasculares.

Las personas con enfermedades cardíacas deben tener cuidados diarios como lo es el control de la PA rutinariamente, según los resultados obtenidos 16 pacientes no lo realizan y de estos 13 tienen HTA, para estos últimos principalmente pueden tener graves consecuencias como lo es accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, aneurisma, insuficiencia renal inclusive problemas de función cerebral, la presión arterial alta y mal controlada puede ocasionar daño en órganos vitales, por esto la importancia de su medición, con un control y registro adecuado el personal de salud junto con una valoración y seguimiento puede ajustar las dosis del medicamento según las necesidades del paciente.

Los procesos de estilo de vida de cambio requieren de mucha constancia, disciplina, fuerza de voluntad, acción por parte del paciente y apoyo de su entorno, como se menciona anteriormente formar un hábito no requiere de sólo 21 días como se ha mencionado tiempo atrás, es por esta

razón que el profesional de enfermería más que educación al paciente y familia los debe empoderar para que así las modificaciones se logren realizar y que estas sean sostenibles a largo plazo.

El empoderamiento debe iniciar por el profesional de enfermería, deben tener la capacidad de ejercer esta práctica y una preparación continua para que así puedan cumplir con las responsabilidades, puedan tomar decisiones y que puedan responder a los desafíos que se presenten utilizando la habilidad profesional y el conocimiento para poder crear las estrategias requeridas según las necesidades de cada caso, aunque hay guías que generalizan el cómo se debe abordar ciertas situaciones la realidad es que todos los pacientes son distintos y presentan situaciones muy diferentes que requieren de un abordaje holístico.

El resultado conductual es el concepto de la intención e identificación de una estrategia planificada que conduce a la implementación del comportamiento de salud. Este va a ser el resultado final de todas las acciones que implemente enfermería para el bienestar del paciente.

La persona que está interesada y sigue las pautas establecidas va a poder notar los cambios en su salud, por ejemplo, los cambios a una alimentación saludable, el realizar actividad física y dejar de ser una persona sedentaria, el realizarse los controles médicos anuales, o bien el dar seguimiento a las enfermedades si las padece, tomar los medicamentos a como corresponden entre algunas otras acciones dependiendo de cada caso.

El cambio positivo en la persona cuando ya es notorio va a influenciar a sus seres cercanos y se va a lograr tener cada vez más, una población con hábitos saludables, van a ser conductas positivas que las nuevas generaciones van a aprender, por ende, se va a tener una cantidad mucho menor de padecimientos, lo que va a aumentar la calidad de vida en la población.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender define salud como un estado dinámico positivo en lugar de simplemente la ausencia de la enfermedad y lo crea para que este sea complementario de los modelos de protección de la salud ya existentes. Aún con tanta información respecto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es evidente que la población no toma con la seriedad pertinente las consecuencias de los malos hábitos, por lo cual, las estrategias se deben enfocar en crear el interés de las personas para que así el conocimiento brindado sea realmente aprendido.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

La investigación logra determinar las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en pacientes del programa insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica en el año 2022, donde se expone que todas las enfermedades afectan el diario vivir del paciente y el entorno que los rodea, sin embargo, tienen la capacidad de mejorar su calidad de vida modificando según las necesidades y características individuales diferentes variables.

La muestra en estudio se logra caracterizar según los aspectos sociodemográficos, donde las edades van desde 31 a 88 años, siendo la mayoría de los participantes del sexo masculino, residentes de San José y Heredia. El grupo que más predomina es el de 61 a 70 años, lo cual demuestra que a mayor edad aumenta el riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca; la mayor parte de los encuestados presenta un nivel de escolaridad de estudios secundarios.

El estudio describe cuales son las comorbilidades que afectan a los pacientes de la muestra, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las que predominan, además, estas mismas también son las enfermedades que desarrollaron los pacientes antes de la insuficiencia cardiaca, por otra parte, también predominan en los antecedentes patológicos familiares, es decir, se consideran como factores de riesgo para la enfermedad en investigación.

El estilo de vida de las personas del programa de insuficiencia cardiaca del Hospital Clínica Bíblica se identifica en el cual predominan aquellos que son totalmente independientes para ingerir alimentos, realizarse el aseo personal, vestirse o desvestirse. Esto demuestra que el apego al tratamiento es indispensable para que tengan calidad de vida. En cuanto a la actividad física la mayoría (n= 29) realizan ejercicio vigoroso por 20-30 min al menos 3 veces por semana, sin embargo, del total de la muestra predominan aquellos que nunca lo realizan bajo supervisión, lo

cual demuestra que se requiere mayor refuerzo en la parte educativa en cuanto a la importancia de la actividad física para la salud.

La población tiene claro que tomar tiempo diario para el relajamiento y el discutir los problemas y/o preocupaciones con personas cercanas son importantes para no aumentar los niveles de estrés, ya que estos repercuten directamente en la salud cardiovascular, además, la mayoría también tienen una adecuada higiene del sueño, lo que les permite realizar las actividades del día sin mayor dificultad.

El estudio logra relacionar las comorbilidades y el estilo de vida, demostrando que estas afectan directamente al paciente si no se logran tener controladas, no sólo repercutiendo en la salud individual, sino que va afectando a todo el entorno, ya que, en su mayoría al ser población adulta mayor, va a requerir de los cuidados y/o asistencia de una segunda persona como mínimo.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Se proponen las siguientes recomendaciones:

Para el programa de insuficiencia cardiaca:

- Implementar charlas educativas sobre el estilo de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca, donde se promueva la actividad física y alimentación saludable como pilares fundamentales para un manejo adecuado del proceso salud-enfermedad.
- Superar las barreras para una adecuada comunicación, para así poder fortalecer y/o mantener las redes de apoyo y con esto asegurar resultados óptimos en distintas dimensiones.
- Elaborar material audiovisual como apoyo en la educación para un mejor aprendizaje y retención de la información brindada.
- Crear espacios interdisciplinarios incluyendo nutrición y terapia física para así poder crear un plan adecuado individualizado según las necesidades, comorbilidades, condición y demás características de cada uno de los pacientes y su entorno.

Para el personal de enfermería:

- Capacitar más personal de enfermería en el área para así poder abordar a una mayor cantidad de pacientes que lo requieren.
- Crear una base de datos más actualizada y completa, para así, mejorar el control y manejo de usuarios siendo que en caso de que fallezcan, todo lo relacionado a sus datos sea pasado a un segundo plano o se inactiven del programa.
- Asegurarse de que la información brindada a los pacientes y familiares se dé en un lenguaje sencillo, fácil de comprender para toda la población.

- Enfatizar en la importancia de los controles de salud rutinarios para un adecuado manejo de la enfermedad y comorbilidades con el fin de mejorar el estilo de vida.
- Como parte del acompañamiento que se les brinda a los pacientes empoderarlos para que puedan realizar los cambios de conducta y que estos sean sostenidos a largo plazo.

Para futuros investigadores:

- Desarrollar más estudios que valoren la afectación de las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Diseñar investigaciones que permitan establecer la relación entre diferentes variables, ya que esta población presenta muchas necesidades, dentro de ellas se pueden mencionar prevención de la enfermedad, promoción de la salud, calidad de vida, estilo de vida saludable, motivación y manejo de emociones.
- Realizar estudios cuantitativos que evalúen como era el estilo de vida de los pacientes antes de la IC y si con la enfermedad se modificó.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tárraga López PJ, Villar Inarejos MJ, Sadek IM, Madrona Marcos F, Tárraga Marcos L, Simón García MÁ. Calidad asistencial en el manejo de la insuficiencia cardiaca en una zona básica de salud. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 1 de noviembre de 2018;30(6):258-64.
2. Rodrigo Andrade, Verónica Pérez, Gabriela Silvera. Manejo de las comorbilidades en la insuficiencia cardíaca. *RevUrugCardiol* [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 24 de febrero de 2022];33(1). Disponible en: [http://www.suc.org.uy/revista/v33n1/pdf/rcv33n1\\_aguilar-opinion.pdf](http://www.suc.org.uy/revista/v33n1/pdf/rcv33n1_aguilar-opinion.pdf)
3. Tarapués M, Albán M, Arévalo M, Paredes JP. Conductas de autocuidado en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. 2018;6.
4. Severino Nunes GF, Martins LC, da Silva Francob RJ, Xavier IM, de Souza MM, dos Santos R. Associação entre diferentes níveis de atividade física, qualidade de vida e comorbidades na hipertensão em uma cidade do estado de São Paulo: Association between levels of physical activity, quality of life and comorbidities in hypertension in a city of São Paulo state. Asociación entre los niveles de actividad física, calidad de vida y comorbilidades en la hipertensión en una ciudad del estado de São Paulo. diciembre de 2019;12(4):307-11.
5. Molano Barrera DY, González Consuegra RV. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca: Relationship Capacity of Self-Care Agency and Quality of Life in People with Heart Failure. Relação entre

capacidade de agência do autocuidado e qualidade de vida em pessoas com insuficiência cardíaca. enero de 2020; 22:1-13.

6. Molano-Barrera D, González-Consuegra R. Factores deteriorantes de la calidad de vida en insuficiencia cardiaca: revisión integrativa. Duazary. 7 de enero de 2021;18(1):86-98.
7. Roselló Azcanio Y, Alzate Berrio C, Rojas Guitiérrez A, Chao Pereira C, Roselló Azcanio Y, Alzate Berrio C, et al. Comportamiento de comorbilidades en la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Revista Cubana de Medicina [Internet]. septiembre de 2021 [citado 25 de febrero de 2022];60(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75232021000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232021000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Perez Romero JL, Sadek M I, Madrona Marcos F, Peiró Monzón F, Octavio Sánchez R, Villar Inarejos MJ, et al. Insuficiencia cardiaca la epidemia en el medio rural: características y manejo en un centro de salud rural de Albacete. Journal of Negative and No Positive Results. 2020;5(8):831-52.
9. Gómez JRR, Marcos LT, Gomez BR, Lópe PJT. Análisis del ejercicio físico en la Insuficiencia Cardíaca. Journal of Negative and No Positive Results. 2022;7(1):64-97.
10. Moraga Rojas C, Soto Fonseca JD, Moraga Rojas C, Soto Fonseca JD. Prescripción de ejercicio durante la rehabilitación cardiaca de pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Revista Costarricense de Cardiología. junio de 2021;23(1):21-7.

11. Consultas por enfermedades cardiovasculares disminuyeron [Internet]. [citado 24 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/consultas-por-enfermedades-cardiovasculares-disminuyeron>
12. Hospital Clínica Bíblica ofrece seis pruebas que revelan el estatus de su corazón [Internet]. [citado 24 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/hospital-clinica-biblica-ofrece-seis-pruebas-que-revelan-el-estatus-de-su-corazon>
13. La insuficiencia cardíaca: la labor enfermera y la importancia del paciente en el tratamiento - Diario Dicen [Internet]. Enfermería21. 2018 [citado 27 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-insuficiencia-cardiaca-la-labor-enfermera-y-la-importancia-del-paciente-en-el-tratamiento-DDIMPORT-057293/>
14. www.ilogica.cl I. Definición y fisiopatología, de la Insuficiencia Cardíaca [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/definicion-fisiopatologia-la-insuficiencia-cardiaca/>
15. Insuficiencia Cardíaca: qué es, causas, síntomas y tratamiento | Cardioalianza [Internet]. Cardio Alianza. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/>
16. Manual práctico de manejo integral del paciente con insuficiencia cardíaca crónica [Internet]. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/manual-ic-4-edicion-2018.pdf>

17. Escala NYHA (New York Heart Association) [Internet]. [citado 29 de marzo de 2022].  
Disponible en: <https://meiga.info/escalas/nyha.pdf>
18. Abuse NI on D. La comorbilidad [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2012 [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
19. Andrade R, Pérez V, Silvera G, Andrade R, Pérez V, Silvera G. Manejo de las comorbilidades en la insuficiencia cardíaca. *Revista Uruguaya de Cardiología*. abril de 2018;33(1):43-80.
20. Díaz-Gutiérrez J, Ruiz-Canela M, Gea A, Fernández-Montero A, Martínez-González MÁ. Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN. *Rev Esp Cardiol*. 1 de diciembre de 2018;71(12):1001-9.
21. Actividad física [Internet]. [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
22. ¿Qué es el ejercicio físico? [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/ejercicio-fisico/ejercicio-fisico>
23. Gómez JRR, Marcos LT, Gomez BR, Lópe PJT. Análisis del ejercicio físico en la Insuficiencia Cardíaca. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2022;7(1):64-97.
24. Anguita M, Bayés-Genís A, Cepeda JM, Cinza S, Cosín J, Leiro MC, et al. Consenso de expertos sobre la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida: más allá de las guías. *Rev Esp Cardiol*. 1 de abril de 2020; 20:1-46.

