

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos
atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Castillo Roque, Yesmin Tatiana

ORCID: 0009-0002-2372-5234

Guevara Mamani, Lourdes Isabel

ORCID: 0009-0009-8136-1257

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Vizcarra Velasco, Carlos Emilio

ORCID: 0000-0001-6849-5482

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 10 de Marzo del 2026

Dictamen: 017689-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 017689, presentado por:

2017824062 - CASTILLO ROQUE YESMIN TATIANA

2018121052 - GUEVARA MAMANI LOURDES ISABEL

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN
ADULTOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS - AREQUIPA, 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29220477 - LINARES MORANTE LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



**29200483 - SALAZAR HUAJARDO ROBERTO
DICTAMINADOR**



**42259354 - VILCA CACERES JOSHEP
DICTAMINADOR**



RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD VILLA JESÚS - AREQUIPA, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A mis padres, Juan y Antonia, por ser mi apoyo incondicional y la base de todos mis sueños. Por enseñarme que con esfuerzo, perseverancia y humildad, todo es posible. Fueron mi puerto seguro en la travesía de convertirme en médico.

A todas las personas que conocí durante mi carrera de Medicina, compañeros, amigos, docentes y pacientes que dejaron una huella en este camino. Y en especial a quienes conocí durante el internado médico, una etapa que marcó profundamente mi formación. Fue allí donde descubrí y confirmé mi vocación por la medicina.

Finalmente, a Taylor Swift, por ser la poeta que puso melodía a este viaje. Su música fue compañía constante durante las largas horas de estudio, y sus letras fueron un bálsamo para el alma en los momentos de mayor exigencia.

Castillo Roque, Yesmin Tatiana

A Dios, por guiar mi camino, darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme alcanzar esta meta tan importante en mi formación profesional.

A mis padres, por su amor, sacrificio y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida, por ser mi inspiración y el pilar fundamental que hizo posible la culminación de este logro.

A mis amigos, quienes me acompañaron durante este camino, brindándome su apoyo, ánimo y compañerismo en los momentos más desafiantes de mi formación académica.

Guevara Mamani, Lourdes Isabel

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y familiares, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante durante todo el proceso de nuestra formación académica.

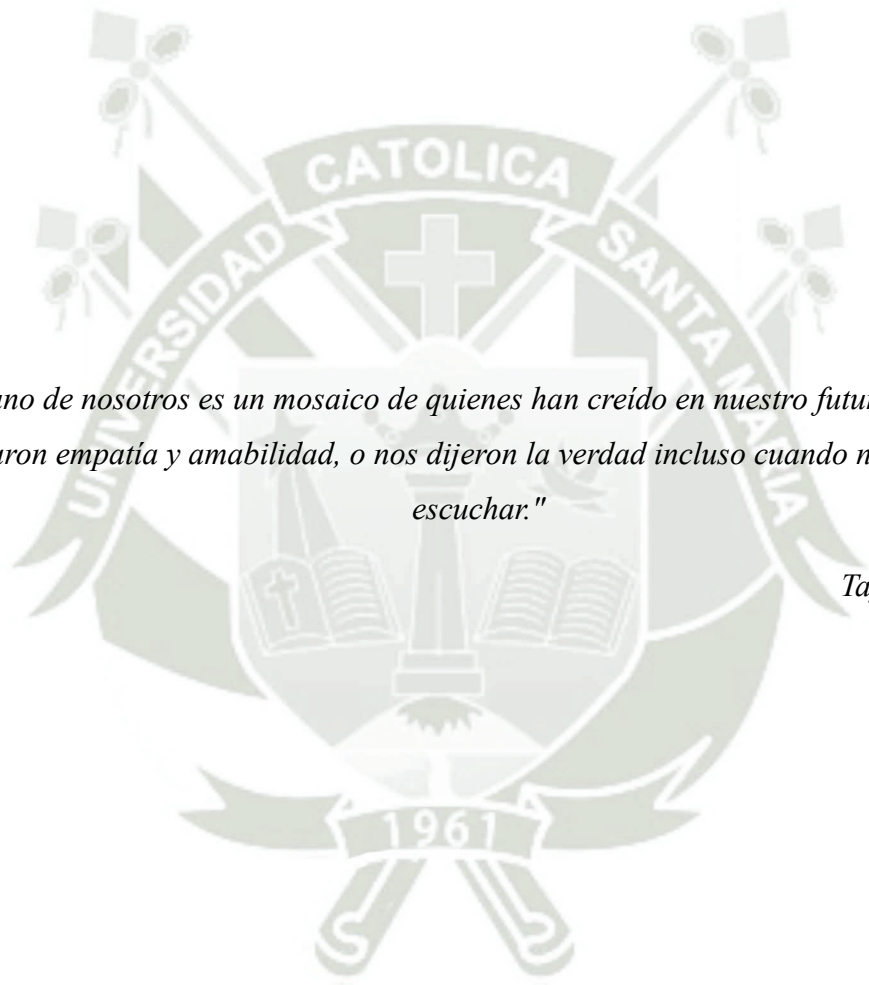
Asimismo, agradecemos a nuestros docentes de la carrera de Medicina Humana por compartir sus conocimientos y contribuir a nuestra formación profesional. De manera especial, a nuestro asesor de tesis por su orientación, tiempo y valiosos aportes en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Finalmente, agradecemos a todas las personas e instituciones que colaboraron directa o indirectamente en la realización de esta investigación.

EPÍGRAFE

"Cada uno de nosotros es un mosaico de quienes han creído en nuestro futuro, quienes nos mostraron empatía y amabilidad, o nos dijeron la verdad incluso cuando no era fácil de escuchar."

Taylor Alison Swift



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, en 2025.

Metodología: El estudio fue de diseño descriptivo, correlacional y transversal. Se utilizó una muestra de 200 adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús. La información se recopiló mediante encuestas estructuradas que abordaron variables sociodemográficas, clínicas, hábitos alimentarios y factores de riesgo cardiovascular. Se utilizó la estrategia HEARTS para evaluar el riesgo cardiovascular, y los hábitos alimentarios se clasificaron como adecuados o inadecuados según criterios nutricionales establecidos.

Resultados: Los resultados evidenciaron que el 36,5% de los participantes tenían entre 40 a 49 años, el 64% eran mujeres, y el 41% eran convivientes. En términos de comorbilidades, el 14,5% presentaba hipertensión arterial y el 16% diabetes mellitus. Un 25,5% de los participantes reportaron antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares. En cuanto a los hábitos alimentarios, el 66,5% de los participantes mantenían hábitos adecuados, mientras que el 33,5% presentaron hábitos inadecuados. Respecto al riesgo cardiovascular, el 45% de los participantes tenían un riesgo bajo, el 23% un riesgo moderado, el 26% un riesgo alto y el 6% un riesgo muy alto. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios inadecuados y un mayor riesgo cardiovascular, confirmada por un valor p de 0,007 ($p < 0,05$).

Conclusiones: El estudio concluye que existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en la población estudiada. Se recomienda implementar programas educativos de salud y nutrición para fomentar hábitos alimentarios saludables y realizar un seguimiento más riguroso de los pacientes con riesgo cardiovascular moderado y alto.

Palabra clave: Hábitos alimentarios, riesgo cardiovascular, intervenciones preventivas.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between dietary habits and cardiovascular risk in adults treated at the Villa Jesús Health Post, Arequipa, in 2025.

Methodology: This was a descriptive, correlational, and cross-sectional study. A sample of 200 adults treated at the Villa Jesús Health Post was used. Data were collected through structured surveys that addressed sociodemographic and clinical variables, dietary habits, and cardiovascular risk factors. The HEARTS strategy was used to assess cardiovascular risk, and dietary habits were classified as adequate or inadequate according to established nutritional criteria.

Results: The results showed that 36.5% of the participants were between 40 and 49 years old, 64% were women, and 41% were cohabiting. In terms of comorbidities, 14.5% had hypertension and 16% had diabetes mellitus. 25.5% of the participants reported a family history of cardiovascular disease. Regarding dietary habits, 66.5% of participants maintained adequate habits, while 33.5% presented inadequate habits. With respect to cardiovascular risk, 45% of participants had a low risk, 23% a moderate risk, 26% a high risk, and 6% a very high risk. A statistically significant relationship was found between inadequate dietary habits and a higher cardiovascular risk, confirmed by a p-value of 0.007 ($p < 0,05$).

Conclusions: The study concludes that there is a significant relationship between dietary habits and cardiovascular risk in the studied population. It is recommended to implement health and nutrition education programs to promote healthy eating habits and to conduct more rigorous follow-up of patients with moderate and high cardiovascular risk.

Keywords: Dietary habits, cardiovascular risk, preventive interventions.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 3

1.1. Enunciado del Problema 3

1.2. Descripción del Problema 3

1.3. Justificación del Problema 5

1.4. Interrogantes de la investigación..... 6

1.5. Tipo de Investigación 7

1.6. Nivel de Investigación 7

2. OBJETIVOS..... 7

2.1. Objetivo General 7

2.2. Objetivos Específicos 7

3. MARCO TEÓRICO 8

3.1. Conceptos Básicos 8

3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos 19

4. HIPÓTESIS..... 23

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... 24

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN..... 25

1.1. Técnicas 25

1.2. Instrumentos 25

1.3. Materiales de Verificación.....	25
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	26
2.1. Ámbito	26
2.2. Unidades de Estudio.....	26
2.3. Temporalidad.....	26
2.4. Ubicación Espacial.....	26
2.5. Criterios de Selección	26
2.6. Tipo de Investigación	27
2.7. Nivel de Investigación	27
2.8. Diseño de Investigación	27
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.1. Organización	27
3.2. Recursos	28
3.3. Criterios para Manejo de Resultados	28
3.4. Aspectos Éticos	29
CAPÍTULO III: RESULTADOS	30
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS	31
2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE RESULTADOS	36
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	3
Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.....	31
Tabla 3. Características clínicas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.	33
Tabla 4. Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025	36



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hábitos alimentarios en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.....	34
Figura 2. Riesgo cardiovascular según la estrategia HEARTS de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025	35



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Dictamen de Comité de Ética	52
Anexo 02: Consentimiento Informado	54
Anexo 03: Instrumento	55



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la causa principal de morbilidad a nivel mundial, siendo responsables de más de un tercio de todas las muertes en adultos. La ECV se encuentra estrechamente relacionada con factores modificables, entre los cuales los hábitos alimentarios ocupan un rol determinante para la aparición de esta patología.

Una alimentación inadecuada, caracterizada por el consumo excesivo de grasas saturadas, azúcares, sal y alimentos ultra procesados, así como el consumo escaso de frutas, verduras y fibras, incrementa de manera significativa el riesgo cardiovascular al favorecer la obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y resistencia a la insulina.

En el Perú, la transición hacia patrones alimentarios modernos ha contribuido al incremento de estas enfermedades en la población adulta. El Puesto de salud Villa Jesús atiende de manera continua a personas con factores de riesgo cardiovascular, lo que convierte en un espacio clave para comprender como la alimentación influye de manera directa en la salud de sus usuarios.

Comprender la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular no solo permite identificar prácticas alimentarias de riesgo, sino también orientar intervenciones educativas y preventivas más efectivas, adaptadas a la realidad de la población. Por lo tanto, esta investigación busca determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del Conocimiento

- Área General: Ciencias de la salud.
- Área Específica: Medicina Humana.
- Área de Investigación: Salud pública.
- Línea de Investigación: Salud integral.

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Variable interviniente: Características sociodemográficas y clínicas	Características sociodemográficas	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 40 a 49 años • 50 a 59 años • 60 a 69 años • 70 a 79 años • Más de 80 años
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Conviviente • Viudo/divorciado
		Ocupación laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Dependiente • Independiente • Desempleado
		Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Sin educación • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa

			Secundaria incompleta Superior
	Características clínicas	Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Insuficiencia cardíaca • Cardiopatía isquémica • Otro
Variable independiente: Hábitos alimentarios	Porciones	Ítem del 1 al 11	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Inadecuado
	Frecuencias	Ítem del 12 al 21	
	Horarios	Ítem del 22 al 24	
	Preparación	Ítem del 25 al 30	
Variable dependiente: Riesgo cardiovascular	Riesgo cardiovascular evaluado por la estrategia HEARTS-OMS	Enfermedad cardiovascular establecida	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Moderado
		Enfermedad renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Muy alto
		Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Crítico
		Edad	
		Tabaquismo	
		Presión arterial	
		Peso	
		Altura	

1.3. Justificación del Problema

1.3.1. Justificación Científica

La enfermedad cardiovascular se encuentra estrechamente relacionada a la obesidad. Esta última es consecuencia de hábitos alimenticios inadecuados y de la falta de actividad física, factores que incrementan de manera significativa el riesgo de desarrollar dicha patología (1).

