

República de Cuba

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Policlínico Universitario Norte” Diego del Rosario Padilla”

Morón

Título: Estrategia de Intervención Educativa destinada a la disminución de factores de riesgo para enfermedad coronaria.

Tesis en opción al Título de Especialista en Medicina General Integral.

Autora: Dra.Yaidorys Exposito Velve. Residente de 2do año de Medicina General Integral.

Morón 2018

República de Cuba
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Norte” Diego del Rosario Padilla”
Morón

Título: Estrategia de Intervención Educativa destinada a la disminución de factores de riesgo para enfermedad coronaria.

Tesis en opción al Título de Especialista en Medicina General Integral.

Autora: Dra. Yaidorys Expósito Velve. Residente de 2do año de Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario Padilla”

Tutora: Dra. Zaira Chady Benítez Díaz. Especialista en 1er Grado de Medicina General Integral. Especialista en 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”

Asesora: MSc. Gizet de los Ángeles Del Toro Mosquera.

Morón 2018

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se reconocen, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. El incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo (FR) observadas en Asia, África y América Latina, son los más importantes indicadores de la magnitud de la epidemia que está por venir. Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo, con el fin de proponer una estrategia de intervención con enfoque comunicativo destinada a la disminución de los factores de riesgo coronario en adultos mayores pertenecientes al consultorio # 18 zona norte del municipio Morón, en el período comprendido entre octubre del 2016 a mayo del 2018. El universo de estudio estuvo constituido por 225 de adultos mayores pertenecientes al consultorio # 18 zona norte del municipio Morón, quedando constituida la muestra por 193 adultos mayores con factores de riesgos coronarios. En el estudio realizado predominó el sexo femenino sobre el masculino y el grupo etáreo más representado fue el de más de 75 años. La raza blanca fue la más frecuente en los adultos mayores que participaron en el estudio. El riesgo coronario de mayor predominio fue la Hipertensión arterial. El hábito tóxico mayor representado en la muestra estudiada fue el cigarro, la mayor parte de esta muestra fuman habitualmente y en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas no fue significativo el porcentaje que lo consumen. El consumo excesivo de sal estuvo representado por solo una parte no significativa de la muestra, sin embargo fue alto el consumo de grasa animal aunque predominaron los niveles normales de colesterol. En cuanto a la evaluación nutricional predominaron los pacientes normopeso y el sedentarismo en cuanto a la realización de actividad física. La mayoría de los pacientes manifiestan actitudes de cambios positivas ante la posibilidad de que sea aplicada la estrategia de intervención destinada a la disminución de los factores de riesgo coronario que les permita modificar estilos y modos de vida para potenciar su estado de salud y calidad de vida.

Palabras Clave: Riesgo coronario, enfermedades cardiovasculares, estrategia educativa.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción.....	1 - 4
▪ Marco teórico.....	5 - 16
▪ Materiales y método.....	17 - 23
▪ Resultados y discusión.....	24 - 30
▪ Conclusiones.....	31
▪ Recomendaciones	32
▪ Referencias bibliográficas.....	33-38
▪ Anexos.....	39-44

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se reconocen, cada vez más, como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. El incremento de las tasas de mortalidad y la prevalencia de factores de riesgo (FR) observadas en Asia, África y América Latina, son los más importantes indicadores de la magnitud de la epidemia que está por venir. Por otra parte, la rápida y continua disminución en las ECV en la mayoría de los países industrializados, es una buena evidencia de la efectividad de las actuales estrategias diseñadas para su prevención y control. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2002 el 12.6% de las muertes a nivel mundial se debieron a una enfermedad cardiovascular, que es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo, después del SIDA e infecciones respiratorias bajas(1)

La cardiopatía coronaria y el accidente cerebrovascular han sido señalados como causa principal de muerte en la población adulta de Perú, en relación directa con factores de riesgo como obesidad, diabetes (DM), hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia y tabaquismo. La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM). (2)