25. Sexo y cardiopatías [Internet]. [www.goredforwomen.org](http://www.goredforwomen.org). [citado 1 de abril de 2022].  
Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/sex-and-heart-disease>
26. Barge-Caballero E, Crespo-Leiro MG. Riesgo nutricional de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Sabemos cómo identificarlo, ¿podemos corregirlo? *Rev Esp Cardiol*. 1 de agosto de 2019;72(8):601-3.
27. Cambios en el estilo de vida debido a la insuficiencia cardíaca [Internet]. [www.goredforwomen.org](http://www.goredforwomen.org). [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure>
28. Conceição AP da, Santos MA dos, Santos B dos, Cruz D de ALM da. Autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem*. agosto de 2015; 23:578-86.
29. Buxó Pirla MJ, Minguell Roig ME, Batalla Mesado N, Peregrina Fernández E, Perez Mirabet S, Martínez Momblán MA, et al. Prevalencia e implicaciones pronósticas de los trastornos del sueño en la insuficiencia cardíaca crónica. enero de 2018 [citado 31 de marzo de 2022];  
Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/119805>
30. Beatriz. ¿Cómo influye el sueño en tu salud cardiovascular? [Internet]. Fundación Española del Corazón. [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3337-como-influye-el-sueno-en-tu-salud-cardiovascular.html>

31. Vergel J, Tamayo-Orozco S, Vallejo-Gómez AF, Posada MT, Restrepo D, Vergel J, et al. Síndrome del corazón roto y estrés agudo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. diciembre de 2017;46(4):257-62.
32. FEC. Síndrome de Tako-Tsubo [Internet]. Fundación Española del Corazón. [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/sindrome-de-tako-tsubo.html>
33. Manejo del estrés [Internet]. [www.goredforwomen.org](http://www.goredforwomen.org). [citado 1 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/healthy-living/healthy-lifestyle/stress-management>
34. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*. diciembre de 2011;8(4):16-23.
35. Trigos Carrillo LM. SIGNIFICADO E INTENCIONALIDAD. *Forma y Función*. junio de 2010;23(1):89-99.
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
37. Ventura-León JL. ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. diciembre de 2017;43(4):0-0.
38. ¿qué es una muestra no probabilística según sampieri? [Internet]. [citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://aleph.org.mx/que-es-una-muestra-no-probabilistica-segun-sampieri>

39. Definición de sociodemográfico — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
40. Lorenzo Díaz JC, Díaz Alfonso H, Lorenzo Díaz JC, Díaz Alfonso H. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. abril de 2019;23(2):170-1.
41. Sánchez MOS, Chaves DQ, Chaves GC, Sánchez LL, Tumminelli LM, Umaña CDB, et al. Registro nacional de insuficiencia cardíaca de Costa Rica. El estudio RENAIC CR. 2017; 19:14.
42. Crespo Leiro MG, Paniagua Martín MJ. Insuficiencia cardíaca. ¿Son diferentes las mujeres? Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de julio de 2006 [citado 13 de julio de 2022];59(7):725-35. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-insuficiencia-cardiaca-son-diferentes-mujeres-articulo-13091374>
43. www.ilogica.cl I. Definición y fisiopatología, de la Insuficiencia Cardíaca [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 15 de julio de 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/definicion-fisiopatologia-la-insuficiencia-cardiaca/>
44. Hipertensión [Internet]. [citado 15 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
45. Maydana M, Echazarreta D, Ortiz L, Portis M. Hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Innovaciones terapéuticas. :8.

46. Valderramos AC, Sierra M, Casco J. FACTORES ASOCIADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO (HEU). REV MED HONDUR. 2018; 86:7.
47. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. PALTEX; 1990.
48. Buenos hábitos para controlar la hipertensión arterial [Internet]. Tu canal de salud. [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.tucanaldesalud.es/es/voz-especialista/buenos-habitos-controlar-hipertension-arterial>
49. Zuni Chavez KX, More Sandoval BE, Fernández Vargas CD, García Fuentes BB, Ruiz Olano JM, Pérez Rodríguez VK. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL DE LIMA. RFMH [Internet]. 15 de octubre de 2019 [citado 15 de julio de 2022];19(4):68-73. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2343>
50. Ortega Torres [Internet]. [citado 19 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/rt/printerFriendly/566/723>
51. OPSNMH19001\_spa.pdf [Internet]. [citado 19 de julio de 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
52. Estilo de Vida - Concepto, ejemplos saludables y perjudiciales [Internet]. Concepto. [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://concepto.de/estilo-de-vida/>

53. Rutina, hábito y aprendizaje. ¿Sólo 21 días? [Internet]. neuronas en crecimiento. 2015 [citado 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://neuropediatra.org/2015/09/20/rutina-habito-y-aprendizaje-solo-21-dias/>
54. guia-de-recomendaciones-sobre-alimentacion.pdf [Internet]. [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2020/guia-de-recomendaciones-sobre-alimentacion.pdf>
55. El estrés y la salud cardíaca [Internet]. www.goredforwomen.org. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/healthy-living/healthy-lifestyle/stress-management/stress-and-heart-health>
56. ¿Qué es la relajación? 18 beneficios de la relajación [Internet]. 2021 [citado 24 de julio de 2022]. Disponible en: <https://tuespacioterapia.com/beneficios-de-la-relajacion/>
57. Dormir siete horas por la noche ayuda a cuidar el corazón - Biotech Spain [Internet]. [citado 24 de julio de 2022]. Disponible en: <http://biotech-spain.com/es/articles/dormir-siete-horas-por-la-noche-ayuda-a-cuidar-el-coraz-n/>
58. El sueño ha demostrado ser un factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular [Internet]. CNIC. [citado 24 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.cnic.es/es/noticias/sueno-ha-demostrado-ser-un-factor-riesgo-enfermedad-cardiovascular>

59. Sanchez JE. La siesta; algo clave en la rutina del adulto mayor [Internet]. CSS Noticias. 2020 [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://prensa.css.gob.pa/2020/10/19/la-siesta-algo-clave-en-la-rutina-del-adulto-mayor/>
60. Hipoglucemia - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypoglycemia/symptoms-causes/syc-20373685>
61. Hipoglucemia diabética - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-hypoglycemia/symptoms-causes/syc-20371525>
62. El pie diabético. ¿Qué es y cuáles son sus síntomas? [Internet]. IRF La Salle - Centro de Rehabilitación Aravaca - Madrid. 2017 [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.irflasalle.es/pie-diabetico-cuales-sintomas/>
63. Colesterol bueno, colesterol malo y triglicéridos [Internet]. Kern Pharma. [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.kernpharma.com/es/blog/colesterol-bueno-colesterol-malo-y-trigliceridos>
64. Cajal A. Nola Pender: biografía y teoría de la promoción de la salud [Internet]. Lifeder. 2021 [citado 25 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/nola-pender/>

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

IC: insuficiencia cardíaca

ICC: insuficiencia cardíaca crónica

IAM: infarto agudo al miocardio

CV: calidad de vida

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

ICFEP: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada

NYHA: New York Heart Association

ESC: Sociedad Europea de Cardiología

AHA: Asociación Americana del Corazón (siglas en inglés)

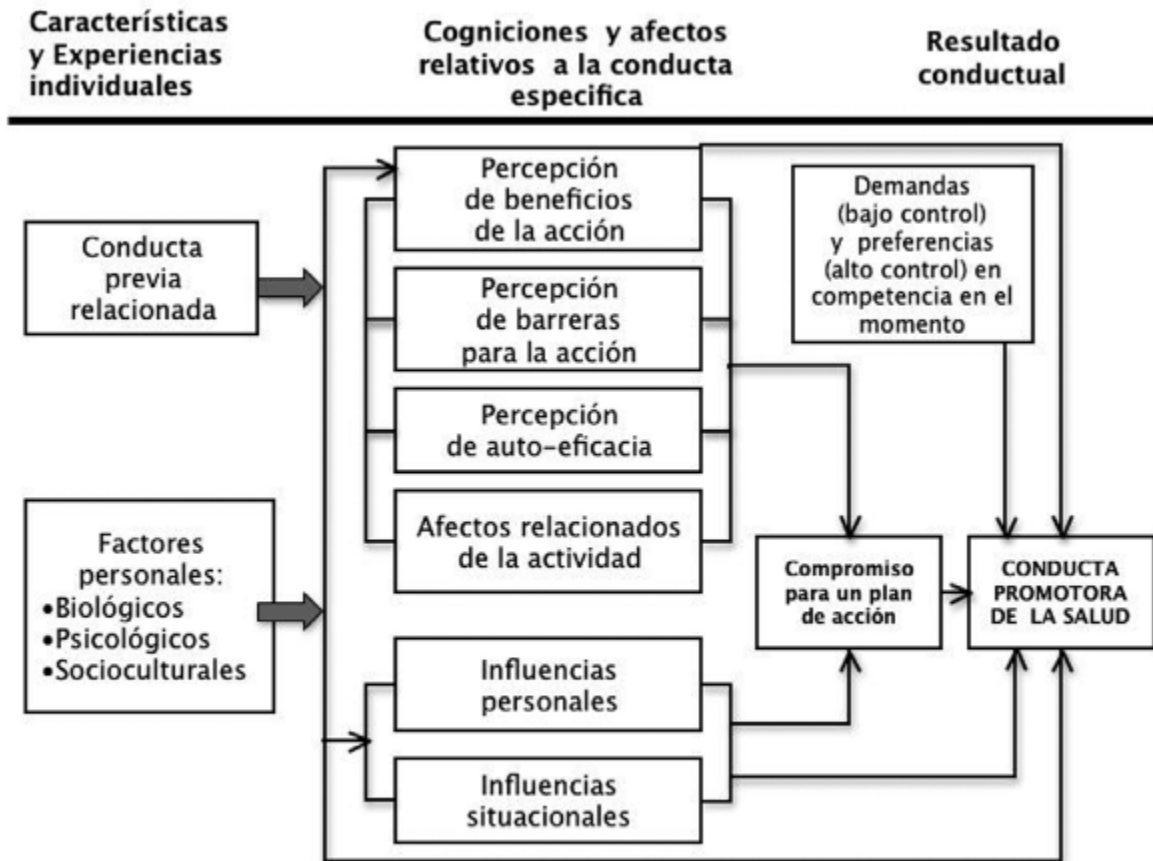
EVS: estilo de vida saludable

OMS: Organización Mundial de la Salud

MPS: Modelo de promoción de la salud.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: Modelo Promoción de la Salud, Nola Pender



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB<sup>21</sup>

## ANEXO 2 Declaración jurada

### Declaración jurada

Yo Angélica María Gamboa Elizondo, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 1 1691 0170 egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “COMORBILIDAD EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA RELACIONADO CON EL ESTILO DE VIDA, HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, 2022”, es una obra original que ha respetado todo lo perpetuado por las Leyes Penales, así como la ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en La Gaceta número 226 del 25 noviembre de 1982, incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertida que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, el día 01 del mes de diciembre del año 2022.