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares representan aproximadamente el 30% de las muertes anuales, lo que equivale a cerca de 17 millones de personas. Estas cifras continúan en ascenso y la Organización Mundial de la Salud proyecta que, para el año 2030, unos 23 millones de personas perderán la vida debido a alguna enfermedad cardiovascular (2).

En el Perú, las enfermedades cardiovasculares constituyen la tercera causa de muerte en la población adulta y la segunda en adultos mayores, representando el 18,2% del total de defunciones registradas, cifra que va en aumento. Este panorama es especialmente alarmante si se considera que el 48% de los peruanos es totalmente sedentario, es decir no alcanza la recomendación diaria de actividad física. Como consecuencia, el riesgo de presentar enfermedades metabólicas se ha incrementado notablemente entre personas menores de 35 años, asociado al creciente problema de sobrepeso y obesidad (3,4).

1.3.2. Justificación Social

El presente estudio sobre los hábitos alimentarios y la salud cardiovascular de los usuarios ofrece información fundamental para el diagnóstico oportuno de diversas enfermedades. Asimismo, esta investigación permitió generar evidencia para impulsar la implementación de programas nutricionales orientados a optimizar factores de riesgo modificables, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el sobrepeso. De este modo, el establecimiento de salud se vería beneficiada, ya que podría contribuir a mejorar la calidad de vida de sus usuarios y, en consecuencia, incrementar su satisfacción en el entorno laboral.

1.3.3. Justificación Contemporánea

Está fundamentado en el hallazgo de que una alimentación desequilibrada, particularmente con alto contenido de alimentos ultra procesados, azúcares,

grasas y sal no saludables, y bajo en verduras, frutas y fibra, incrementa factores de riesgo como la diabetes, el colesterol elevado, la hipertensión y la obesidad. Cada vez se reconoce más que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son el resultado de estas malas costumbres, y que una alimentación sana es un elemento esencial para prevenirlas y controlarlas, a veces incluso más allá del peso genético.

1.3.4. Originalidad

Este estudio se realizó usando un cuestionario sobre hábitos alimentarios valorando la frecuencia, porciones, horarios y preparación, indicadores que han sido poco estudiados en investigaciones previas. Además, se utilizó el índice de riesgo cardiovascular propuesto por la OMS mediante la estrategia HEARTS, implementada hace pocos años en el Perú. Esto convierte al presente trabajo en un estudio auténtico y con potencial para ser tomado como referencia para futuros estudios. Por lo tanto, los hallazgos podrán constituir una base sólida para impulsar políticas internas de salud pública, mediante la promoción de los hábitos saludables y los factores que protegen la salud de los adultos.

1.3.5. Interés Personal

Este tema surge por el interés del personal de salud hacia los usuarios adultos que se atienden en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, ya que una gran mayoría de los pacientes presenta problemas relacionados con la alimentación, así como un incremento notable de sobrepeso y obesidad. Esta realidad refleja no solo una tendencia creciente, sino también una oportunidad para profundizar en los factores que influyen en estos hábitos y proponer estrategias que contribuyan a mejorar la salud nutricional y cardiovascular de la población atendida.

1.4. Interrogantes de la investigación

1.4.1. Interrogante general

¿Cuál es la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025?

1.4.2. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025?
- ¿Cómo son los hábitos alimentarios en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025?
- ¿Cuál es el riesgo cardiovascular de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025?

1.5. Tipo de Investigación

Observacional

1.6. Nivel de Investigación

Descriptivo – correlacional

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.
- Determinar los hábitos alimentarios en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.
- Determinar el riesgo cardiovascular de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Hábitos Alimentarios

Definición

Los hábitos alimentarios hacen referencia a los comportamientos y patrones que una persona mantiene de manera constante en relación con la dieta y la nutrición. La selección de alimentos, los horarios para las comidas, la cantidad de cada porción y la forma en que se cocinan son ejemplos de estos hábitos. La cultura, el ambiente social, la disponibilidad de alimentos, las preferencias individuales y el conocimiento acerca de la nutrición son algunos de los elementos que influyen en los hábitos alimentarios (5).

Importancia

La alimentación tiene como objetivo preservar la salud y evitar enfermedades, dado que es una actividad fundamental y necesaria para todo ser humano, por ello es fundamental tener una dieta apropiada para mantenernos fuertes y saludables. La calidad de los alimentos que ingerimos es tan importante como la cantidad, porque ambas afectan el correcto mantenimiento de nuestra salud (6).

Determinantes sociales, culturales, económicos y personales

a) Factores Sociales:

Las interacciones con amigos, colegas de trabajo y otros grupos influyen en el consumo. El ser humano es parte de diferentes grupos sociales, así que no se puede prescindir del impacto que la conducta colectiva ejerce sobre sus hábitos de alimentación y sus creencias. El prestigio social también influye en las creencias y prácticas alimentarias, dado que hay ciertos alimentos que tienen un significado social (7,8).

b) Factores Culturales:

Las costumbres y creencias relacionadas con la alimentación son un elemento profundamente enraizado en numerosas civilizaciones, que se transmiten de generación en generación a través de instituciones como la familia, la escuela y la iglesia. Muchos de los hábitos alimenticios están condicionados por creencias religiosas (8,9).

c) Factores Económicos:

El aumento del costo y la falta de alimentos han tenido repercusiones en las comunidades y en sus costumbres, lo que ha puesto un mayor enfoque en la nutrición y la alimentación desde una perspectiva psicosocial. La alimentación no solo se refiere al ámbito fisiológico, sino que también incluye el ámbito social y psicológico (8,10).

d) Factores Personales:

La edad, el estilo de vida, la genética, la salud mental y las actitudes y conocimientos sobre la alimentación son algunos de los factores individuales que afectan los hábitos relacionados con la comida. La combinación de la genética, el estado emocional, las creencias acerca de los alimentos y las capacidades personales en la cocina son factores cruciales al tomar decisiones cotidianas sobre qué comer, cuándo y cuánto (11).

3.1.2. Componentes de los hábitos alimentarios**Frecuencia de consumo**

La frecuencia de consumo es un indicador que permite evaluar cuantas veces una persona ingiere ciertos alimentos durante un determinado periodo. Para este análisis generalmente puede expresarse en categorías como diario, semanal o mensual, y se utiliza para evaluar patrones dietéticos (12).

Principalmente, esta frecuencia de consumo es analizada por cuestionarios que analizan el vínculo entre los factores de riesgo o la enfermedad y la ingesta dietética, que tiene como objetivo analizar la dieta habitual preguntando acerca de la frecuencia y la cantidad consumida de una lista de alimentos seleccionados o de conjuntos específicos de alimentos en un lapso de tiempo determinado. La lista de alimentos, la frecuencia con que se consumen y el tamaño de la porción ingerida son los tres elementos fundamentales de estos cuestionarios (13,14).

Calidad nutricional

La calidad nutricional de la alimentación hace referencia a la habilidad de la dieta para proporcionar los nutrientes y la energía que se requieren para llevar una vida activa y saludable, mediante el consumo de alimentos diversos, balanceados y, si es posible, frescos y naturales. La prevención de afecciones como la diabetes, la obesidad y las

enfermedades cardíacas está vinculada a una buena calidad nutricional, que se consigue al ingerir en cantidad adecuada frutas y verduras y disminuir el consumo de azúcares, grasas saturadas y sal (15). Algunos aspectos claves para una buena calidad nutricional son:

- Tener una alimentación variada y equilibrada.
- Preferir alimentos naturales.
- Consumir frutas y verduras.
- Controlar el consumo de azúcares y grasas.
- Ser moderado con el consumo de sal.
- Tener una rutina de horarios.

Tamaño de porciones

Es uno de los indicadores más referenciado y validado extensamente. El tamaño de porciones hace referencia a la cantidad de comida que uno escoge comer en un momento particular, ya sea en su casa, en empaques o en un restaurante. La cantidad que se debe comer podría depender de la edad, peso, estatura y sexo. Además, en la etiqueta de información nutricional de la FDA muestra la cantidad de proteínas, carbohidratos, grasas y otros nutrientes que tiene una porción, además de las calorías (16).

Distribución diaria de comidas

Un aspecto fundamental en la nutrición es la adecuada distribución de los alimentos a lo largo del día. Se recomienda realizar cinco comidas diarias: desayuno, comida a media mañana, almuerzo, merienda y cena. Esta organización, siempre equilibrada y variada en nutrientes contribuye a mantener niveles de energía estables y a evitar episodios de hambre excesiva durante las comidas principales. No obstante, debe considerarse que la actividad física, el tipo de trabajo y los horarios individuales pueden modificar estas necesidades (17,18).

Por ejemplo, en el desayuno consumir (cereales, frutas y/o lácteos), media mañana (fruta, frutos secos o yogurt natural), almuerzo (plato equilibrado con verduras, proteína y carbohidratos), media tarde (similar a la media mañana) y cena (se puede incluir alimentos que ayuden a la relajación como legumbres o verduras junto con proteínas) (19).

Tipos de alimentos consumidos

Los hábitos alimentarios incluyen varios tipos de alimentos. Estos se dividen normalmente en: lácteos, carnes y huevos (que son productos de origen animal), cereales y tubérculos, legumbres, frutas y verduras, además de alimentos vegetales como semillas, aceites y frutos secos. Una manera de clasificarlos es por su origen: animal, vegetal y mineral (20).

Dentro de los grupos alimenticios están:

- Granos, cereales y tubérculos: Aquí están incluidos el trigo, la avena, las papas, el pan, el arroz y el maíz. Esto representan una relevante fuente de energía.
- Frutas y verduras: Se recomienda consumir varias porciones al día, de distintos colores, para obtener fibras y vitaminas.
- Fuentes de proteína: Aquí se incluyen las legumbres, carnes, pescado, huevos y lácteos.
- Lácteos: Están por ejemplo leche, yogurt y quesos.
- Grasas y aceites: Aquí lo encontramos en aceites vegetales, frutos secos y semillas que aportan ácidos grasos esenciales (20).

3.1.3. Patrones alimentarios

Alimentación saludable

Se entiende por una dieta sana aquella que tiene un equilibrio y que satisface nuestras verdaderas necesidades de nutrientes y energía. Además de satisfacer el gusto y la satisfacción, deben aportar los nutrientes necesarios, que son diferentes para cada persona, con el objetivo de que esta pueda desarrollarse de manera óptima y cumplir sus funciones fisiológicas a lo largo de toda su vida (15).

- **La Dieta Mediterránea**

La dieta mediterránea es un tipo de alimentación que privilegia las grasas saludables y los alimentos vegetales. En vez de seguir fórmulas o cálculos rigurosos, se enfoca en las pautas generales de alimentación. La dieta mediterránea no es simplemente un régimen alimenticio, sino una transformación del estilo de vida que fomenta hábitos de alimentación sanos. Promueve el consumo de comida integral rica en nutrientes y desaconseja los alimentos ultra procesados y refinados (21).

- **La Dieta DASH**

La dieta DASH se ha creado para funcionar como un plan nutricional terapéutico que puede integrarse con facilidad a una alimentación sana de por vida. Además, ha mostrado ser efectivo para adelgazar. La dieta DASH se basa en los siguientes principios esenciales: disminuir el consumo de sodio e incrementar la cantidad de frutas, verduras, frutos secos, aves, pescado y cereales integrales. Estos alimentos son abundantes en nutrientes como el calcio, el magnesio y el potasio, los cuales tienen un impacto positivo en la presión arterial (22).

Alimentación no saludable (ultra procesados, grasas trans, azúcares)

La ingesta de alimentos no saludables, que contengan azúcares, grasas trans y comida ultra procesada, eleva la probabilidad de padecer diabetes tipo 2, obesidad, enfermedades del corazón y otros trastornos de salud. Los ultras procesados son productos con escaso valor nutricional y que contienen mucha azúcar, grasa y sodio; ejemplos de estos son los aperitivos, la repostería industrial y las bebidas gaseosas. Asimismo, las grasas trans, que son dañinas para el corazón, están presentes sobre todo en alimentos fritos, productos empacados y comidas horneadas de manera industrial. Los azúcares añadidos son azúcares que se incorporan a los alimentos en el momento de su preparación o procesamiento, no los presentes de manera natural en productos lácteos o frutas (23).