Se estima que en las próximas décadas en el Perú ocurrirá un incremento notable de la población adulta y de las tasas de morbilidad por enfermedades crónicas. Diversos estudios han demostrado, por otro lado, que la DM, la intolerancia a la glucosa, la HTA, el tabaquismo y la hipocolesterolemia son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta.(3)

En la Argentina, en el año 2003, sobre un total de 302.064 muertes, 95.090 se produjeron por causas cardiovasculares y 54.949 por cáncer. Ambas causas reúnen el 52% de las muertes. No obstante, las ENT son prevenibles y contamos con evidencia consistente sobre la eficacia de intervenciones tanto de promoción como de prevención y tratamiento que justifican llevar a cabo acciones de política

pública. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria basada en determinantes sociales y factores de riesgo (FR) se considera la estrategia con mejor relación costo-efectividad y más sostenible y financiable para afrontar esta epidemia mundial. (4)

Las enfermedades cardiovasculares constituyen desde hace muchos años la primera causa de muerte en el país. Entre ellas, la cardiopatía isquémica es la responsable de más del 80 % de estos fallecimientos, y por sí sola, de casi el 25 % de nuestra tasa de mortalidad. La magnitud de este problema va en aumento, debido al incremento de las expectativas de vida de la población cubana, y al hecho de diagnosticarse en edades cada vez más tempranas de la vida.(5,6)

Aunque la mortalidad y morbilidad cardiovascular en Cuba tiene valores similares a los de países occidentales, en general, su tendencia es a aumentar en las próximas décadas, por lo que resulta necesario aplicar estrategias preventivas, entre las que se destaca la identificación y modificación de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, y con ello, prever su aparición así como la muerte prematura por su causa. Lo anterior contribuye al cumplimiento de los propósitos de las proyecciones de salud de Cuba, para el año 2015, de reducir la mortalidad por enfermedad coronaria en el 15 %, con un impacto positivo en la calidad de vida de la población. (7)

Los factores de riesgo cardiovasculares se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje correcto de la prevención cardiovascular requiere la valoración conjunta de dichos factores. Desde el año 1986, se conoce que la capacidad predicativa del riesgo coronario es superior a la que se establece por la consideración aislada de los factores de riesgo cardiovasculares. (8)

Son varias las circunstancias que condicionan la necesidad de establecer un orden de prioridades en el marco de la prevención cardiovascular en el primer nivel de atención, entre ellos, la alta prevalencia de los factores de riesgo y la elevada demanda asistencial de los pacientes en un Sistema Nacional de Salud universal y gratuito como el cubano, los discretos resultados de las intervenciones realizadas por el personal sanitario, al valorar la repercusión de estos factores

sobre la población general y en pacientes de bajo riesgo, y por último, las limitaciones de los estudios para evaluar el control de los factores de riesgo.(9)

La forma, más razonable y costo-efectiva, de determinar las prioridades de prevención es por medio de la estimación del riesgo coronario, ya que este establece la asignación de los recursos en función de las necesidades, entendiendo como tales el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria. La finalidad de establecer prioridades, según el riesgo coronario detectado, ofrece la posibilidad de actuar sobre un grupo poblacional de alto riesgo, donde el beneficio absoluto de las intervenciones es mayor. (10)

No obstante, las enfermedades no transmisibles son prevenibles y contamos con evidencia consistente sobre la eficacia de intervenciones tanto de promoción como de prevención y tratamiento que justifican llevar a cabo acciones de política pública. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria basada en determinantes sociales y factores de riesgo (FR) se considera la estrategia con mejor relación costo-efectividad y más sostenible y financiable para afrontar esta epidemia mundial. (11)

En la provincia de Ciego de Ávila en la actualidad y por recientes estudios realizados se constata un promedio de 8476 pacientes con cardiopatía isquémica, 3800 del sexo masculino, 4676 del sexo femenino, de ellos con infarto agudo de miocardio 251 del sexo masculino 182 del sexo masculino.