---

Angélica María Gamboa Elizondo  
1 16910170

## ANEXO 3 Carta de aprobación tutoría

### CARTA DEL TUTOR

San José, 29 agosto, 2022

**Máster Vanessa Aguilar**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante ANGÉLICA GAMBOA ELIZONDO, el trabajo de investigación denominado "COMORBILIDAD EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA RELACIONADO CON EL ESTILO DE VIDA, HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, 2022." el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, resultados, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos la postulante obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	30
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100%	96

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



**MS.c Irleanny Solera Porras**  
**Cédula identidad 1-1412-0968**  
**Carné Colegio Profesional 12175**

## ANEXO 4 Carta de lectora

San José, 25 de octubre, 2022

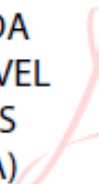
Señores  
Universidad Hispanoamericana  
Sede Aranjuez

Estimados Señores

Como docente universitario y en calidad de lector de Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería, titulada: Comorbilidad en pacientes del Programa de Insuficiencia Cardíaca relacionado con el estilo de vida, Hospital Clínica Bíblica, 2022; he revisado y aprobado el documento, según los requisitos académicos de la universidad, para ser presentado como requisitos finales de graduación.

Atentamente,

GLEND  
ESQUIVEL  
BRENES  
(FIRMA)



Firmado digitalmente por  
GLEND  
ESQUIVEL  
BRENES (FIRMA)  
Fecha: 2022.10.25  
17:22:20 -06'00'

---

Cód. E-6721

Lectora Metodológica

## ANEXO 5 Carta de autorización para la publicación del TFG

### BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

#### CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José, 01 diciembre 2022

Señores:  
Universidad  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) ANGÉLICA MARÍA GAMBOA ELIZONDO con número de identificación 1-1691-0170 autor (a) del trabajo de graduación titulado COMORBILIDAD EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA RELACIONADO CON EL ESTILO DE VIDA, HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, 2022, como requisito para optar por el grado de LICENCIATURA DE ENFERMERÍA; *Si* autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



---

Angélica María Gamboa Elizondo  
1 16910170

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)  
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y  
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.

b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana

c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

## ANEXO 6 Consentimiento informado (para aplicar instrumento)

### Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
Teléfono:(506) 2241-9090

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION AL CAMBIO EN HABITOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 DESDE EL MODELO DE CALLISTA ROY Y EN EL AMBIENTE LABORAL, FAMILIAR Y PERSONAL, MUNICIPALIDAD DE PARAISO, CARTAGO, 2021.

Nombre del Investigador (a) Principal: Gloriana Castillo Madrigal.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:**

En esta sección se debe explicar quién está realizando la investigación, la institución a la que pertenecen, una breve justificación o motivación para realizar la investigación, la información que se pretende obtener, el tiempo que durará la investigación y el tiempo que durará la participación de las personas en la investigación. Procure no usar un lenguaje técnico, debe estar redactado con un lenguaje sencillo pero correcto: utilice palabras que cualquier persona pueda entender (la recomendación es redactar para personas con sexto grado de escolaridad).

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:**

Describa de forma detallada los siguientes puntos:

1. En qué consiste la participación de la persona (cuáles mediciones se le harán, si tiene que llenar cuestionarios, consumir algún alimento, dónde tiene que presentarse, en cuáles condiciones debe asistir, etc.).
2. Qué es lo que tiene que hacer para participar en la investigación (cuáles son los requisitos que tiene que cumplir para poder participar).
3. A qué se compromete cuando acepta formar parte de la población de la investigación.
4. Durante cuánto tiempo va a participar en la investigación.

*Ejemplo de una descripción correcta:* Se le medirá el peso en una balanza, se le va a medir la estatura con el tallímetro que forma parte de la balanza, con cinta métrica se va a medir la circunferencia de su cintura. Además, llenará un cuestionario.

C. **RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: (describa y anote claramente, con lenguaje sencillo, todas las molestias e inconvenientes posibles –reales y potenciales-, así como riesgos para la salud física y mental, incluyendo el riesgo de la pérdida de privacidad, la incomodidad o ansiedad. No minimice nunca los riesgos).
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de esta investigación, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. **BENEFICIOS:**

*Si existiera algún beneficio directo:* Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será (describa los beneficios reales para la persona que acepta participar en el estudio).

*Cuando no exista ningún beneficio directo:* Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de..... y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el(la) investigador(a) (*nombre completo del investigador*) quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono (*número*) en el horario (*horario de consulta disponible*). Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana ***al teléfono 2241-9090***, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)

fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

NOTA: Si el participante es un menor de 12 años, se le debe explicar con particular cuidado en qué consiste lo que se le va a hacer.

**Se le recuerda que si va a trabajar con adolescentes de edades entre 12 y 18 años, debe elaborar fórmula de asentimiento informado.**

## ANEXO 7 Instrumento de recolección de datos

# COMORBILIDAD EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA RELACIONADO CON EL ESTILO DE VIDA, HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, 2022.

La presente investigación está siendo realizada por Angélica Gamboa Elizondo, cédula 1 1691 0170, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, sede Aranjuez, dicho trabajo se lleva a cabo como modalidad final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. El instrumento busca recopilar información para poder determinar las comorbilidades relacionadas con el estilo de vida en los pacientes. La información será recolectada durante el I semestre 2022, además, esta quedará almacenada y podría ser utilizada para futuras investigaciones resguardando el anonimato y la confidencialidad de cada persona.

Correo \*

Tu dirección de correo electrónico

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

## Datos sociodemograficos

Los datos sociodemográficos se utilizan con el objetivo de obtener una visión más profunda del objetivo y crear estrategias que se adapten a las necesidades.

Sexo: \*

- Masculino
- Femenino

Edad: \*

- 30-40 años
- 41-50 años
- 51-60 años
- 61-70 años
- 71-80 años
- 81-88 años
- 89 años o más

Lugar de residencia \*

- San José
- Heredia
- Alajuela
- Cartago
- Puntarenas
- Limón
- Guanacaste

Actividad laboral: \*

- Asalariado
- Desempleado
- Pensionado
- Trabajador independiente

Escolaridad \*

- Titulado superior
- Técnico Universitario
- Estudios secundarios
- Estudios primarios
- Analfabeto

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

## Comorbilidades

Las comorbilidades se definen como enfermedades que coexisten en una misma persona con otras enfermedades, el objetivo es poder describirlas y relacionarlas con el estilo de vida que tienen los pacientes.

¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con insuficiencia cardiaca? \*

- 1 a 2 años
- 3 a 4 años
- 5 a 6 años
- 7 años o más

¿Aparte de la insuficiencia cardiaca tiene alguna otra enfermedad? \*

- Sí
- No

En caso de que la respuesta anterior sea si, cuál o cuales de las siguientes enfermedades padece: \*

- Enfermedad tiroidea
- Cardiomiopatía
- Valvulopatía
- Arritmia
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Insuficiencia Renal
- No aplica
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál de estas enfermedades se desarrollaron antes de la insuficiencia cardiaca? \*

- Enfermedad tiroidea
- Cardiomiopatía
- Valvulopatía
- Arritmia
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Insuficiencia Renal
- No aplica.
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál de estas enfermedades se desarrollaron después de la insuficiencia cardiaca? \*

- Enfermedad tiroidea
- Cardiomiopatía
- Valvulopatía
- Arritmia
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Insuficiencia Renal
- No aplica.
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos para estas enfermedades? \*

- Sí
- No
- No aplica

¿Asiste a controles médicos frecuentemente? \*

- Sí
- No

¿Tiene antecedentes patológicos familiares? \*

- Sí
- No

En caso de que la respuesta anterior sea si, cuales son: \*

- Enfermedad tiroidea
- Cardiomiopatía
- Valvulopatía
- Arritmia
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Insuficiencia Renal
- No aplica.
- Otro: \_\_\_\_\_

Ante cualquier síntoma extraño, ¿usted lo comunica a algún profesional de la salud? \*

- Sí
- No

¿Conoces el nivel de colesterol en tu sangre? \*

- Sí
- No

¿Conoces el nivel de glucosa en tu sangre? La glucosa es el azúcar principal que se encuentra en su sangre. \*

- Sí
- No

¿Controlas tu presión arterial diariamente? ? La presión arterial es la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. \*

- Sí
- No

¿Controlas tu frecuencia cardiaca diariamente? La frecuencia cardiaca es el número de veces que el corazón late durante un minuto. \*

- Sí
- No

En comparación con hace un año ¿Han cambiado sus síntomas de insuficiencia cardiaca? Por ejemplo, falta de aire, fatiga o hinchazón de tobillos \*

- Mucho peor
- Algo peor
- Sin cambios
- Algo mejor
- Mucho mejor
- No tuve síntomas

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

## Estilo de vida

El estilo de vida son los comportamientos que tiene una persona, el objetivo es poder identificarlo para así elaborar estrategias y poder mejorarlo en la medida de lo posible.

¿Toma algún medicamento antes del desayuno ? \*

- Sí
- No

¿Cuántos tiempos de comida hace al día? \*

- 2 tiempos de comida
- 3 tiempos de comida
- 4 tiempos de comida
- 5-6 tiempos de comida

Durante los tiempos de comida usted es: \*

- Incapaz de ingerir solo los alimentos
- Necesita ayuda para cortar, usar condimentos etc.
- Totalmente independiente

Durante el aseo personal es: \*

- Dependiente
- Independiente para bañarse o ducharse.

Cuando se requiere vestir o desvestir: \*

- Dependiente
- Requiere ayuda, pero puedo hacer la mitad aproximadamente
- Independiente: incluyendo botones, cordones etc

Realiza ejercicio vigoroso por 20-30 min al menos tres veces a la semana: \*

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Rutinariamente

Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: \*

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Rutinariamente

Toma tiempo cada día para el relajamiento: \*

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Rutinariamente

Discute con personas cercanas tus problemas personales y preocupaciones: \*

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Rutinariamente

¿Cuántas horas al día duerme? (horas nocturnas) \*

- 4-5 horas
- 6-7 horas
- 8-9 horas
- 10 horas o más.

¿Cómo considera que es la calidad del sueño? \*

- Buena
- Regular
- Deficiente

¿Durante el día hace siesta? \*

- Sí
- No

Si su respuesta fue si, ¿cuanto duerme? \*

- Menos de una hora
- 1 hora
- 2 horas
- No aplica

[Atrás](#)

[Enviar](#)

[Borrar formulario](#)