Influencia del entorno local

La forma de alimentarse ha cambiado, en particular en las áreas urbanas, debido a factores como la vida acelerada, el acceso a productos procesados y la influencia de los alimentos rápidos durante las últimas décadas. Esto ha dado lugar a dificultades como la eliminación de productos tradicionales y el exceso de peso. No obstante, hoy en día hay un nuevo interés por rescatar alimentos antiguos como el tarwi, la quinua o el maíz morado, con lo cual se está revalorizando la identidad cultural a través de la alimentación (24).

3.1.4. Factores que influyen en los hábitos alimentarios de adultos

Las costumbres alimenticias de los adultos están determinadas por una mezcla de elementos socioculturales (tradiciones, cultura, educación, ingresos), psicológicos

(preferencias, emociones, imagen corporal, estrés), biológicos (edad, metabolismo, genética) y ambientales (entorno, medios de comunicación, acceso y disponibilidad de alimentos) (24). Estos componentes interactúan entre ellos, estableciendo qué, cómo, dónde y cuánto consume una persona:

- Educación: Son las decisiones sobre la alimentación se ven afectadas por el nivel educativo y el conocimiento en torno a nutrición.
- Economía: La asequibilidad de los alimentos es un elemento esencial, dado que los ingresos afectan la posibilidad de tener una dieta sana.
- Disponibilidad de alimentos: La disponibilidad de opciones nutritivas se ve afectada por la oferta de alimentos en el contexto local, lo que incluye el impacto de la globalización.
- Estilo de vida: El modo de vida y los horarios laborales pueden restringir el tiempo para cocinar o inclinarse hacia la comida rápida.
- Estrés: Cuando el estrés alcanza niveles elevados, puede llevar a que las personas consuman más alimentos no saludables (25).

3.1.5. Consecuencias de hábitos alimentarios inadecuados

Las malas costumbres alimenticias pueden causar problemas digestivos, diabetes tipo 2, obesidad y enfermedades del corazón, así como deficiencias en términos nutricionales (por ejemplo, osteoporosis y anemia), e incrementar la probabilidad de padecer algunos tipos de cáncer. Con el tiempo, estos hábitos podrían dañar la salud en general y repercutir negativamente en la calidad de vida (26).

- Sobrepeso y obesidad: Se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo en relación a las dimensiones del cuerpo, que resulta de un balance calórico positivo sostenido. A diferencia de lo que se cree comúnmente, que es causada por elecciones inadecuadas en el estilo de vida y hábitos alimenticios poco saludables, se ha comprobado que surge debido a una incapacidad del sistema para controlar el peso corporal fisiológicamente. Existen múltiples factores que pueden favorecer la aparición de obesidad, tales como la genética, la edad, problemas hormonales o tratamientos con medicamentos (27).
- Diabetes: Es una enfermedad endocrino metabólica que se produce cuando hay resistencia a la insulina o deficiencia en la producción de esta hormona, la cual es generada por el páncreas. Como resultado de este fenómeno, la glucosa no

puede ser transferida a la célula correctamente, lo que provoca la acumulación de glucosa en el torrente sanguíneo o hiperglucemia. Corresponde al 95% de los casos a nivel mundial; está asociado con la inactividad y el exceso de peso corporal (obesidad) (28).

- **Actividad Física:** Uno de los peligros cardiovasculares más relevantes es la inactividad física. Las personas que no realizan actividad física tienen un riesgo cardiovascular más alto. La falta de actividad física también incrementa la probabilidad de presentar otros factores que aumenten el riesgo cardiovascular, como son la obesidad, la diabetes, el colesterol alto y la presión arterial elevada. La práctica de actividad física proporciona las siguientes ventajas: ayuda a controlar el peso, fortalece los huesos y aumenta el autoestima y confianza en uno mismo (29).
- **Hipertensión:** Según la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, la hipertensión arterial ocurre cuando en cualquier paciente se tiene una presión arterial sistólica (PAS) promedio igual o mayor a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o mayor a 90 mm Hg. Esto puede ser causado por herencia genética, malos hábitos alimenticios o poca actividad física (30).

3.1.6. Riesgo cardiovascular

Definición

Se entiende como riesgo cardiovascular a la posibilidad de que una persona diagnosticada con una enfermedad cardiovascular grave sufra un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular. El riesgo cardiovascular refleja la posibilidad de desarrollar una enfermedad del sistema cardiovascular en un plazo específico, por lo general 5 o 10 años (31). Los factores de riesgo cardiovascular se clasifican en dos categorías:

- **Inmodificables:** Antecedentes familiares, edad, género.
- **Modificables:** Diabetes, tabaquismo, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo y sobrepeso (31).

Importancia en salud pública

La relevancia del riesgo cardiovascular se basa en la prevención de accidentes cerebrovasculares y de enfermedades del corazón, que son las dos principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. La evaluación de este riesgo posibilita la detección precoz y la puesta en marcha de acciones preventivas personalizadas para optimizar la calidad de vida y extenderla. Al reconocer los factores de riesgo individuales, es posible instruir al paciente y ajustar el tratamiento, así como las modificaciones en su estilo de vida (32).

3.1.7. Factores de riesgo cardiovascular

Se clasifican en dos categorías fundamentales los elementos de riesgo cardiovascular:

- a) **Modificables o controlables:** Este factor se puede alterar mediante cambios en el estilo de vida y las intervenciones, como la actividad física, la alimentación, el control de enfermedades crónicas y fumar.
- **Obesidad Abdominal:** La obesidad incrementa las posibilidades de contraer otros factores de riesgo cardiovascular. Se calcula que las personas con sobrepeso padecen de hipertensión 2,5 veces más que los individuos con peso normal. Hoy en día, la obesidad se define a través del índice de masa corporal (IMC) y se define si este supera 30 (27).
 - **Diabetes:** Hoy en día, la diabetes es uno de los factores de riesgo que más se ha incrementado en los últimos años y su progresión se encuentra influenciada por el estilo de vida. Mediante una alimentación saludable, actividad física regular, control adecuado del peso corporal y adherencia al tratamiento médico, es posible reducir significativamente sus complicaciones y su impacto sobre la salud cardiovascular (33).
 - **Tabaquismo:** el tabaquismo es un problema de salud pública porque genera efectos perjudiciales sobre la salud cardiovascular. Además, el consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno aceleran el daño vascular, aumentan la presión arterial y elevan la probabilidad de eventos cardiovasculares. Por ello, la reducción del tabaquismo, junto con la adopción de hábitos saludables, puede disminuir de forma considerable la incidencia de enfermedades cardiovasculares (34).

- Sedentarismo: Una de las razones fundamentales que favorecen las dolencias cardiovasculares es un estilo de vida no saludable, que incluye el sedentarismo. Esto puede resultar en una persona con sobrepeso. Optar por un estilo de vida más saludable puede repercutir de manera positiva en el perfil de riesgo de enfermedades del corazón (35).
- Dieta: El tipo de alimentación tiene un gran impacto en la aparición de enfermedades cardiovasculares, pues, al combinarse con la inactividad física, puede causar obesidad o sobrepeso y, como consecuencia, hipertensión. El consumo excesivo de sodio, la falta de frutas y el consumo insuficiente de cereales integrales fueron considerados los factores dietéticos más importantes que contribuyen a la mortalidad global (36).

b) Los factores inmodificables: Son aquellos que no pueden ser alterados, por ejemplo, el sexo, la edad y el historial de enfermedades cardiovasculares en la familia.

- Edad: Los niveles de presión arterial, particularmente la diastólica, tienden a ser más elevados con el incremento de la edad (37).
- Sexo: Cabe subrayar que las afecciones cardiovasculares impactan más a las mujeres que a los hombres y que, además, las mujeres sufren infartos cardíacos más severos. Estos hallazgos enfatizan la relevancia de cuidar y tener conciencia de la salud cardiovascular en hombres y mujeres, sin importar las diferencias entre géneros (38).
- Antecedentes familiares: Las investigaciones indican que cerca del 30% de la variabilidad de la PA es atribuible a factores genéticos. Además, la presencia de esta patología se presenta el doble de veces en las personas que tienen uno o dos padres con antecedentes de HTA (39).

3.1.8. Evaluación del riesgo cardiovascular mediante la herramienta HEARTS (OMS)

La Iniciativa Mundial Hearts fue lanzada por la OMS en 2016. El paquete, en su totalidad, se alinea con las metas y objetivos establecidos para las enfermedades no transmisibles (ENT), incluyendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible definidos para el 2030 (40).

Componentes del acrónimo HEARTS

- H: *Healthy Lifestyles* (Hábitos y estilos de vida saludable): Se explican intervenciones cortas que tienen un enfoque consultivo sobre los elementos de riesgo para fomentar la adopción de hábitos saludables.
- E: *Evidence-based treatment protocols* (Evidencia: protocolos clínicos basados en la evidencia): Este componente explica a un conjunto de protocolos para unificar el tratamiento clínico de la diabetes y la hipertensión.
- A: *Access to essential medicines and technology* (Acceso a medicamentos y tecnología esenciales): Hace referencia a los datos acerca de los fármacos para tratar las ECV, la compra de tecnologías y la medición, reparto, administración y gestión de suministros en centros, puestos o entidades que brindan servicios sanitarios (41).
- R: *Risk-based CVD management* (Riesgo cardiovascular: manejo de las ECV con base en la estratificación del riesgo): Son datos fundamentados en una perspectiva de riesgo total para realizar la estratificación y manejo del riesgo cardiovascular, así como tablas de estratificación por cada nación.
- T: *Team-based care* (Trabajo en equipo multidisciplinarios): Se refiere a las instrucciones y ejemplos acerca de los equipos multidisciplinarios y la reasignación de funciones en el cuidado de pacientes con alguna ECV. Además, se suministran materiales para la capacitación.
- S: *Systems for monitoring* (Sistema de monitoreo): Este es el método para vigilar e informar sobre los progresos en la prevención y el tratamiento de las ECV. El módulo incluye herramientas para recopilar datos y también indicadores estandarizados (41).

3.1.9. Fisiopatología del riesgo cardiovascular asociado a la dieta

Con el paso del tiempo, la dolencia cardiovascular va dañando los vasos sanguíneos y el corazón, lo que incluye la enfermedad de las válvulas cardíacas, la enfermedad periférica, la enfermedad coronaria y la cerebrovascular. La fisiopatología de estas dolencias comprende múltiples procesos complejos que impactan la función y la estructura del sistema cardiovascular (36). A continuación, se presenta un resumen de la fisiopatología de ciertas enfermedades cardiovasculares frecuentes:

- **Aterosclerosis:** El colesterol en la sangre aumenta con una dieta rica en grasas saturadas, lo que provoca la acumulación de placa arterial y, por consiguiente,

contribuye a la aterosclerosis. Esta acumulación puede reducir el diámetro de los vasos sanguíneos, lo que hace más complicado el paso de la sangre y eleva la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. Para disminuir el peligro de aterosclerosis, se aconseja restringir las grasas saturadas y elegir una alimentación más benigna para el corazón, que contenga abundantes vegetales, granos integrales y frutas (42).

- **Hipertensión:** La hipertensión es provocada por un exceso de sodio, que eleva el volumen de sangre en los vasos sanguíneos y obliga al corazón a esforzarse más, lo que hace que la presión arterial suba. Este problema de salud puede dar lugar a otras enfermedades y a complicaciones graves en el sistema cardiovascular. Los alimentos procesados son la mayor causa de exceso de sodio, así que se aconseja optar por productos frescos, utilizar especias en lugar de sal y leer las etiquetas (43).
- **Resistencia a la insulina:** Cuando se ingieren azúcares simples en exceso, la glucosa en la sangre aumenta de inmediato, y el páncreas tiene que liberar más insulina. Con el paso del tiempo, las células dejan de reaccionar a esta hormona, lo que provoca un estado de resistencia a la insulina. Esto quiere decir que la glucosa no puede ingresar a las células de forma eficiente para ser empleada como fuente de energía, lo cual tiene el potencial de elevar la concentración de azúcar en la sangre y aumentar la probabilidad de padecer diabetes tipo 2 (44).

3.1.10. Consecuencias del riesgo cardiovascular elevado

- **Infarto agudo de miocardio:** Un infarto de miocardio ocurre cuando una arteria coronaria se cierra completamente por causa de un coágulo de sangre que se forma en una placa aterosclerótica que ya existía. La muerte celular (necrosis) ocurre cuando el oxígeno y los nutrientes no pueden llegar a un sector del músculo cardíaco debido al bloqueo. La falta de oxígeno y la reacción inflamatoria provocan una secuencia de sucesos que impactan los tejidos cardíacos y el funcionamiento del corazón (36).
- **Accidente cerebrovascular:** Sucede cuando el flujo de sangre a una zona del cerebro se detiene, bien sea por un coágulo (isquémico) o por la rotura de un vaso sanguíneo (hemorrágico). Esto causa que las células cerebrales mueran debido a la

escasez de oxígeno y nutrientes. Es un problema médico serio que puede ocasionar lesiones permanentes, invalidez o muerte (45).

- **Insuficiencia cardíaca:** Es un síndrome clínico que incluye una variedad de afecciones cardíacas y se distingue por la aparición de síntomas como la disnea o la fatiga, producto de una disfunción cardíaca comprobada (46).
- **Mortalidad prematura:** La principal causa de muerte temprana y discapacidad en todo el mundo es la mortalidad prematura, que es el resultado más severo del riesgo cardiovascular. Esto ocurre porque condiciones como los accidentes cerebrovasculares o los infartos pueden provocar la muerte súbita o dejar a las personas con discapacidades de por vida, incluso en edades tempranas (47).

3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos

3.2.1. A Nivel Internacional

Pérez (Ecuador, 2023) desarrolló un estudio cuya finalidad fue determinar los hábitos alimenticios, nivel de actividad física y riesgo cardiovascular en los docentes de una escuela superior. En este estudio se empleó la metodología con enfoque cuantitativo, diseño de corte transversal y nivel descriptivo. Se realizó una encuesta a 88 docentes donde los resultados abordaron que los maestros tienen una mayor tendencia a consumir panes y cereales en comparación con las frutas y los vegetales, además de hacer poco ejercicio físico semanalmente. El riesgo cardiovascular, debido a un alto índice de sobrepeso y obesidad, es más alto en el sexo femenino (70,5%) que en el masculino (44,3%). Asimismo, la circunferencia abdominal mostró porcentajes altos tanto en hombres (42,6%) como en mujeres (55,6%). Igualmente, el ICC e ICA reveló un riesgo cardiovascular elevado entre la población estudiada. Lo cual generó que la autora concluyera que existe un alto porcentaje de profesores que tienen riesgo cardiovascular debido a una mala alimentación y a la falta de actividad física (48).

Skop et al. (Argentina, 2022) realizaron una investigación con el objetivo de analizar los hábitos alimenticios, la prevalencia de factores de riesgos modificables y la presencia de patologías crónicas. Su metodología fue descriptivo correlacional de corte transversal y tuvo una muestra de 113 habitantes, donde se analizó la frecuencia de consumo alimentario, actividad

física, tabaquismos, consumo de alcohol y presencia de patologías. Los resultados determinaron que el promedio de edad fue de 47,29 años, donde solo el 48% tuvo una escolaridad obligatoria. Además, el consumo de frutas y verduras fue bajo (3,27 porciones/día) y solo el 23,8% cumplió la recomendación mínima. El 76,39% realizó baja actividad física y hubo prevalencia de exceso de peso en un 76,05%, siendo más prevalente la obesidad. Asimismo, respecto a las patologías crónicas, la hipertensión tuvo una prevalencia del 26,4%, diabetes tuvo el 13,9% y dislipidemia en un 15,3%. Por otro lado, el alcoholismo y el tabaquismo tuvieron un porcentaje mayor al 40%. En conclusión, los hábitos alimentarios y estilos de vida no fueron saludables; adicionalmente, los factores socioculturales, económicos, educativos y ambientales influyeron negativamente en el comportamiento alimentario y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (49).

Yaguachi et al. (Ecuador, 2021) presentaron en su artículo, con el propósito de identificar el estado nutricional, estilo de vida y riesgo cardiovascular que presentan los trabajadores de la salud. La técnica que utilizaron fue la de diseño transversal y nivel descriptivo, en la que participaron 130 empleados de un hospital provincial de Ecuador. Los datos arrojados señalaron que alrededor del 50% de la muestra mostró un consumo inadecuado de alimentos y alcohol; la mayor parte no fumaba tabaco y manejaba bien el estrés y sus atributos asociados. Por otro lado, el 96,2% tenía un alto porcentaje de grasa y el 72,3% mostró un índice de masa corporal (IMC) de sobrepeso u obesidad (40,8 % y 31,5 %, respectivamente). Aunque el 57,7% de los sujetos reportó que su colesterol total estaba alto, los niveles de glucosa, colesterol HDL y presión arterial no mostraron anomalías. Por último, el riesgo cardiovascular fue bajo (88,5%) y el estilo de vida tuvo una puntuación baja (33,1%). Los autores concluyeron que al detectar de manera temprana los estilos de vida no apropiados, se pueden fomentar hábitos sanos que contribuyan a la prevención de enfermedades cardiovasculares en los empleados que tienen factores de riesgo, lo cual es beneficioso a largo plazo (50).

Gamboa et al. (México, 2025) ejecutaron un estudio con el objetivo de identificar el estilo de vida y su relación con el riesgo cardiovascular. Su diseño fue correlacional transversal y tuvo una muestra de 54 trabajadores de una

institución pública de México. El instrumento empleado fue el cuestionario PEPS-1 para evaluar el estilo de vida y se identificaron la circunferencia de cintura y talla para calcular el índice cintura-talla. Los resultados describieron que los participantes fueron la mayor parte mujeres en un rango etario de 23 a 63 años. Además, se tuvo un estilo de vida alto en un 77,8% y el riesgo cardiovascular estuvo presente en un 88,9%, teniendo una mayor prevalencia en mujeres. En conclusión, existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en la población estudiada (51).

Vega (Ecuador, 2025) realizó un estudio con el objetivo de establecer los patrones alimentarios y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en los empleados de una empresa. La metodología empleada tuvo como enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y corte transversal, donde la muestra seleccionada estuvo conformada por el 66% de hombres con 30 kg/m² y 33% de mujeres con 25 kg/m², ambos con edad promedio de 41 años. Para los resultados se utilizó la escala de Framingham donde se determinó que el riesgo cardiovascular: el 40 % tenía un riesgo medio y el 60 % un riesgo bajo. En la evaluación bioquímica, se estimó que el colesterol total fue de 165 mg/dl en las mujeres y de 181 mg/dl en los hombres; la glucosa, por su parte, tuvo un promedio de 101 mg/dl entre las mujeres y 112 mg/dl en el caso de los hombres. El grupo de carnes, cereales y sus derivados mostró un consumo excesivo en el 90% de la población. Concluyendo que el sobrepeso y la obesidad mostraron una alta prevalencia vinculada a prácticas alimenticias poco saludables y a modificaciones bioquímicas, lo que genera un incremento en el riesgo de padecer enfermedades crónicas, particularmente las de tipo cardiovascular (52).

3.2.2. A Nivel Nacional

Kitamura y Meléndez (Lima, 2024) elaboraron un estudio donde tuvo como finalidad analizar los hábitos alimentarios y evaluar su posible efecto en el riesgo cardiovascular de un conjunto de empleados de una notaría privada ubicada en Lima. El diseño del estudio fue no experimental y transversal, con recolección de encuestas en un único momento, utilizando un enfoque exploratorio, correlacional y descriptivo. La muestra se conformó por 56 trabajadores de la notaría, por lo cual los resultados obtenidos indicaron que el 44.64% de las mujeres y el 37.5% de los hombres tenían hábitos de alimentación apropiados,

en tanto que un 12.5% de las mujeres y un 5.36% de los hombres tenían hábitos alimentarios inapropiados. En relación al riesgo cardiovascular, el 60.71% de los empleados no tuvo riesgo, el 23.21% lo tuvo alto y el 16.08% muy alto. Las autoras pudieron concluir entonces que si hay una relación inversa entre la alimentación y el riesgo cardiovascular (p valor = 0.990) con los datos recopilados, aunque también existe una correlación positiva entre el IMC y la edad, lo que indica que el IMC suele crecer un poco a medida que se envejece (53).

Janampa E. y Salazar C. (Huancayo, 2024) en su estudio sobre el riesgo cardiovascular tuvo como objetivo de este estudio fue determinar la conexión entre los comportamientos de vida y la posibilidad de que se produzcan enfermedades cardiovasculares en pacientes de un establecimiento sanitario del distrito de Chilca. Para esto, se empleó un enfoque metodológico que se basa en el método científico de manera deductiva. La investigación, de nivel básico, relacional y de diseño no experimental, abarcó una muestra de 160 pacientes elegidos conforme a criterios particulares de exclusión e inclusión. Los hallazgos mostraron que el 26,3% había terminado la educación primaria, el 25,6% llegó a terminar la secundaria y el 45% tuvo un nivel superior. El 17,5% tenía un índice de alimentación saludable, el 73,1% se encontraba en la categoría de "requiere cambios" y el 4% estaba en la categoría de "poco saludable". El 40% no hacía ninguna actividad física, el 49,4% entre una y dos horas. Los autores pudieron concluir que los factores del estilo de vida que tienen relación con el riesgo cardiovascular en los pacientes del centro de salud en Chilca son la duración de las horas de sueño, la alimentación adecuada y las costumbres vinculadas al consumo de alcohol (54).

Callapiña et al. (Lima, 2022) desarrolló una tesis con el objetivo de relacionar los estilos de vida con los factores que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores. La tesis es de nivel descriptivo y transversal; los hallazgos indicaron que una alta proporción de empleados carecen de información acerca de las formas de vida o sobre cómo controlar las enfermedades cardiovasculares. Concluyendo que las personas con un estilo de vida poco saludable tienen una mayor tendencia a sufrir enfermedades crónicas (55).

3.2.3. A nivel local

Marocho B. (Arequipa, 2022) realizó una investigación con el propósito de identificar el riesgo cardiovascular y la edad vascular de los pacientes de un establecimiento de salud. Su metodología fue descriptivo transversal y contó con la participación de 314 pacientes, donde se evaluaron factores de riesgo cardiovascular, IMC, presión arterial, tabaquismo, perfil lipídico y edad vascular. Los hallazgos determinaron que el 70,38% tenía un riesgo cardiovascular bajo y cerca del 10% tenía riesgo cardiovascular alto y muy alto. Además, cerca del 74% tenían presión arterial normal y más del 14% eran fumadores. Adicionalmente el 36,6 % sufría de sobrepeso y el 20,07% de obesidad. Finalmente, el 44,9% tenía una edad vascular mayor a su edad cronológica. Se concluyó que el 30% de los pacientes tiene riesgo cardiovascular moderado a muy alto y cerca del 50% tiene una edad vascular mayor a su edad real (56).

4. HIPÓTESIS

Existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta para analizar los hábitos alimentarios y la observación para determinar el riesgo cardiovascular de los pacientes.

1.2. Instrumentos

Para determinar las características sociodemográficas y clínicas, se elaboró una ficha de recolección que permita recolectar variables como: edad, sexo, estado civil, ocupación laboral, nivel educativo, antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares y comorbilidades.

Para la variable de hábitos alimentarios, se utilizó el cuestionario elaborado por García J. (57) en el año 2022 y validado por Flores D. (58) mediante juicio de expertos con una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,9. El instrumento estuvo conformado por 30 preguntas y fue evaluada en 4 dimensiones: porciones (11 preguntas), frecuencia (10 preguntas), horario (3 preguntas) y preparaciones (6 preguntas). Además, cada pregunta se valoró mediante las categorías “Siempre=2”, “A veces=1” y “Nunca=0”; teniendo una escala intercambiada para las preguntas 25 y 30. El puntaje total se calificó en Inadecuado (0 a 30 puntos) y Adecuado (31 a 62 puntos).