## ANEXO 8 Plan piloto

### Plan piloto

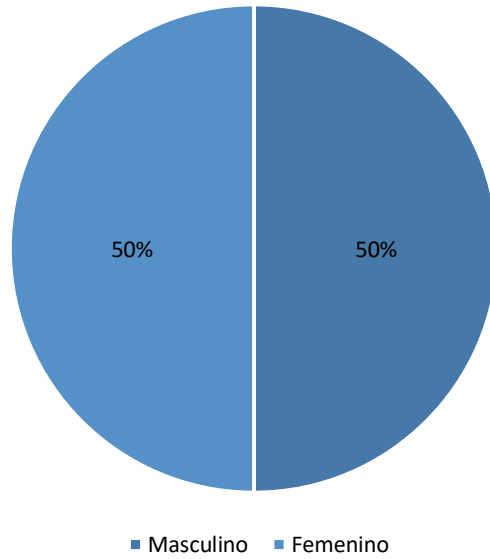
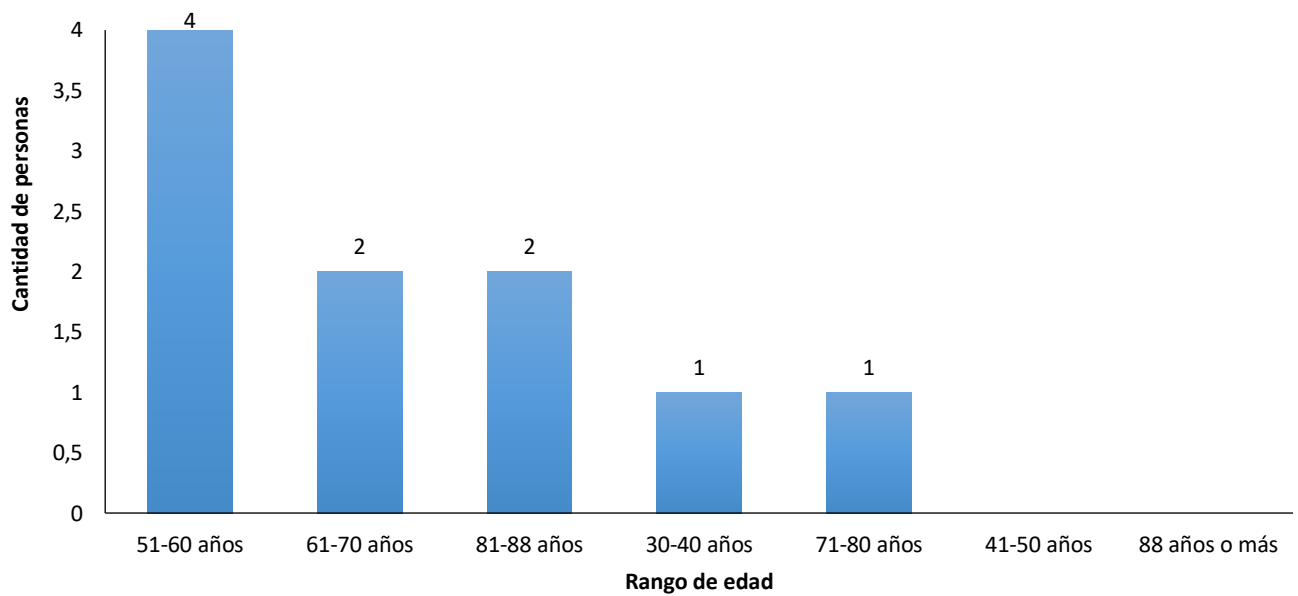
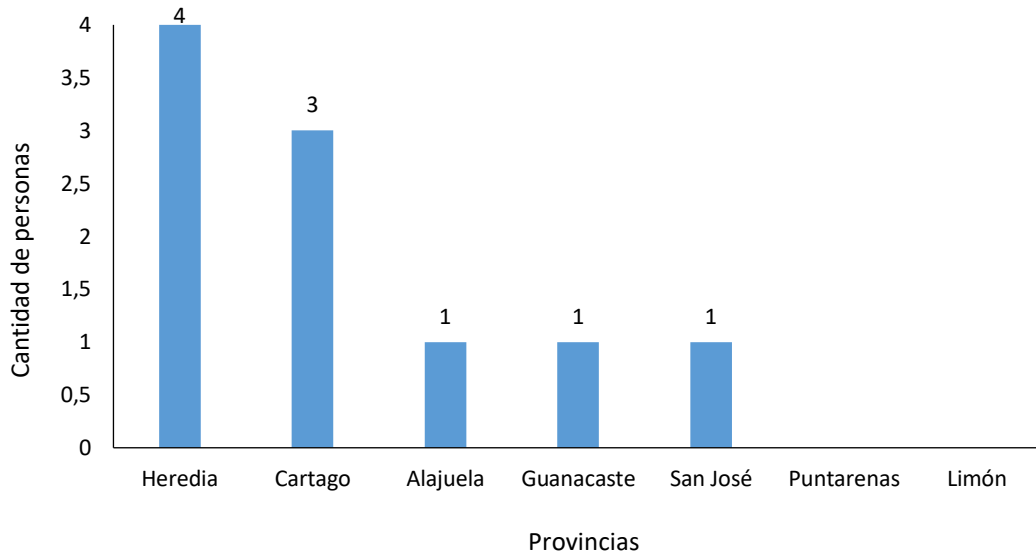


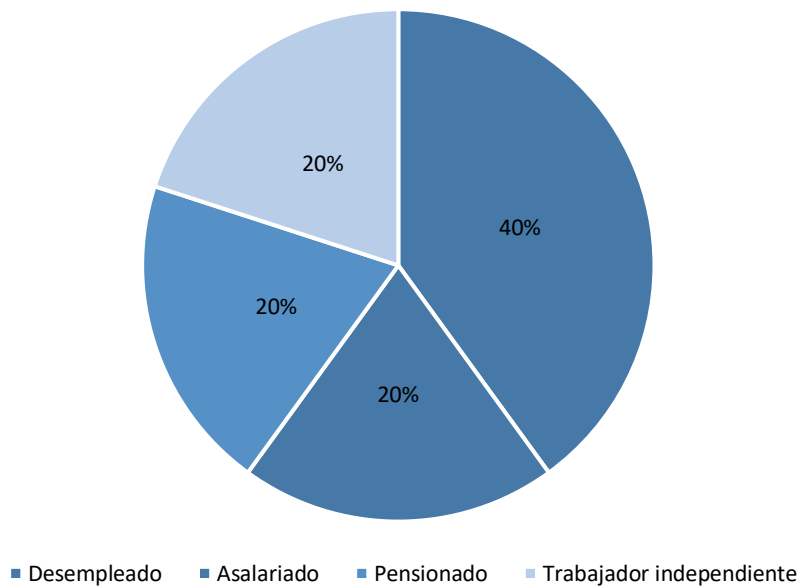
Figura N°1 Distribución porcentual de las personas según sexo. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.



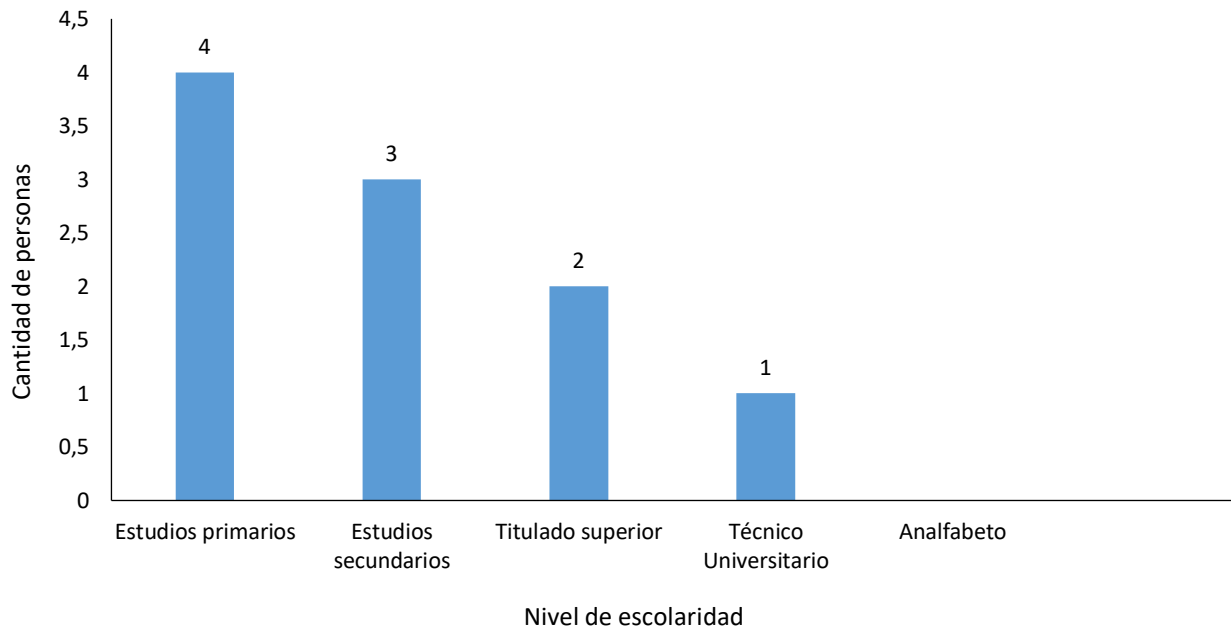
*Figura N°2 Distribución de personas según grupos de edad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



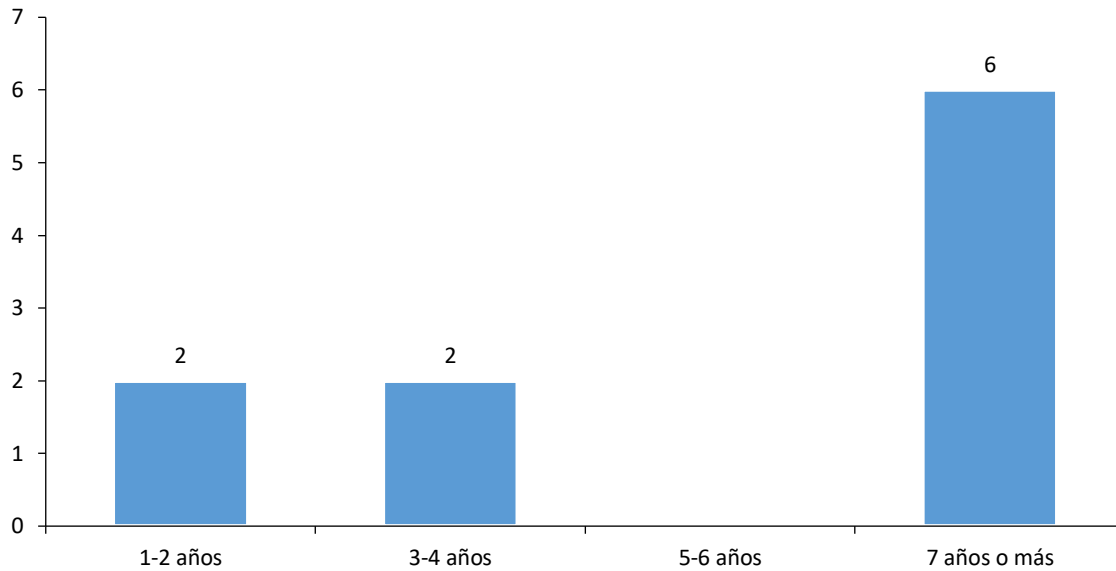
*Figura N°3 Distribución de las personas según lugar de residencia. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



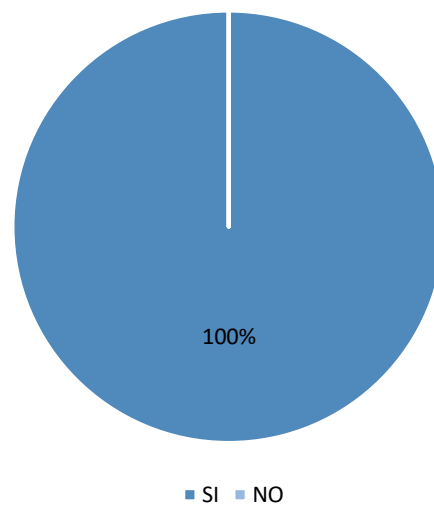
*Figura N° 4 Distribución porcentual de las personas según actividad laboral. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