Para la variable de riesgo cardiovascular, se empleó la aplicación de la calculadora HEARTS, herramienta desarrollada por la OMS, que permite determinar el riesgo cardiovascular a 10 años validada para adultos mayores de 40 años (59). Para ello, se utilizó una ficha de recolección para recolectar datos como: enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal crónica, edad, tabaquismo, presión arterial, peso y altura. El riesgo se clasificó dependiendo el porcentaje de riesgo: “< 5%: Riesgo bajo”, “5% – < 10%: Riesgo moderado”, “10% – < 20%: Riesgo alto”, “20% – < 30%: Riesgo muy alto” y “≥ 30%: Riesgo crítico”.

1.3. Materiales de Verificación

Para la recolección de datos se emplearon:

- Impresiones de cuestionarios y fichas de recolección.
- Impresiones de consentimiento informado.

- Materiales de escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

Puesto de Salud Villa Jesús ubicado en la ciudad de Arequipa, es un establecimiento de primer nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud. Brinda atención integral de salud a la población de su jurisdicción, con énfasis en la promoción, prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes. Además, cuenta con servicios básicos como medicina general, enfermería, obstetricia, odontología y laboratorio, además de programas estratégicos en salud materno-infantil, inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles, salud mental y atención a pacientes con enfermedades crónicas.

2.2. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por pacientes mayores de 40 años atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús de Arequipa.

2.3. Temporalidad

El proyecto fue ejecutado durante el año 2025.

2.4. Ubicación Espacial

2.4.1. Población

La población estuvo constituida por 200 pacientes mayores de 40 años atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús de Arequipa durante el año 2025.

2.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes mayores de 40 años atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús de Arequipa durante el mes de diciembre 2025, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

2.5. Criterios de Selección

2.5.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 40 años atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús de Arequipa durante el periodo de estudio.

- Paciente que cuente con disponibilidad para obtener los datos necesarios para determinar el riesgo cardiovascular según la estrategia HEARTS.
- Paciente que brinde su consentimiento de participación al estudio.

2.5.2. Criterios de Exclusión

- Paciente que se encuentre dentro del embarazo o puerperio.
- Paciente con enfermedad aguda grave en el momento de la evaluación que impida la participación o altere las mediciones.
- Pacientes con antecedente de hospitalización en las últimas 4 semanas, lo cual podría influir en su dieta y estado físico.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

2.6. Tipo de Investigación

Observacional

2.7. Nivel de Investigación

Descriptivo

2.8. Diseño de Investigación

Correlacional – Transversal - Prospectivo

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Para la ejecución del presente proyecto, se envió el trabajo a la Facultad de Medicina Humana con el propósito de que sea revisado y aprobado. Una vez obtenida dicha aprobación, el proyecto fue enviado al Comité de Ética de la Universidad Católica de Santa María, para asegurar el cumplimiento de los principios bioéticos establecidos. Posteriormente, se gestionó una carta de presentación dirigida al Puesto de Salud Villa Jesús con la finalidad de solicitar la autorización para la recolección de datos. Finalmente, se realizaron las coordinaciones pertinentes para aplicar las encuestas dentro de las instalaciones del establecimiento de salud, garantizando un proceso ordenado y adecuado.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadoras principales
- Asesor académico
- Profesional estadístico

3.2.2. Materiales

- Hojas bond
- Laptop
- Dispositivo de almacenamiento USB
- Fólderes y archivadores
- Materiales de escritorio

3.2.3. Financieros

El presente estudio fue financiado en su totalidad por las investigadoras principales.

3.3. Criterios para Manejo de Resultados

3.3.1. Plan de Recolección

Para la recolección de datos, se empleó un cuestionario esquematizado en 3 secciones: características sociodemográficas y clínicas, hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular. La recolección fue realizada por las investigadoras, previa coordinación con la jefatura del establecimiento. Antes de responder los cuestionarios, los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmarán el consentimiento informado. Los datos se registraron en formatos físicos y fueron codificados de manera continua de acuerdo a como se fue recolectando los datos.

3.3.2. Plan de Procesamiento

Una vez completada la recolección, los datos fueron revisados para verificar su integridad y legibilidad. Luego, se procedió a la digitación de la información de manera organizada y estructurada en el programa Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó una depuración, corrigiendo errores y eliminando registros incompletos o inconsistentes. Finalmente, la base de datos fue

exportada al programa estadístico SPSS versión 27 para realizar el análisis correspondiente.

3.3.3. Plan de Clasificación

Los datos fueron organizados en categorías según las variables y los indicadores.

3.3.4. Plan de Codificación

Cada respuesta fue codificada numéricamente para facilitar su procesamiento estadístico. Se asignaron los valores numéricos de acuerdo con un diccionario de códigos elaborados por las investigadoras. Se garantizó la uniformidad, disminuyendo errores durante el análisis.

3.3.5. Plan de Análisis

El análisis estadístico fue realizado considerando el tipo de análisis descriptivo y diferencial. Para el análisis descriptivo, se presentaron las variables en frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial, se determinó la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular, se utilizará la prueba de Chi cuadrado considerando un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

3.4. Aspectos Éticos

En esta investigación se respetaron los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Previamente a su ejecución, el proyecto fue revisado y aprobado por la Facultad de Medicina Humana y posteriormente se sometió a evaluación por el Comité de ética de la Universidad Católica de Santa María. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, garantizado que su participación es voluntaria y confidencial. Los datos fueron utilizados únicamente con fines científicos, evitando cualquier riesgo o daño para los participantes.



CAPÍTULO III
RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
Edad	40 a 49 años	73	36,5
	50 a 59 años	53	26,5
	60 a 69 años	45	22,5
	70 a 79 años	29	14,5
Sexo	Masculino	72	36,0
	Femenino	128	64,0
Estado civil	Soltero	24	12,0
	Casado	65	32,5
	Conviviente	82	41,0
	Viudo/divorciado	29	14,5
Ocupación laboral	Ama de casa	85	42,5
	Dependiente	22	11,0
	Independiente	79	39,5
	Desempleado	14	7,0
Nivel educativo	Sin educación	4	2,0
	Primaria completa	43	21,5
	Primaria incompleta	24	12,0
	Secundaria completa	53	26,5
	Secundaria incompleta	47	23,5
	Superior	29	14,5
Total	200	100,0	

La Tabla 2 muestra las características sociodemográficas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa. En cuanto a la edad, la mayor parte de los participantes se encuentra en el rango de 40 a 49 años, con un 36,5%, seguido del grupo de 50 a 59 años, que

representa el 26,5%. Los grupos de 60 a 69 años y 70 a 79 años comprenden el 22,5% y el 14,5%, respectivamente.

Respecto al sexo, el 64% de los participantes son mujeres, mientras que el 36% son hombres, lo que muestra una mayor representación femenina en la muestra. En cuanto al estado civil, se observa que el 41% de los participantes son convivientes, lo que constituye el grupo más grande. Le sigue el grupo de casados con un 32,5%, mientras que los solteros representan el 12%, y los viudos o divorciados el 14,5%.

En relación con la ocupación laboral, el 42,5% de los adultos encuestados son amas de casa, el 39,5% son trabajadores independientes y el 7% se encuentran desempleados. Finalmente, respecto al nivel educativo, el 26,5% de los participantes tiene secundaria completa, el 21,5% tiene primaria completa y solo el 2% no tiene ningún tipo de educación formal.

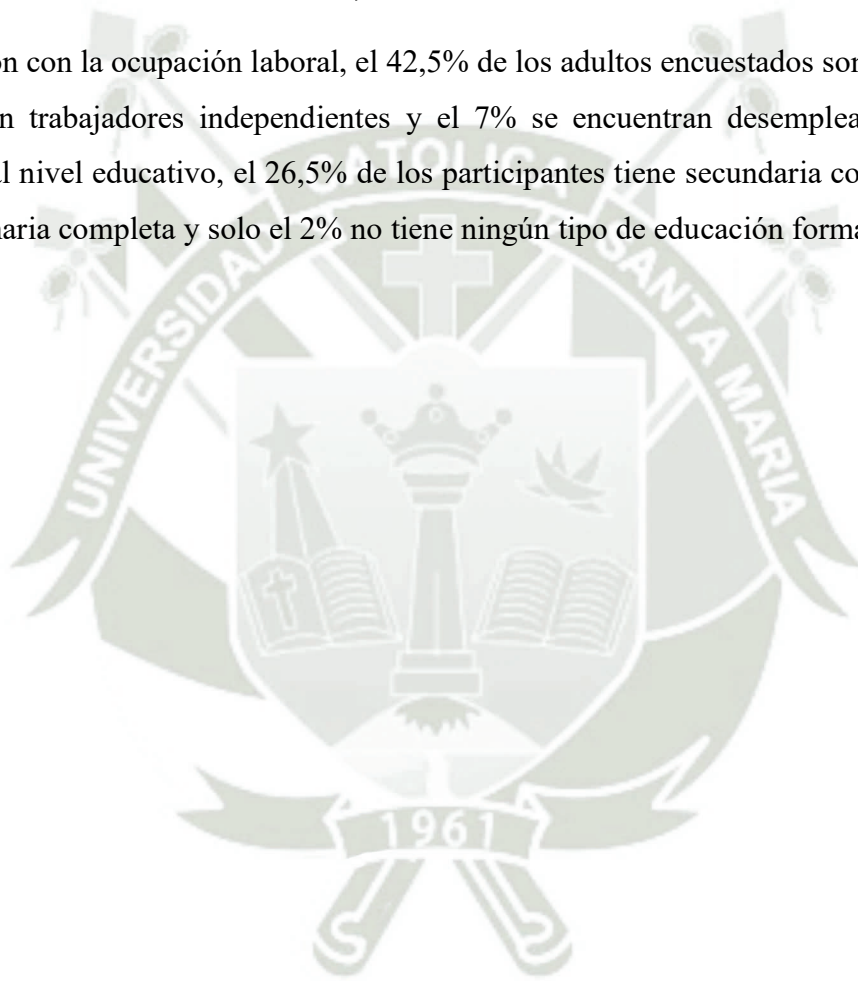


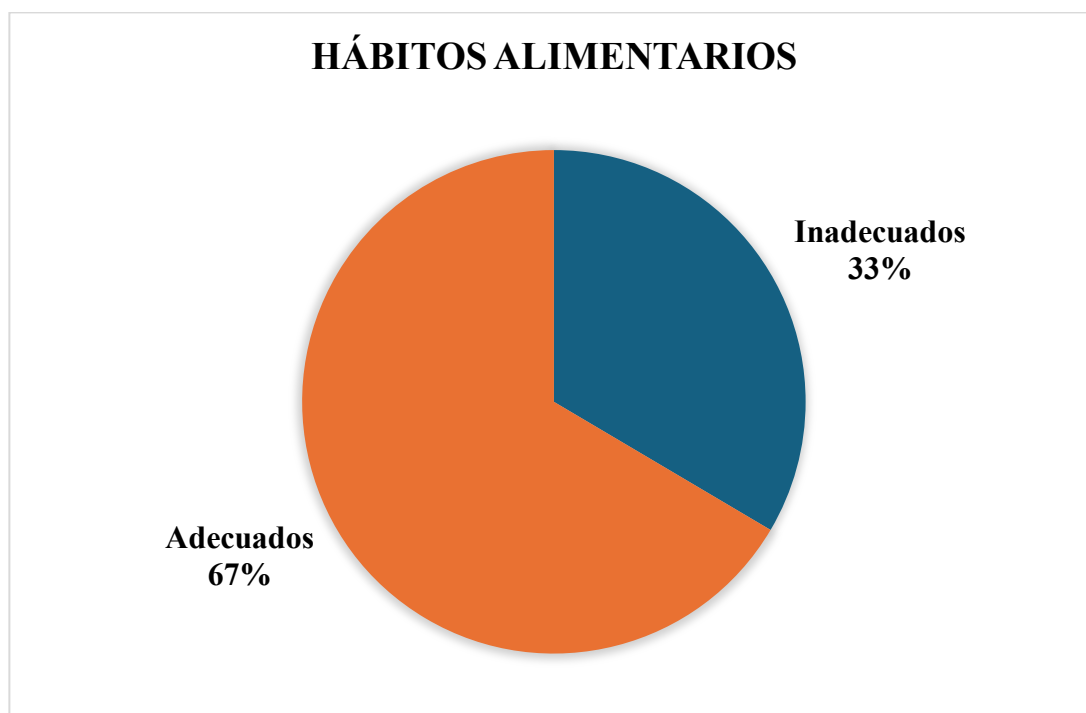
Tabla 3. Características clínicas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.