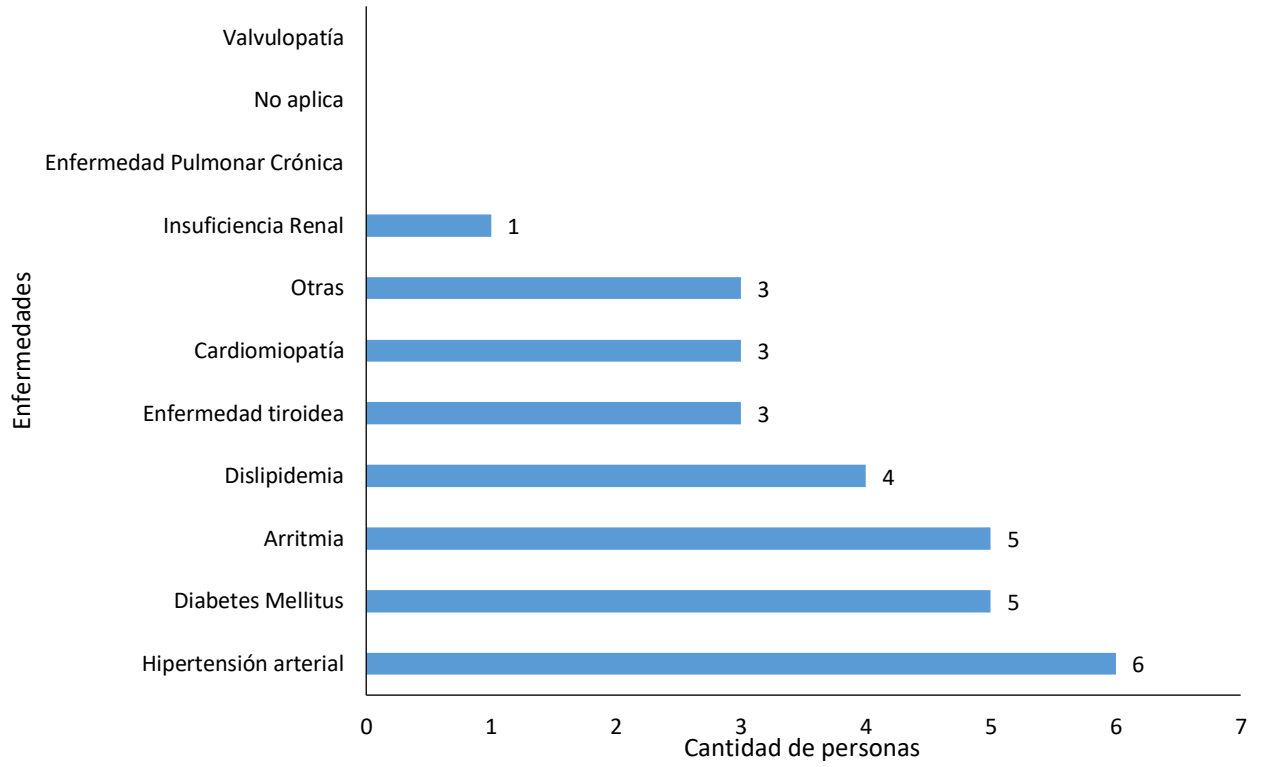
*Figura N°5 Distribución de las personas según nivel de escolaridad. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia*



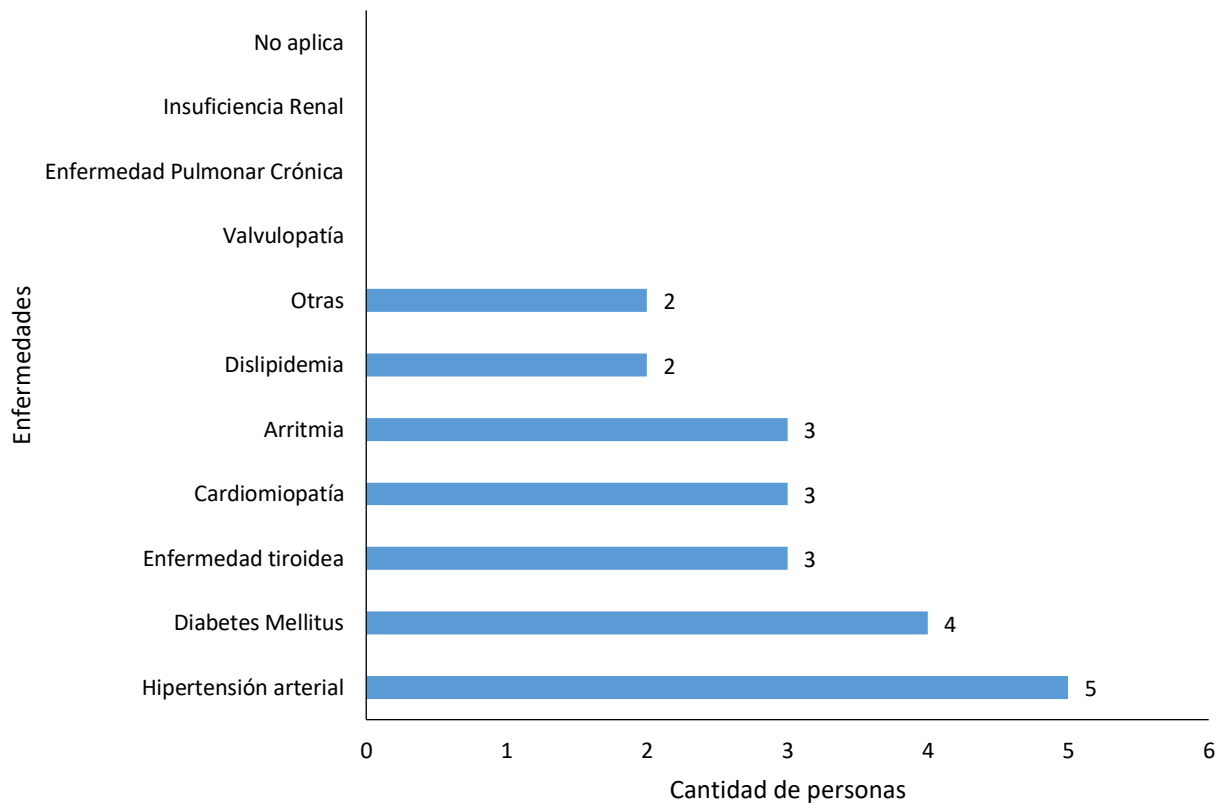
*Figura N°6 Distribución de personas según tiempo de diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



*Figura N°7 Distribución porcentual de personas si tiene o no otra (s) enfermedad (es). Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*

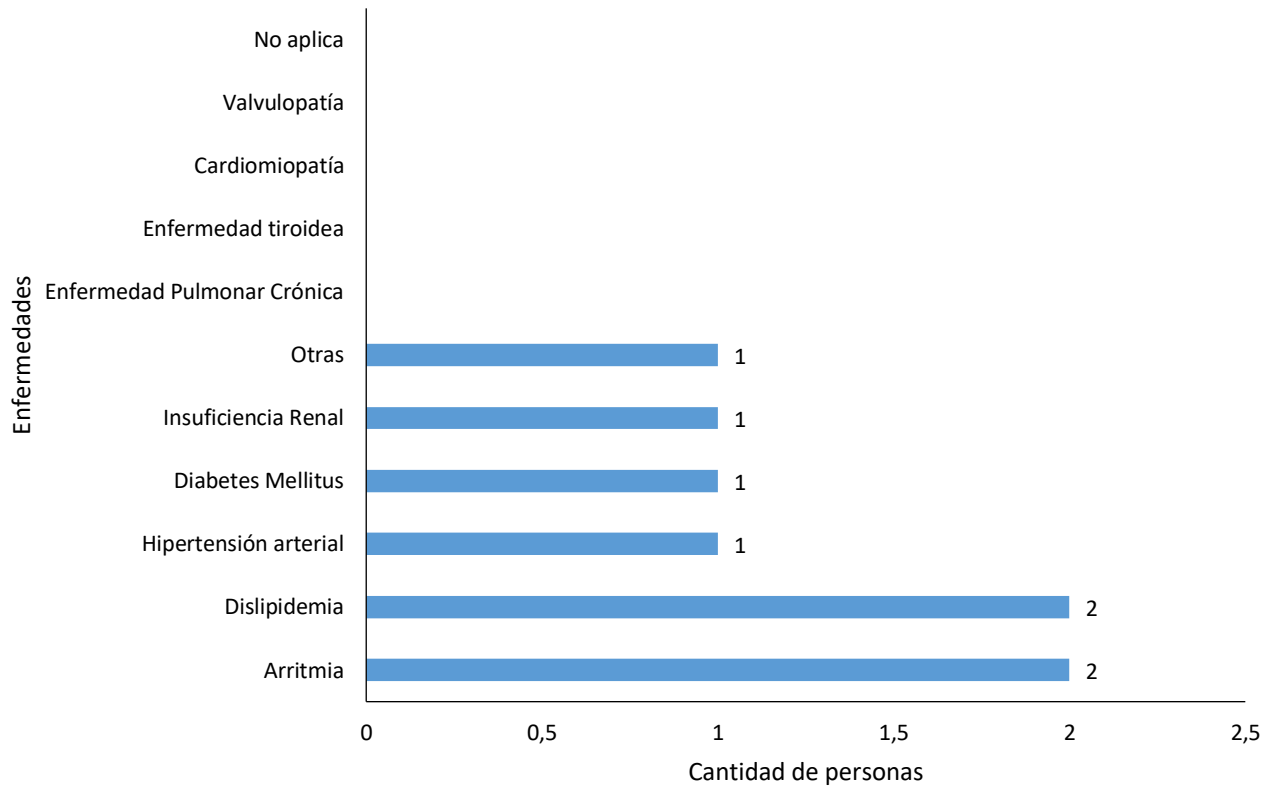


*Figura N°8 Distribución de personas según las enfermedades que padecen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



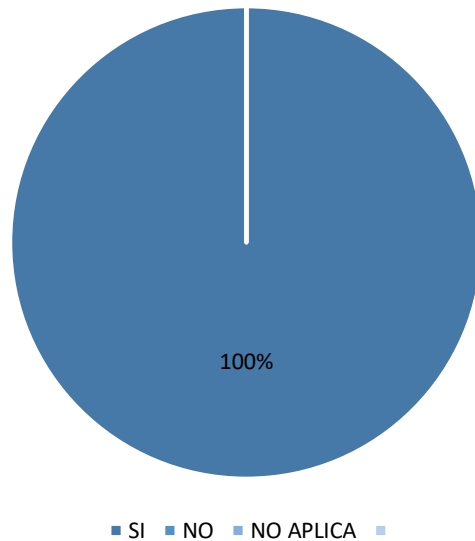
*Figura N°9 Distribución de personas según enfermedades que se desarrollaron antes de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

*Fuente: elaboración propia 2022.*

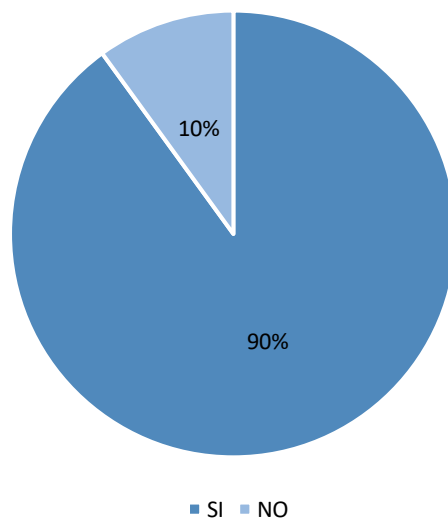


*Figura N°10 Distribución personas según enfermedades que se desarrollaron después de la insuficiencia cardíaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

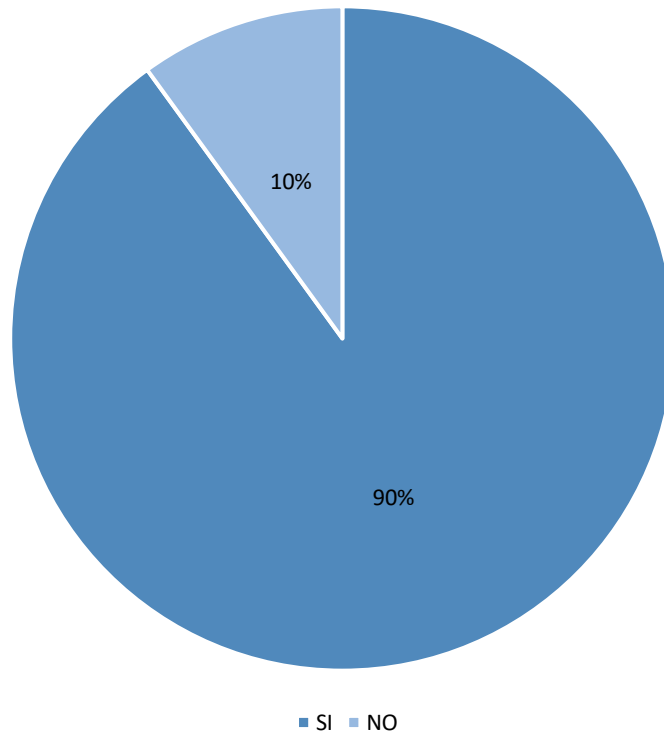
*Fuente: elaboración propia 2022.*



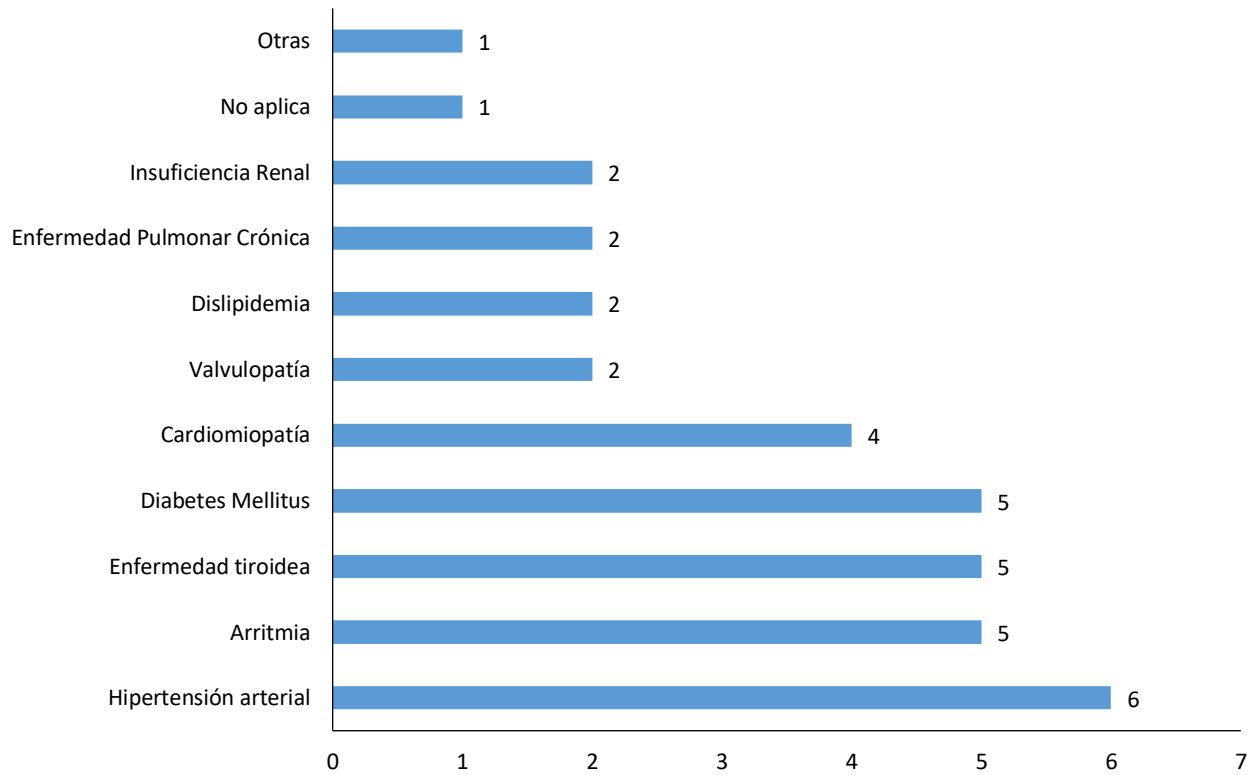
*Figura N°11 Distribución porcentual de las personas que toman o no medicamentos para las enfermedades. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



*Figura N°12 Distribución porcentual de las personas que asisten o no a controles médicos. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



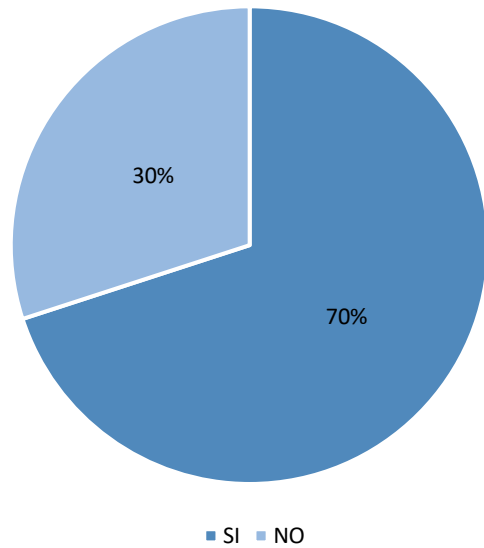
*Figura N°13 Distribución porcentual de las personas si tienen o no antecedentes patológicos familiares. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia 2022.*



*Figura N°14 Distribución de las enfermedades por antecedentes patológicos familiares.*

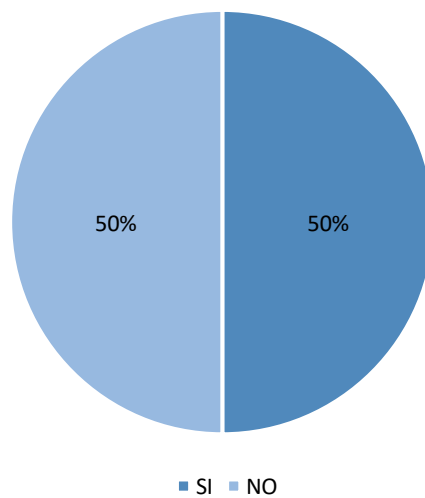
*Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia*

*2022.*



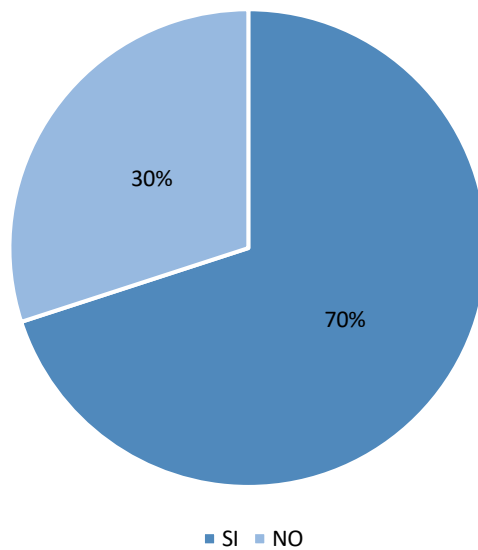
*Figura N°15 Distribución porcentual de si informa o no cualquier síntoma extraño a los profesionales en salud. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

*Fuente: elaboración propia 2022.*

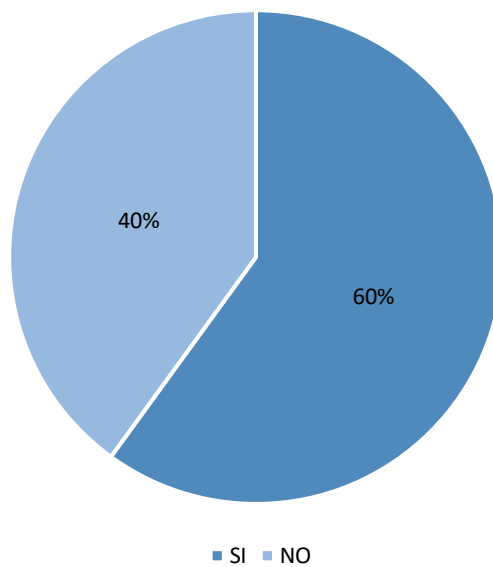


*Figura N°16 Distribución porcentual de si conocen o no el nivel de colesterol en sangre.*

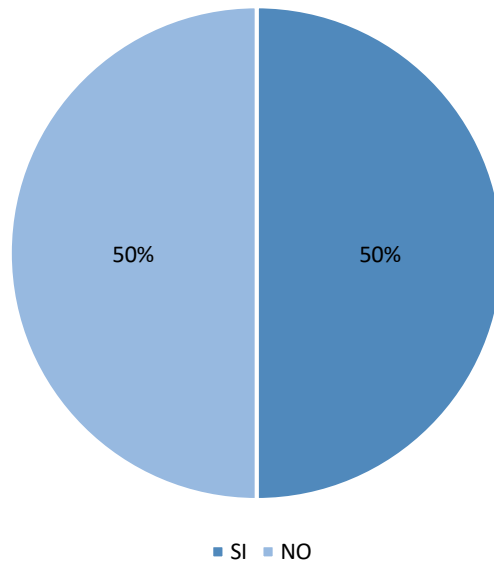
*Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración.*



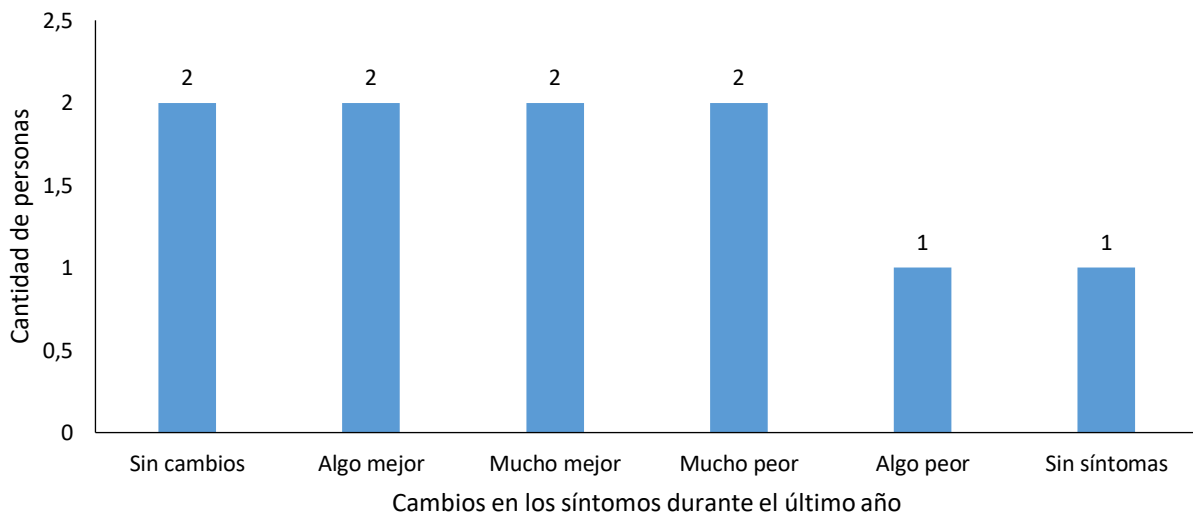
*Figura N°17 Distribución porcentual de si conocen o no el nivel de glucosa en sangre. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°18 Distribución porcentual de si se controla diariamente o no la presión arterial. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°19 Distribución porcentual de si controla diariamente o no la frecuencia cardiaca. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°20 Distribución de los cambios en los síntomas de insuficiencia cardiaca durante el último año. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*

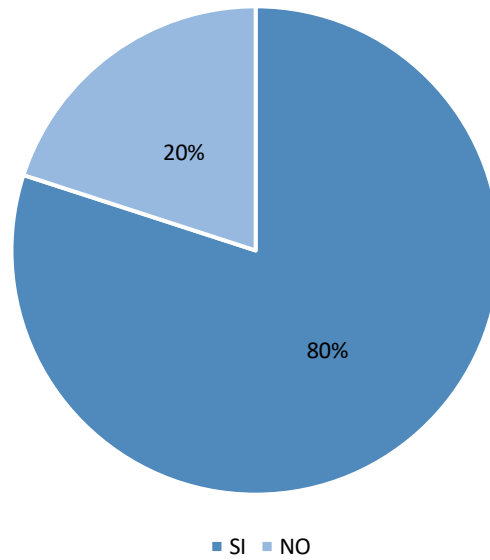


Figura N°21 Distribución porcentual de personas si toma o no algún medicamento antes del desayuno. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.