Características clínicas		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares	Si	51	25,5
	No	149	74,5
Comorbilidades	Ninguna	78	39,0
	Hipertensión arterial	29	14,5
	Diabetes mellitus	32	16,0
	Insuficiencia cardiaca	1	0,5
	Más de 1 comorbilidad	12	6,0
	Otras comorbilidades	48	24,0
Total		200	100,0

La Tabla 3 presenta las características clínicas de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa. En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, se observa que el 25,5% de los participantes tiene antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, mientras que el 74,5% no los tiene.

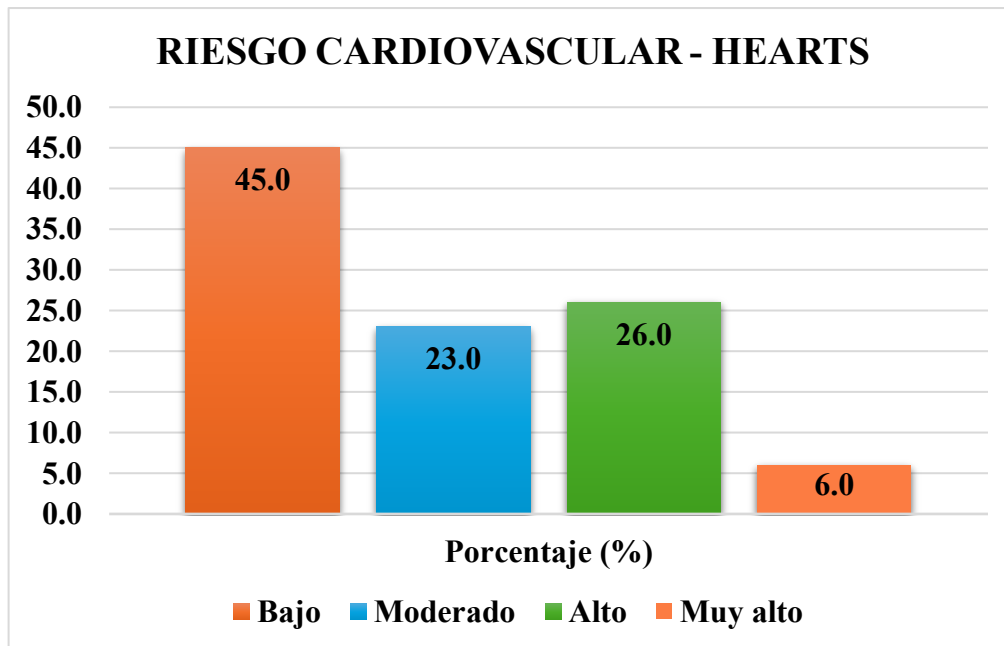
Respecto a las comorbilidades, el 39% de los participantes no presenta ninguna comorbilidad, lo que indica que más de la mitad de la población no tiene otras enfermedades asociadas. Sin embargo, el 16% de los participantes tiene diabetes mellitus y el 14,5% sufre de hipertensión arterial. Un 24% de los adultos presentan otras comorbilidades y solo un pequeño porcentaje de los participantes tiene insuficiencia cardiaca (0,5%), así como un 6% presenta más de una comorbilidad.

Figura 1. Hábitos alimentarios en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025.



La figura 1 presenta los hábitos alimentarios de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús. Se observa que el 33,5% (n=67) de los participantes tienen hábitos alimentarios inadecuados, mientras que el 66,5% (n=133) tienen hábitos adecuados. Esto indica que la mayoría de los adultos atendidos adoptan prácticas alimentarias que cumplen con las recomendaciones nutricionales.

Figura 2. Riesgo cardiovascular según la estrategia HEARTS de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025



La Figura 2 muestra el riesgo cardiovascular de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, según la estrategia HEARTS. Se observa que el 45% (n=90) de los participantes tienen un riesgo cardiovascular bajo, mientras que el 23% (n=46) presentan un riesgo moderado. Un 26% (n=52) de los adultos tienen un riesgo alto, y un 6% (n=12) se encuentran en la categoría de riesgo muy alto. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de los participantes tienen un riesgo bajo o moderado.

2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE RESULTADOS

Tabla 4. Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025

Riesgo cardiovascular según HEARTS	Hábitos alimentarios				Total	Estadístico	
	Inadecuados		Adecuados				
	n	%	n	%	n	%	
Bajo	19	9,5	71	35,5	90	45,0	$X^2= 12,17$ $p=0,007$ $p<0,05$
Moderado	18	9,0	28	14,0	46	23,0	
Alto	25	12,5	27	13,5	52	26,0	
Muy alto	5	2,5	7	3,5	12	6,0	
Total	67	33,5	133	66,5	200	100,0	

En la Tabla 4 se muestra la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús. Se observa que, de los 67 participantes con hábitos alimentarios inadecuados, el 9,5% tiene un riesgo cardiovascular bajo, el 9% tiene un riesgo moderado y el 12,5% presenta un riesgo alto. Por otro lado, entre los 133 participantes con hábitos alimentarios adecuados, el 35,5% tiene un riesgo cardiovascular bajo y el 14% tiene un riesgo moderado.

Los resultados muestran que los participantes con hábitos inadecuados están más distribuidos en las categorías de riesgo moderado y alto. La prueba estadística de Chi cuadrado tuvo un valor de 12,17 con un $p = 0,007$ ($p < 0,05$), lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en esta población.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, en 2025. Para ello, se analizaron las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, se evaluaron sus hábitos alimentarios y se determinó su riesgo cardiovascular.

En cuanto al primer objetivo específico, que consistió en describir las características sociodemográficas y clínicas de los adultos atendidos, se observó que la mayoría de los participantes se encuentran en el grupo de edad de 40 a 49 años (36,5%), seguido de los grupos de 50 a 59 años (26,5%) y 60 a 69 años (22,5%). La muestra estuvo predominantemente compuesta por mujeres (64%), además, el estado civil mostró una distribución diversa, siendo los convivientes el grupo con mayor representación (41,0%). En términos de ocupación, una alta proporción de los participantes son amas de casa (42,5%), lo que podría tener implicaciones sobre los hábitos alimentarios debido a las responsabilidades familiares y la disponibilidad de tiempo para preparar alimentos saludables.

Este patrón es similar a los encontrados en investigaciones previas, como las de Pérez (48) en Ecuador, donde también se observó una mayor prevalencia de adultos de mediana edad en estudios relacionados con el riesgo cardiovascular. A nivel nacional, en el estudio de Kitamura y Meléndez (53) en Lima, la población estudiada también estaba compuesta principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, lo que sugiere que las estrategias de prevención deben centrarse en estos grupos etarios, dada la mayor susceptibilidad a los factores de riesgo cardiovascular.

En cuanto al sexo, en el estudio de Skop et al. (49) en Argentina, también se observó una mayor participación de mujeres, lo que podría estar relacionado con factores culturales y el mayor acceso de las mujeres a la atención sanitaria. Sin embargo, a nivel mundial, algunas investigaciones también reportan que las mujeres tienen un mayor riesgo cardiovascular en función de factores como el consumo de alimentos poco saludables y un estilo de vida sedentario.

En términos de estado civil, este patrón es consistente con los hallazgos Yaguachi et al. (50) que describieron que las parejas convivientes son un grupo significativo en términos de riesgo cardiovascular, dado que los factores socioeconómicos y emocionales en estos grupos pueden influir en la alimentación y en el cuidado de la salud.

En relación a las características clínicas, se encontró que el 25,5% de los participantes tenía antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, un factor importante que aumenta la predisposición a desarrollar condiciones como hipertensión o enfermedades coronarias. Respecto a las comorbilidades, las más prevalentes fueron la hipertensión arterial (14,5%) y la diabetes mellitus (16%), cifras que coinciden con las observadas en estudios como el de Skop et al. (49) y Yaguachi et al. (50), donde las comorbilidades como la hipertensión y la diabetes son factores prevalentes que aumentan el riesgo cardiovascular. Además, estos hallazgos subrayan la relevancia de monitorear las comorbilidades y los antecedentes familiares como parte integral del manejo del riesgo cardiovascular.

El segundo objetivo específico fue determinar los hábitos alimentarios de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús. Los resultados mostraron que el 66,5% de los participantes presentaron hábitos alimentarios adecuados, mientras que el 33,5% adoptaron hábitos inadecuados. Estos resultados son diferentes a los encontrados en estudios previos a nivel internacional y nacional, por ejemplo, en el estudio de Pérez (48) en Ecuador, se observó que los docentes tenían una mayor tendencia a consumir panes y cereales en lugar de frutas y verduras, además de realizar poca actividad física, lo que reflejó hábitos alimentarios inadecuados.

Skop et al. (49) en Argentina reportaron que el consumo de frutas y verduras era bajo (solo 3,27 porciones al día), y solo el 23,8% de la población cumplía con las recomendaciones mínimas. Este estudio también encontró que los hábitos alimentarios inadecuados estaban estrechamente relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

De manera similar, Vega (52) en Ecuador también encontró que el 90% de la población estudiada presentaba un consumo excesivo de carnes, cereales y sus derivados, lo que contribuyó a una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, factores que aumentan el riesgo cardiovascular. En este contexto, los resultados de nuestro estudio subrayan la importancia de diseñar programas educativos que promuevan una alimentación más equilibrada y el consumo de alimentos frescos y saludables.

El tercer objetivo específico fue determinar el riesgo cardiovascular de los adultos atendidos. Según los resultados, el 45% de los participantes presentó un riesgo cardiovascular bajo, mientras que el 23% tenía un riesgo moderado y el 26% se encontraba en la categoría de riesgo alto. Estos datos evidencian que, aunque una parte significativa de la población tiene un riesgo bajo, un porcentaje considerable presenta un riesgo elevado, lo que resalta la necesidad de una intervención oportuna para prevenir complicaciones mayores.

Al contrastar con la literatura, en el estudio de Skop et al. (49) en Argentina, la prevalencia de hipertensión y obesidad contribuyó a un alto riesgo cardiovascular en la población estudiada. A nivel nacional, el estudio de Marocho (56) en Arequipa también encontró que un 30% de los pacientes presentaban un riesgo cardiovascular moderado a alto, lo cual es comparable con el 32% de riesgo moderado a alto en nuestra población. Estos estudios refuerzan la importancia de monitorear y gestionar el riesgo cardiovascular en poblaciones con factores predisponentes.

Finalmente, la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular fue estadísticamente significativa ($p = 0,007$), lo que confirma que los hábitos alimentarios inadecuados están asociados con un mayor riesgo cardiovascular en esta población. Este hallazgo es consistente con la literatura existente, en Ecuador (48,52) y Argentina (49), encontraron que dietas poco saludables, como el bajo consumo de frutas y verduras y el exceso de alimentos procesados, se asociaban con un mayor riesgo cardiovascular, especialmente cuando había prevalencia de obesidad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de los hábitos alimentarios en la determinación del riesgo cardiovascular y destacan la necesidad de intervenciones educativas y preventivas para mejorar la alimentación en poblaciones en riesgo.

A nivel nacional, el estudio de Kitamura y Meléndez (53) en Lima encontró que los empleados con hábitos alimentarios inadecuados presentaban un mayor riesgo cardiovascular, especialmente en mujeres. Janampa y Salazar (54) en Huancayo también señalaron que los hábitos alimentarios inadecuados y la falta de actividad física aumentaban el riesgo cardiovascular en la población estudiada.

Así como, Gamboa (51) en México identificaron que el 88,9% de los trabajadores de una institución pública presentaban un riesgo cardiovascular debido a un estilo de vida poco saludable, incluido un patrón alimentario inadecuado. Estos estudios, al igual que el nuestro, refuerzan la importancia de los hábitos alimentarios en la determinación del riesgo cardiovascular y destacan la necesidad de intervenciones educativas y preventivas para mejorar la dieta en poblaciones en riesgo.

En conclusión, los resultados de este estudio resaltan la importancia de los hábitos alimentarios en la determinación del riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús; así como, se subraya la necesidad de implementar estrategias de intervención centradas en la educación nutricional, la promoción de hábitos alimentarios más saludables y el fomento de la actividad física, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la salud pública. Dado que los hábitos alimentarios y las comorbilidades como la hipertensión y la diabetes son factores determinantes, es esencial fortalecer las políticas de prevención y brindar un

seguimiento constante a las personas en riesgo, para reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en esta comunidad.