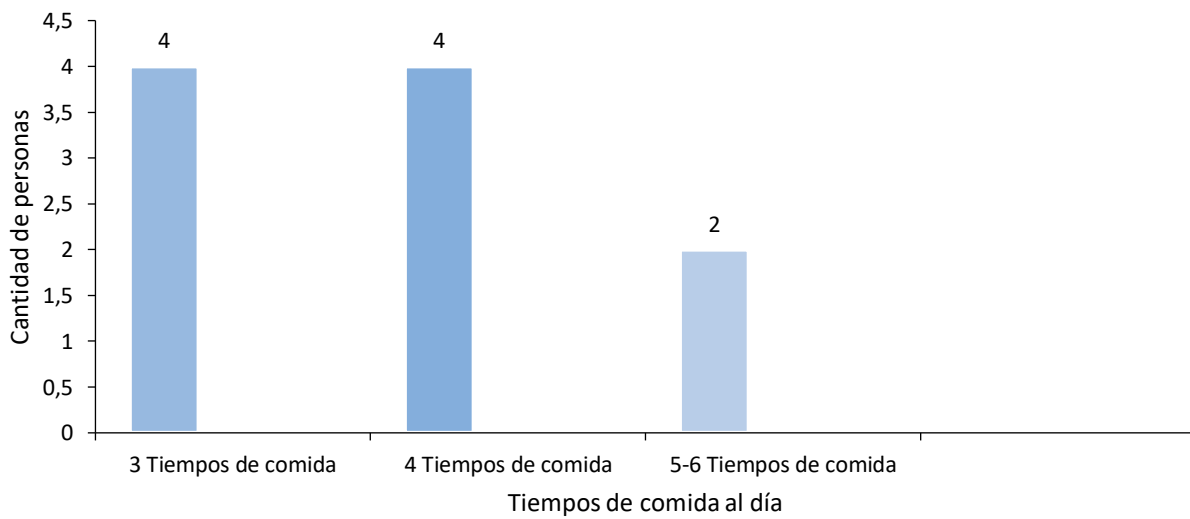
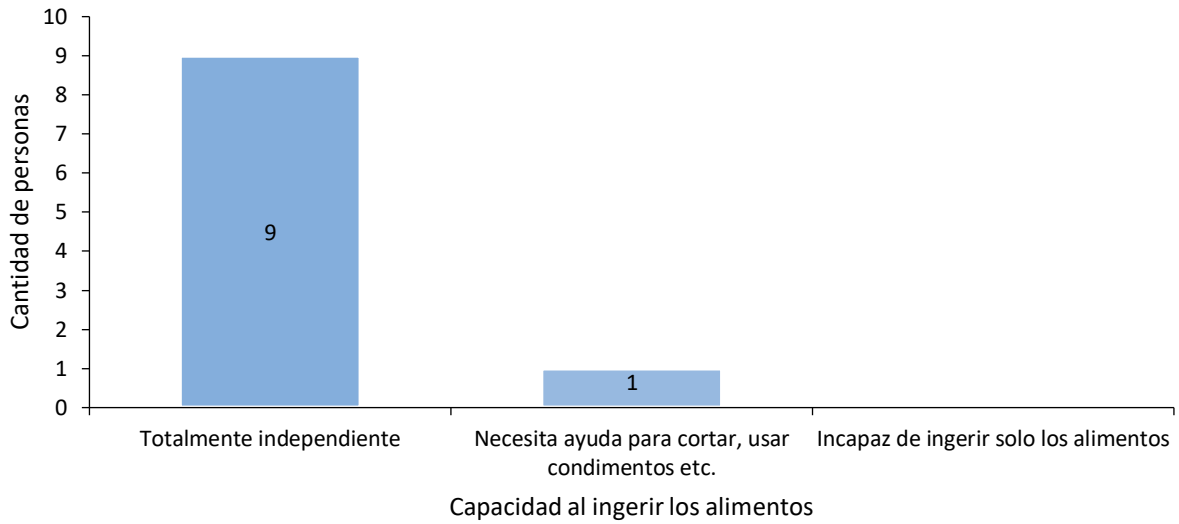
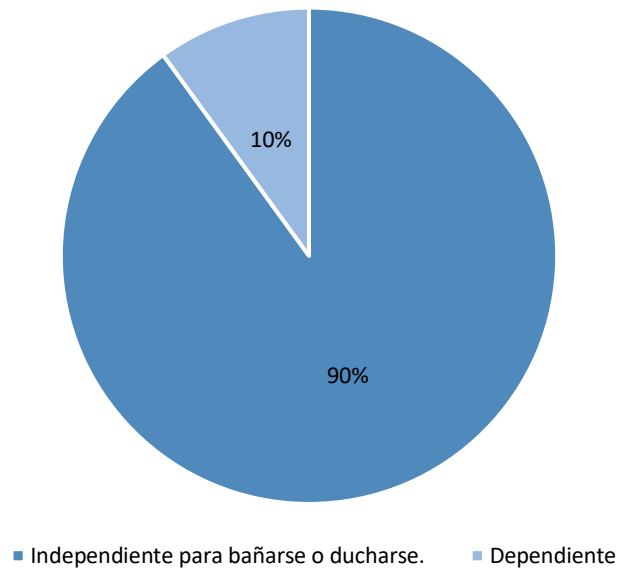


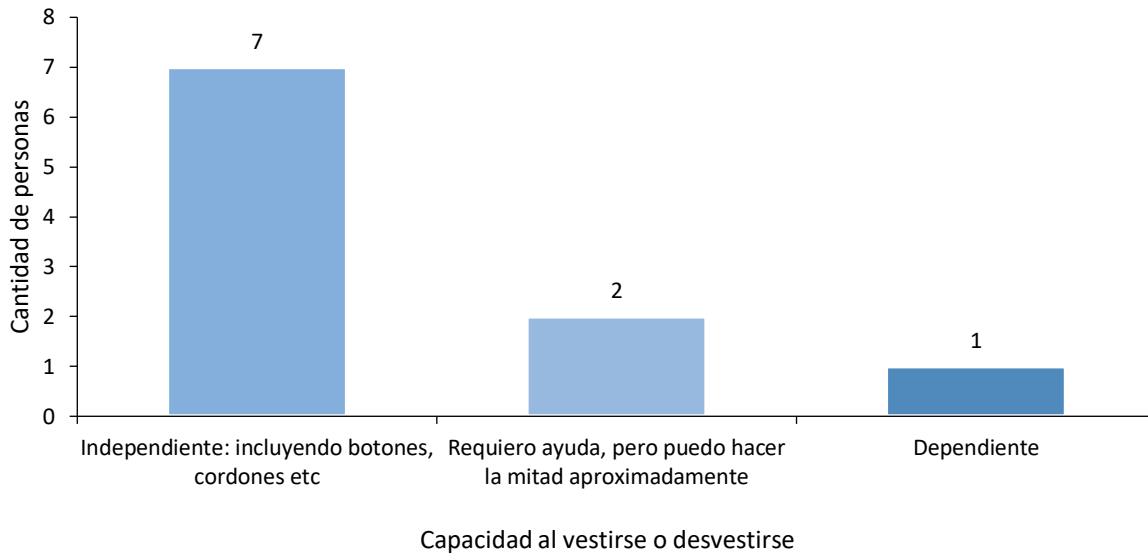
Figura N°22 Distribución de personas según cuantos tiempos de comida hace el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.



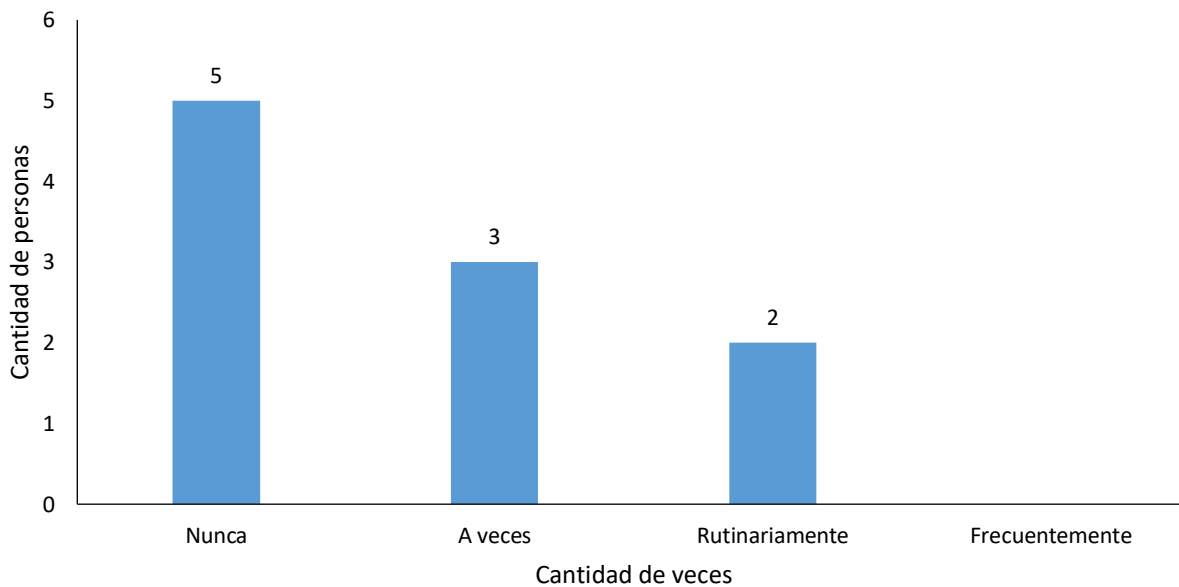
*Figura N°23 Distribución de personas según la capacidad que tienen durante los tiempos de comida. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



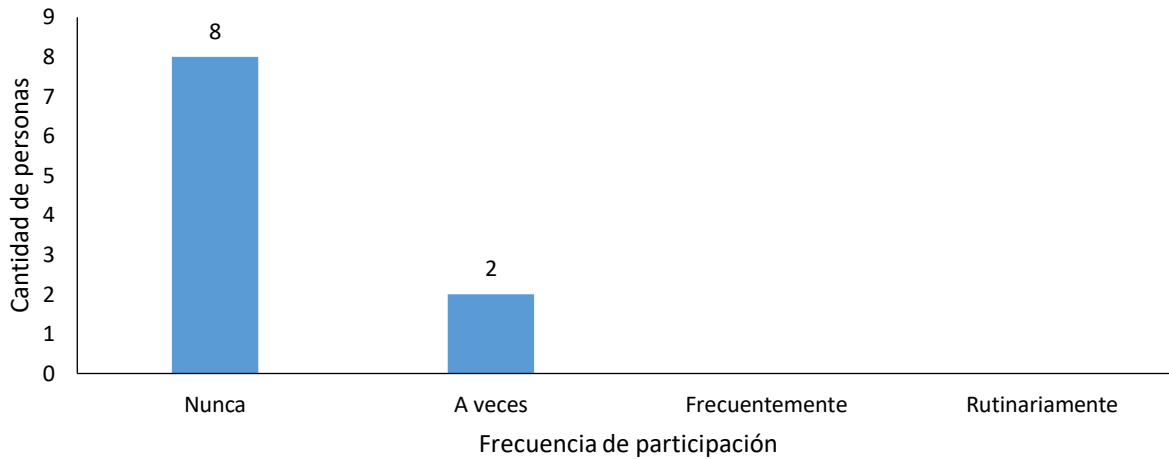
*Figura N°24 Distribución porcentual de personas según la capacidad que tienen durante el aseo personal. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°25 Distribución de personas según la capacidad que tienen para vestirse o desvestirse. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*