CONCLUSIONES

1. Respecto a las características sociodemográficas, la población estuvo conformada por adultos de 40 a 49 años (36,5%), seguidos de los grupos de 50 a 59 años (26,5%), el 64% eran mujeres y el 41% de los participantes eran convivientes. En términos de características clínicas, el 14,5% presentó hipertensión arterial y el 16% diabetes mellitus. El 25,5% reportó antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.
2. Los hábitos alimentarios de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús fueron adecuados en un 66,5%, mientras que el 33,5% tuvieron hábitos alimentarios inadecuados.
3. El riesgo cardiovascular de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús fue de 45% bajo, el 23% un riesgo moderado, el 26% un riesgo alto y el 6% un riesgo muy alto.
4. Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=0,007$, $p<0,05$) entre los hábitos alimentarios inadecuados y un mayor riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús, Arequipa, 2025.

RECOMENDACIONES

1. Al personal médico del puesto de salud, realizar evaluaciones periódicas de los factores de riesgo cardiovascular, como la presión arterial, los niveles de glucosa y colesterol, y el IMC, especialmente en pacientes con antecedentes familiares o comorbilidades. Además, fomentar la adopción de hábitos alimentarios saludables, brindando información sobre dietas equilibradas, y ofrecer orientación sobre la importancia de la actividad física regular para reducir el riesgo cardiovascular.
2. Al personal de enfermería, implementar programas educativos que sensibilicen a la comunidad sobre la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular, organizando talleres y distribuyendo material informativo. También, asegurar los recursos necesarios para chequeos regulares estén disponibles y coordina el seguimiento de los pacientes con riesgo cardiovascular moderado o alto, asegurando que se tenga acceso constante a servicios de salud.
3. Al personal de nutrición, implementar programas de educación nutricional específicos enfocándose en la importancia de una dieta balanceada que incluya un mayor consumo de frutas, verduras, y alimentos ricos en fibra, mientras se reduce la ingesta de grasas saturadas, azúcares y alimentos ultra procesados. Además, es esencial ofrecer asesoramiento personalizado para aquellos con riesgo cardiovascular, adaptando las recomendaciones a sus necesidades y condiciones particulares, y promoviendo cambios progresivos que sean sostenibles a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araiza-Garaygordobil D, García-Villarejo M, González-Arias M. Obesidad y riesgo cardiovascular: una revisión para el clínico. *ACM*. 19 de febrero de 2025;95(1):15309. doi:10.24875/ACM.24000123
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Institucional] [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, Espinoza-Oriundo P. Riesgo cardiovascular según circunferencia abdominal en peruanos. *An Fac med*. 30 de noviembre de 2017;78(3):287-91. doi:10.15381/anales.v78i3.13760
4. Ministerio de Salud del Perú. La mitad de peruanos no realiza actividad física y corre riesgo de padecer enfermedades mortales [Institucional] [Internet]. 2019 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38632-la-mitad-de-peruanos-no-realiza-actividad-fisica-y-corre-riesgo-de-padecer-enfermedades-mortales>
5. Vilugrón Aravena F, Molina G. T, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Hábitos alimentarios, obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Rev méd Chile*. julio de 2020;148(7):921-9. doi:10.4067/S0034-98872020000700921
6. Organización Mundial de la Salud. Healthy diet [Informativa] [Internet]. 2022 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/behealthy/healthy-diet>
7. Bajaña Marín S, García AM. Uso de redes sociales y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con la alimentación en España: una revisión sistemática. *Atención Primaria*. noviembre de 2023;55(11):102708. doi:10.1016/j.aprim.2023.102708
8. Osei-Kwasi H, Mohindra A, Booth A, Laar A, Wanjohi M, Graham F, et al. Factors influencing dietary behaviours in urban food environments in Africa: a systematic mapping review. *Public Health Nutr*. octubre de 2020;23(14):2584-601. doi:10.1017/S1368980019005305

9. Desbouys L, Méjean C, De Henauw S, Castetbon K. Socio-economic and cultural disparities in diet among adolescents and young adults: a systematic review. *Public Health Nutr.* abril de 2020;23(5):843-60. doi:10.1017/S1368980019002362
10. Si Hassen W, Castetbon K, Péneau S, Tichit C, Nechba A, Lampuré A, et al. Socio-economic and demographic factors associated with snacking behavior in a large sample of French adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* diciembre de 2018;15(1):25. doi:10.1186/s12966-018-0655-7
11. Wan S, Pan D, Su M, Wang S, Wang Y, Xu D, et al. Association between socio-demographic factors, lifestyle, eating habits and hypertension risk among middle-aged and older rural Chinese adults. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases.* marzo de 2024;34(3):726-37. doi:10.1016/j.numecd.2023.11.012
12. Szałajko M, Stachowicz W, Dobosz M, Szałankiewicz M, Sokal A, Łuszczki E. Nutrition habits and frequency of consumption of selected food products by the residents of urban and rural area from the Subcarpathian voivodeship. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2021;165-74. doi:10.32394/rpzh.2021.0163
13. Morejón Terán YA, Solís Manzano A, Betancourt Ortiz S, Abril Ulloa V, Sandoval V, Espinoza Fajardo AC, et al. Construcción de un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos para Adultos Ecuatorianos, estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 28 de diciembre de 2021;25(4):394-402. doi:10.14306/renhyd.25.4.1340
14. Carmen Pérez Rodrigo JA Gemma Salvador, Gregorio Varela Moreiras,. Métodos de Frecuencia de consumo alimentario. *REVISTA ESPAÑOLA DE NUTRICION COMUNITARIA.* 1 de marzo de 2015;(2):42-52. doi:10.14642/RENC.2015.21.sup1.5050
15. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Informativa] [Internet]. 2018 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
16. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Porciones de los alimentos: cómo escoger justo lo suficiente para usted - NIDDK [Informativa] [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/cuanto-debo-comer>

17. Huang K, Yu D, Guo Q, Yang Y, Wei X, Zhao L, et al. Validation of the MSM and NCI Method for Estimating the Usual Intake of Nutrients and Food According to Four Seasons of Seven Consecutive Daily 24 Hour Dietary Recalls in Chinese Adults. *Nutrients*. 19 de enero de 2022;14(3):445. doi:10.3390/nu14030445
18. Moreno Rojas R. Estimación de la distribución diaria de nutrientes en la dieta estándar en España. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;(6):2660-7. doi:10.3305/nh.2015.31.6.8896
19. Instituto Nacional de Salud. Alimentación Saludable [Informativa] [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2025]. Alimentación saludable en adultos de 18 a 59 años. Disponible en: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/adultos/cantidades-por-dia>
20. Ministerio de sanidad-España. Estilos de vida saludable - Grupos de alimentos [Informativa] [Internet]. 2020 [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/alimentacionSaludable/queSabemos/informacionAlimentos/grupos/home.htm>
21. Kiani AK, Medori MC, Bonetti G, Aquilanti B, Velluti V, Matera G, et al. Modern vision of the Mediterranean diet. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 17 de octubre de 2022;Vol. 63 No. 2S3:E36 Pages. doi:10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2S3.2745
22. Mayorga Mazón C de las M, Andrade Zurita MJ, Heredia Aguirre SI. Intervención nutricional, mediante dieta DASH, para mejorar el estado nutricional y cifras de tensión arterial. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2023 [citado 25 de noviembre de 2025];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962023000200005
23. Martí Del Moral A, Calvo C, Martínez A. Ultra-processed food consumption and obesity— a systematic review. *Nutr Hosp*. 2020. doi:10.20960/nh.03151
24. Quevedo Olaya JL, Rodríguez León A. Interacciones nutricionales en la dieta cotidiana peruana y su impacto en la biodisponibilidad. *Pakamuros*. 28 de marzo de 2025;13(1):69-85. doi:10.37787/wn8p9c27
25. Zorbas C, Palermo C, Chung A, Iguacel I, Peeters A, Bennett R, et al. Factors perceived to influence healthy eating: a systematic review and meta-ethnographic synthesis of the literature. *Nutrition Reviews*. 7 de septiembre de 2018. doi:10.1093/nutrit/nuy043

26. Plaza-Torres JF, Martínez-Sánchez JA, Navarro-Suay R. Hábitos alimenticios, estilos de vida y riesgos para la salud. Estudio en una población militar. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712022000200004>. 2022;78(2):74-81. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712022000200004>.
27. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Informativa] [Internet]. 2025 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
28. Lecube A. Impacto de la obesidad y la diabetes en la salud y en la enfermedad cardiovascular. Atención Primaria. diciembre de 2024;56(12):103045. doi:10.1016/j.aprim.2024.103045
29. Isath A, Koziol KJ, Martinez MW, Garber CE, Martinez MN, Emery MS, et al. Exercise and cardiovascular health: A state-of-the-art review. Progress in Cardiovascular Diseases. julio de 2023;79:44-52. doi:10.1016/j.pcad.2023.04.008
30. LASH Guidelines Task Force Steering and Writing Committee, Sánchez R, Coca A, De Salazar DIM, Alcocer L, Aristizabal D, et al. 2024 Latin American Society of Hypertension guidelines on the management of arterial hypertension and related comorbidities in Latin America. Journal of Hypertension. 2025;43(1):1-34. doi:10.1097/HJH.00000000000003899
31. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 7 de septiembre de 2021;42(34):3227-337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
32. Van Daalen KR, Zhang D, Kaptoge S, Paige E, Di Angelantonio E, Pennells L. Risk estimation for the primary prevention of cardiovascular disease: considerations for appropriate risk prediction model selection. The Lancet Global Health. agosto de 2024;12(8):e1343-58. doi:10.1016/S2214-109X(24)00210-9
33. Martínez-Hervás S, Real JT, Carmena R, Ascaso JF. Prevención cardiovascular en la diabetes mellitus. ¿Es adecuado hablar de riesgo moderado o intermedio? Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. marzo de 2024;36(2):80-5. doi:10.1016/j.arteri.2023.10.003