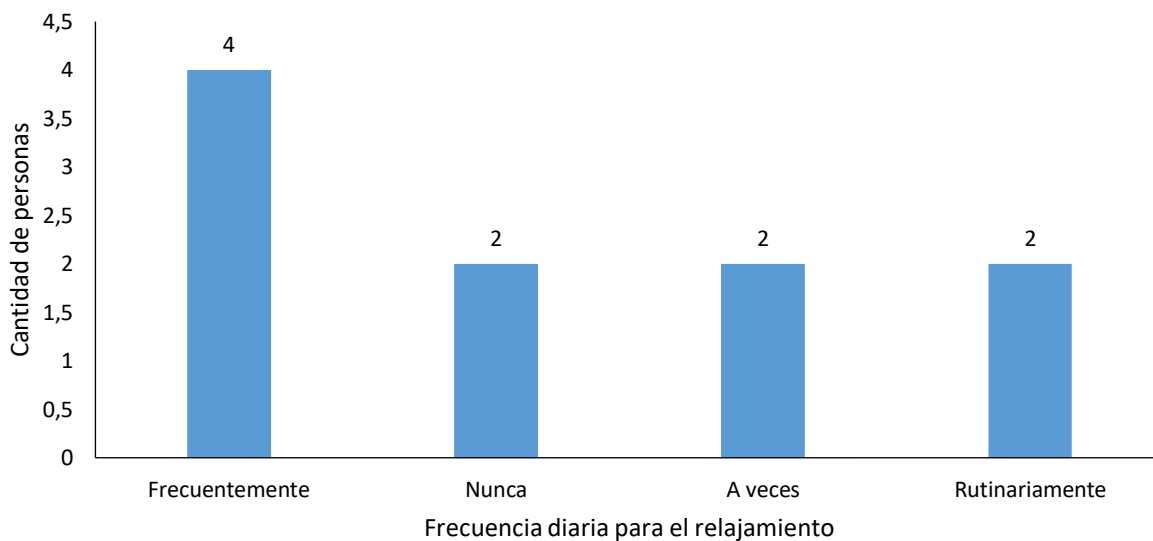


*Figura N°26 Distribución de personas según cuántas veces realiza ejercicio vigoroso. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°27 Distribución de personas según participación en programas o actividades de ejercicio bajo supervisión. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022.*

*Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°28 Distribución de personas según la frecuencia en la que toma tiempo cada día para el relajamiento. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*

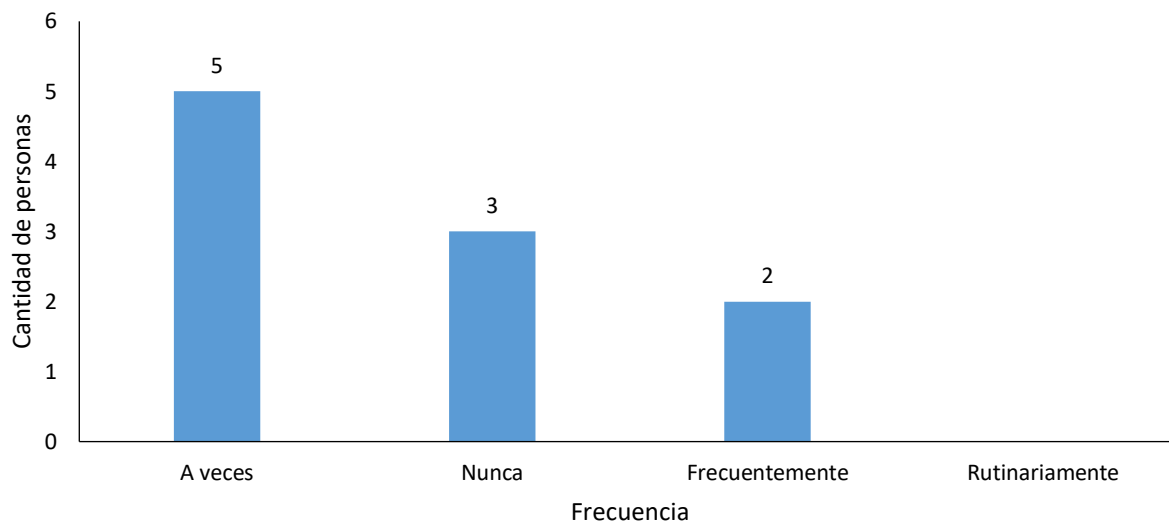


Figura N°29 Distribución de personas según la frecuencia en la que discute con personas cercanas los problemas y preocupaciones. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.

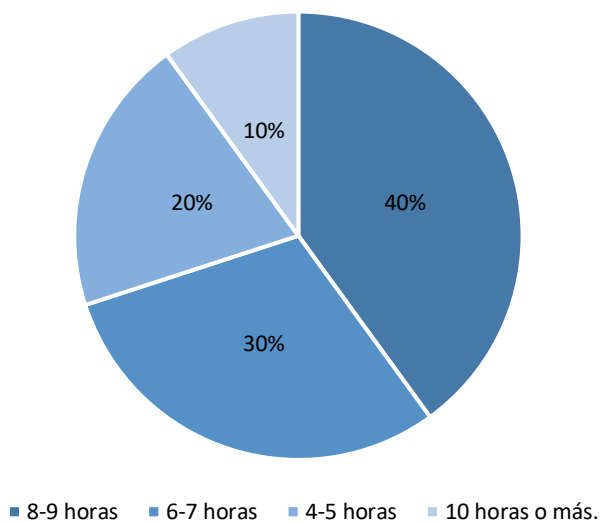
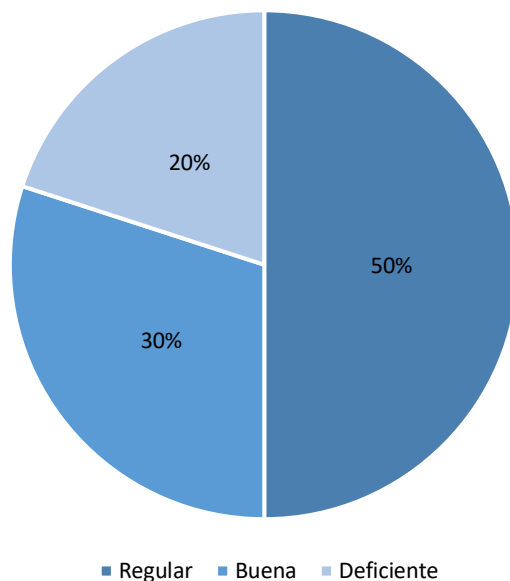
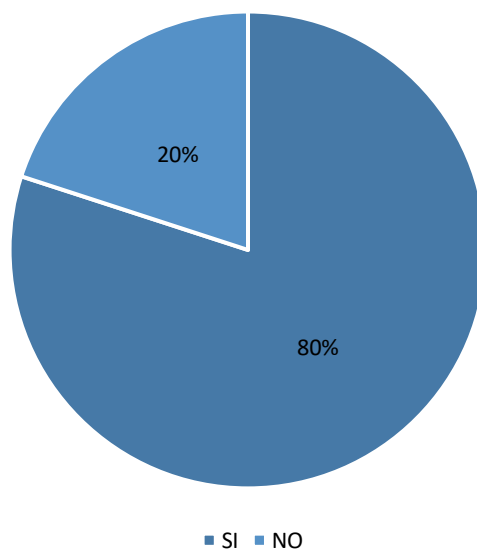


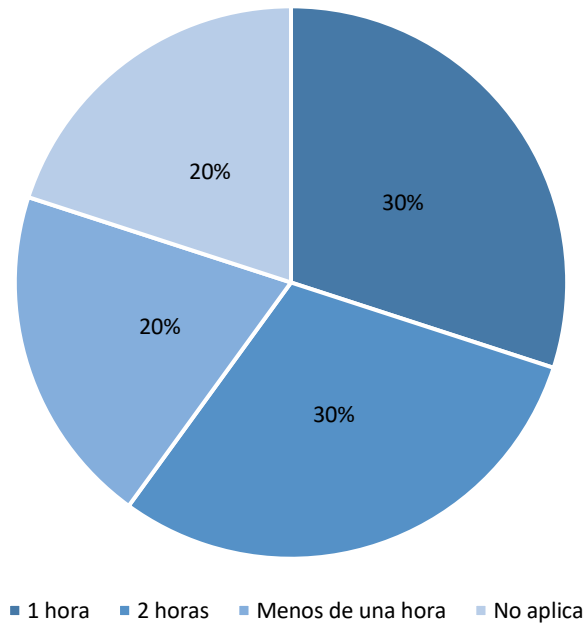
Figura N°30 Distribución porcentual de personas según la cantidad de horas nocturnas que duermen. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.



*Figura N°31 Distribución porcentual de personas según la calidad del sueño. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°32 Distribución porcentual de personas según si realiza o no siesta durante el día. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*



*Figura N°33 Distribución porcentual de personas según la duración de la siesta. Programa de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínica Bíblica, 2022. Fuente: elaboración propia.*

## ANEXO 9 ALFA DE CRONBACH

. alpha p1- p11, item

p1 p2 constant in analysis sample, dropped from analysis

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	Average			alpha
			Item-test correlation	Item-rest correlation	interitem covariance	
p3	10	-	0.5653	0.4419	.0285714	0.5467
p4	10	+	0.6713	0.5686	.0261905	0.5220
p5	10	+	0.1619	-0.0818	.0404762	0.6680
p6	10	+	0.6360	0.4333	.0238095	0.5255
p7	10	+	0.3932	0.1614	.0325397	0.6066
p8	10	-	0.6275	0.4271	.0242063	0.5281
p9	10	-	0.4240	0.1729	.031746	0.6075
p10	10	-	0.3180	0.1111	.0345238	0.6138
p11	10	+	0.7420	0.6202	.0218254	0.4835
Test scale					.029321	0.6004

## **ANEXO 10 Dedicatoria**

La investigación realizada va dedicada principalmente a Dios por darme la oportunidad, fuerza y sabiduría para poder concluir con éxito este proceso, la primera de muchas metas propuestas en mi vida. Desde pequeña tuve la visión y pasión por querer formar parte del profesional de salud y gracias a él pude cumplir ese sueño. También va dedicada a mis hermanas, principalmente, a quienes siempre he querido enseñar y guiar, pero desde el ejemplo, lo cual gracias y con la ayuda de Dios estoy logrando.

## **ANEXO 11 Agradecimientos**

**“La gratitud es cuando el recuerdo se guarda en el corazón y no en la mente.”**

**Louise Hay.**

Mis agradecimientos van dirigidos a todas aquellas personas que de alguna u otra forma me han brindado su apoyo o colaboración desinteresada para la realización de la presente Tesis. Especial reconocimiento lo merecen:

Mi tutora Irleanny Solera Porras quien me ha apoyado incondicionalmente en el proceso, por sus consejos, aportes, tiempo, paciencia, y la dedicación, motivación, vocación y profesionalismo que transmite, fue un pilar fundamental para poder concluir este trabajo con excelencia.

A cada uno de los miembros del tribunal, gracias por estar presentes, por sus aportes y conocimiento del tema, y por supuesto por su valioso tiempo.

A doña Marleny Blanco Jara quien me abrió las puertas del Programa de Insuficiencia Cardíaca, me brindó la información y material que requería para la investigación, además de sus aportes y consejos, también al Dr. José Enrique Camacho Mora quien me dio la aprobación para realizar la investigación en el Hospital Clínica Bíblica, sin ellos no hubiese sido posible esta investigación.

Sin duda, a cada uno de los participantes y familiares que hicieron posible que esto se pudiese llevar a cabo.

A mis familiares que siempre estuvieron al pendiente de todo el proceso académico universitario desde el día que tenía realizar la matrícula, mi tío Eliecer Elizondo Atencio, quien me brindó su apoyo y compañía en un camino y lugar totalmente nuevo, a Max Vargas Alfaro a quien desde pequeña lo consideré parte de mi familia, siempre estuvo al pendiente, apoyando y aconsejando

en cada una de las decisiones y pasos a seguir en este trayecto; ellos aunque ya no estén en este mundo les voy a estar eternamente agradecida. A mis tíos Miguel Elizondo Atencio, Lorena Elizondo Atencio, Anabelle Elizondo Atencio, Alexander Lizano Elizondo que estuvieron presentes brindando su apoyo y compañía en los momentos de adversidades, a mi abuela María de los Ángeles Atencio Bermúdez, sin su apoyo el inicio de este proceso hubiese sido aun más complejo.

A mi padre Zacarias Gamboa Delgado que estuvo anente en brindar su apoyo y colaboración cuando lo requerí, mi madre María Isabel Elizondo Atencio y mis hermanas quienes me impulsaron a seguir adelante.

Y no puedo dejar de agradecerle a mi futuro colega, compañero y amigo Kenneth Campos Gómez quien tuvo la paciencia en realizar aportes, correcciones y sugerencias durante el proceso, además, en las etapas más complejas donde requería urgentemente ayuda no dudo en ningún momento en brindarla.

A todos ellos, mi más sincero y eterno agradecimiento.