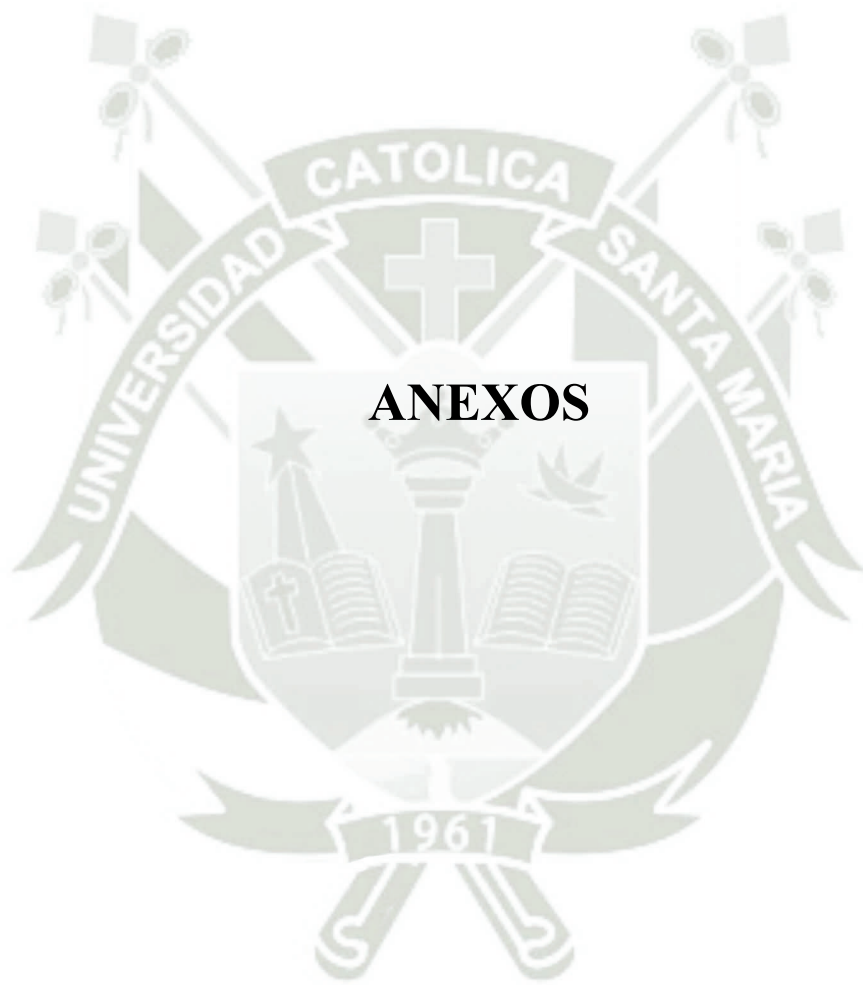
34. Reyes-Méndez C, Fierros-Rodríguez C, Cárdenas-Ledesma R, Hernández-Pérez A, García-Gómez L, Pérez-Padilla R. Efectos cardiovasculares del tabaquismo. *Neumol cir torax* [Internet]. 2019 [citado 25 de noviembre de 2025];78(1):56-62. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462019000100056
35. Rafael Rondanelli I, Rafael Rondanelli S. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*. enero de 2014;25(1):69-77. doi:10.1016/S0716-8640(14)70013-6
36. Grosso G. Impact of nutritional risk factors on chronic non-communicable diseases. *European Journal of Public Health*. 1 de noviembre de 2019;29(Supplement_4):ckz185.197. doi:10.1093/eurpub/ckz185.197
37. Uscata R, Parodi JF, Casado J, Apolaya-Segura M. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en un Hospital Militar Geriátrico Peruano, 2015-2017. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2023;9(1):21-9. doi:10.56239/rhcs.2023.91.595
38. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista Colombiana de Cardiología*. enero de 2018;25:8-12. doi:10.1016/j.rccar.2017.11.021
39. Gómez Tejeda JJ, Pérez Abreu MR, Tamayo Velázquez O, Iparraguirre Tamayo A. Agregación familiar para la hipertensión arterial. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2021 [citado 25 de noviembre de 2025];20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000200011
40. Ordunez P, Campbell NRC, Giraldo Arcila GP, Angell SY, Lombardi C, Brettler JW, et al. HEARTS in the Americas: innovations for improving hypertension and cardiovascular disease risk management in primary care. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 16 de julio de 2022;46:1. doi:10.26633/RPSP.2022.96
41. Organización Mundial de la Salud. HEARTS-Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 24 de noviembre de 2025]. p. 33. Report No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

42. Vasan RS, Pan S, Larson MG, Mitchell GF, Xanthakis V. Arteriosclerosis, Atherosclerosis, and Cardiovascular Health: Joint Relations to the Incidence of Cardiovascular Disease. Hypertension. noviembre de 2021;78(5):1232-40. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18075
43. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium Intake and Hypertension. Nutrients. 21 de agosto de 2019;11(9):1970. doi:10.3390/nu11091970
44. Salas-González MD, Loria-Kohen V, Jiménez-Ortega AI, López-Sobaler AM. Nutritional factors related to insulin resistance in children and adolescents. Nutr Hosp. 2023;40(spe2):51-4. doi:10.20960/nh.04956
45. Potter TBH, Tannous J, Vahidy FS. A Contemporary Review of Epidemiology, Risk Factors, Etiology, and Outcomes of Premature Stroke. Curr Atheroscler Rep. 2022;24(12):939-48. doi:10.1007/s11883-022-01067-x
46. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 3 de mayo de 2022;145(18). doi:10.1161/CIR.0000000000001063
47. Hasani WSR, Muhamad NA, Hanis TM, Maamor NH, Chen XW, Omar MA, et al. The global estimate of premature cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis of age-standardized mortality rate. BMC Public Health. 16 de agosto de 2023;23(1):1561. doi:10.1186/s12889-023-16466-1
48. Torres K. Hábitos alimenticios, actividad física y riesgo cardiovascular en docentes de la Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí «Manuel Félix López» del periodo octubre 2022-febrero 2023. [Tesis de pregrado] [Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2023 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/21521>
49. Skop K, Caruso O, Martínez Crespo M, Nardelli N, Linari MA, Chan D, et al. Pesquisa de hábitos alimentarios y factores de riesgo cardiovasculares en adultos en Isla Santiago, Buenos Aires. ActNut. 2022;23(2). doi:10.48061/SAN.2022.23.2.86

50. Yaguachi Alarcón RA, Troncoso Corzo LV, Correa Asanza K, Poveda Loor CL. Estilo de vida, estado nutricional y riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud. *Nutr Clín Diet Hosp*. 1 de septiembre de 2021;41(3). doi:10.12873/413yaguachi
51. Gamboa Rivas BDC, Barradas Castillo MDR, Osorno López SP, Castro Díaz VG. Asociación del estilo de vida con riesgo cardiovascular en una institución pública de Mérida, Yucatán. *RESPYN*. 31 de marzo de 2025;24(1):10-6. doi:10.29105/respyn24.1-807
52. Vega A. Determinación de los hábitos alimenticios y el riesgo cardiovascular de los trabajadores de la compañía GVM Corp. en el periodo de junio a agosto de 2024. [Tesis de pregrado] [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2025 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/24717>
53. Kitamura Kohatsu EN, Meléndez Castañeda MA. Relación entre hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular en trabajadores de la notaría Rosales Sepúlveda- Lima 2023 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Lima]: Universidad Le Cordon Bleu; 2024 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ulcb.edu.pe/handle/20.500.14546/1243>
54. Janampa Quispe E, Salazar Poma CM. Estilos de vida y su relación con el riesgo cardiovascular, en pacientes de un centro de salud de Chilca - 2024 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana Los Andes; 2025 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/9155?locale-attribute=es>
55. Callapiña-De Paz M, Cisneros-Núñez YZ, Guillén-Ponce NR, De La Cruz-Vargas JA. The lifestyle associated with the control of arterial hypertension and diabetes mellitus in a care center in Lima, during the covid-19 pandemic. *RFMH*. 31 de diciembre de 2021;22(1):79-88. doi:10.25176/RFMH.v22i1.3759
56. Marocho Cairo B. Determinación de riesgo cardiovascular según el Score de Framingham y edad vascular en pacientes del Centro de Salud Ciudad Blanca - Arequipa 2021-2022 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2022 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/cae48d4b-24a5-456d-ae5-3139798ebfed>

57. García J. Hábitos alimentarios y estado nutricional en los adultos mayores que acuden al Centro de Desarrollo Integral de la Familia, Tumbes, 2020 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2020 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/2000>
58. Flores D. Hábitos alimentarios y estado nutricional del adulto mayor del programa preventivo ESSALUD de Tumbes, 2021 [Tesis de pregrado] [Internet]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2021 [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/items/4ca3a0f1-d530-4ad4-a1c8-b4f6f0b0c797>
59. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Institucional] [Internet]. [citado 30 de julio de 2025]. HEARTS in the Americas. Disponible en: <https://www.paho.org/cardioapp/web/#/howtobloodpressure>





ANEXO 01

DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 15 de enero de 2026

Investigadoras Guevara Mamani, Lourdes Isabel
Castillo Roque, Yesmin Tatiana

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.



TÍTULO: "Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús- Arequipa, 2025".

Investigadoras: Guevara Mamani, Lourdes Isabel y Castillo Roque, Yesmin Tatiana.

TIPO Y DISEÑO: Observacional, descriptivo, correlacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús- Arequipa, 2025.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionario e instrumento.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 40 años atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús de Arequipa durante el año 2025.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.



DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 036 - 2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 15 de enero de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Relación entre los hábitos alimentarios y el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el Puesto de Salud Villa Jesús - Arequipa, 2025

Estimado (a) paciente

Luego de explicarle de manera clara y comprensible los objetivos y procedimientos del presente estudio, lo invitamos a participar de manera voluntaria en nuestra investigación cuyo propósito es comprender cómo los hábitos alimentarios se relacionan con el riesgo cardiovascular en adultos atendidos en el establecimiento de salud.

Si decide participar, se le solicitará responder un cuestionario durante aproximadamente 20 minutos,

Beneficios y riesgos

- Su participación no implica riesgos para su salud.
- Los resultados permitirán contribuir a mejorar las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Confidencialidad

Toda la información que se proporcione será confidencial, anónima y utilizada únicamente con fines científicos. Su participación no afectará la atención recibida dentro del centro de salud.

Derechos del paciente

- Su participación es completamente voluntaria.
- Tiene derecho a no responder alguna pregunta si así lo desea.
- Puede retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica.

Declaración de consentimiento

He leído y comprendo esta información. Acepto de manera voluntaria mi participación en la investigación.

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 03: INSTRUMENTO

Completar cada una de las preguntas de manera objetiva y marque una opción por cada pregunta con un aspa (X).

CUESTIONARIO N°	
EDAD	<input type="checkbox"/> 40 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 a 59 años <input type="checkbox"/> 60 a 69 años <input type="checkbox"/> 70 a 79 años <input type="checkbox"/> Más de 80 años
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo/divorciado
OCUPACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado
NIVEL EDUCATIVO	<input type="checkbox"/> Sin educación <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
COMORBILIDADES	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Otro: _____

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta antes de marcar su respuesta y en cada ítem seleccione la alternativa que mejor describa su comportamiento habitual. Para ello, marque con un aspa (X) su elección.

PREGUNTAS	Siempre	A veces	Nunca
PORCIONES			
1. La ración de carne de res, pollo o pavita que consume es del tamaño de la palma de su mano extendida	2	1	0
2. El tamaño de la ración de pescado que consume es del tamaño de la palma de su mano extendida.	2	1	0
3. La cantidad de menestras que consume por ración es del tamaño de su puño cerrado.	2	1	0
4. La cantidad de verduras y hortalizas que consume por ración es del tamaño de dos manos juntas o menos	2	1	0
5. La cantidad de fruta que consume es del tamaño de la base de su mano	2	1	0
6. La cantidad que consume de cereales por ración es del tamaño de su puño cerrado.	2	1	0
7. La cantidad de tubérculos que consume por ración es del tamaño de su puño	2	1	0
8. La cantidad de aceite que utiliza en sus comidas a diario es menos del tamaño de una cucharada o la yema del pulgar.	2	1	0
9. La cantidad de agua que consume es dos litros o 6 – 8 vasos diarios a más.	2	1	0
10. La cantidad de lácteos que consume es de la medida de un vaso o más.	2	1	0
11. La cantidad de queso que consume es del tamaño de dos dedos juntos	2	1	0
FRECUENCIA	Siempre	A veces	Nunca
12. Consume 4 a 5 raciones de carne de res, pollo o pavita a la semana	2	1	0

13. Consume 2 a 3 raciones de pescado a la semana	2	1	0
14. Consume durante la semana 2 – 4 raciones de menestras como frejoles, lentejas, pallares, garbanzos u otros	2	1	0
15. Consume 2 raciones de verduras todos los días como espinaca, acelga, brócoli, coliflor, etc.	2	1	0
16. Consume 3 raciones de frutas todos los días como naranja, papaya, plátanos, mandarina, piña, melón, sandía, etc.	2	1	0
17. Consume durante el día cereales como arroz, trigo, avena, pan, fideos	2	1	0
18. Consume durante la semana papa, camote, yuca.	2	1	0
19. Sus alimentos son preparados con aceite de oliva, aceite de sacha inchi.	2	1	0
20. Consume cuatro raciones al día de lácteos y derivados como leche fresca, descremada, en polvo, queso	2	1	0
21. Consume 3 comidas básicas al día como desayuno, almuerzo y cena	2	1	0
HORARIO	Siempre	A veces	Nunca
22. Su horario de desayunar es de 7- 8 am	2	1	0
23. Su horario de almorzar es de 12 – 1 pm	2	1	0
24. Su horario de cenar 6 - 7 pm	2	1	0
PREPARACIONES	Siempre	A veces	Nunca
25. Consume con sus alimentos bebidas como té, café, gaseosas.	0	1	2
26. Los alimentos que consume son sancochados	2	1	0
27. Los alimentos que consume son cocinados al vapor	2	1	0
28. Los alimentos que consume los prepara en guisos	2	1	0
29. Los alimentos que consume son salteados.	2	1	0
30. Los alimentos que consume son preparados al horno.	0	1	2

CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR – ESTRATEGIAS HEARTS

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EDAD	_____ años
GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	_____
PESO (kg)	_____
ALTURA (cm)	_____
IMC	_____
RIESGO CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto <input type="checkbox"/> Crítico