En el municipio de Morón en el presente año existe un total global de 806 pacientes con cardiopatía isquémica en la población geriátrica, además en la revisión efectuada al análisis integral de la situación de salud del quinquenio 2006-2010 se pudo constatar un aumento de los factores de riesgo coronario, con 220 paciente portadores de cardiopatía isquémica para un 14,2% dentro de esta población geriátrica, por solo describir la situación de los dos últimos años, también se han incrementado las dietas que expiden los médicos de familia a causa de enfermedades como la diabetes y la dislipidemia, fundamentalmente, en personas que se encuentran en las etapas media e involutiva de la vida; las tasas de incidencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, han ascendido progresivamente en ambos sexos. El

tabaquismo también ha aumentado, tanto los consumidores abusivos como los dependientes de la nicotina, esta realidad hay que adicionar el envejecimiento acelerado de la población. Por otra parte, las estrategias de intervención comunitaria destinadas a modificar los factores de riesgo asociados al estilo de vida o al comportamiento, si bien no son escasas, han mostrado irregularidades en su aplicación y evaluación, por lo que han continuado incidiendo desfavorablemente, en la comunidad. Por todo lo anterior expuesto es que se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la disminución de los factores de riesgo coronario en el adulto mayor?

Objetivo general:

Proponer una estrategia de intervención destinada a la disminución de los factores de riesgos coronarios en adultos mayores pertenecientes al consultorio 18 del área norte del municipio Morón.

Objetivos específicos

1. Fundamentar los sustentos teóricos relacionados con los factores de riesgos coronarios en adultos mayores.
2. Distribuir a los pacientes según: grupo de edad, sexo y raza.
3. Identificar factores de riesgo coronario en la muestra seleccionada.
4. Diseñar una estrategia de intervención que contribuya a la disminución de los factores de riesgo coronario en adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

El síndrome coronario agudo (SCA) hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la obstrucción de las arterias coronarias. El síntoma más común que indica diagnóstico de SCA es dolor precordial, generalmente irradiando hacia el brazo izquierdo o el ángulo de la mandíbula, de tipo opresivo, compresivo, y asociado a náuseas y sudoración. Generalmente ocurre como resultado de uno de tres problemas: infarto agudo de miocardio con ST elevado (30%), infarto agudo de miocardio sin ST elevado (25%), o angina inestable (38%). (12)

Estos tres tipos reciben el nombre de acuerdo con la apariencia del electrocardiograma (ECG/EKG) como “infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST” (NSTEMI) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (2). Pueden existir algunas variaciones en cuanto a cuales formas del infarto del miocardio (MI) son clasificadas como síndrome coronario agudo. (13)

El SCA debe de ser distinguido de la angina estable, que se desarrolla durante esfuerzo físico y se soluciona con descanso. En contraste con la angina estable, la angina inestable ocurre inesperadamente, a menudo en reposo o con mínimo esfuerzo, o en menor grado de esfuerzo que la angina previa del individuo (“crescendo angina”). La aparición nueva de angina es también considerada como angina inestable, puesto que sugiere un nuevo problema en una arteria coronaria. A pesar que el SCA es usualmente asociado con trombosis coronaria, también puede ser asociado con uso de cocaína. (14)

El dolor cardíaco en el pecho también puede ser causado por anemia, bradicardia (frecuencia cardíaca excesivamente lenta) o taquicardia (frecuencia cardíaca excesivamente rápida). El signo cardinal del flujo sanguíneo disminuido hacia el corazón es dolor en el pecho. En muchos casos, la sensación es “atípica”, puesto que el dolor se expresa de forma diferente o incluso estando completamente ausente (más común en pacientes de sexo femenino y aquellos con diabetes). Algunas personas reportan palpitaciones, ansiedad, o un sentimiento de muerte inminente y la sensación de estar muy enfermos. La descripción de dolor en el

pecho, como presión, tiene poca utilidad en el diagnóstico porque no es específico para el SCA. (15)

En el caso de dolor agudo en el pecho, el electrocardiograma es la investigación que distingue con mayor fiabilidad entre las causas. Si indica daño agudo al corazón (elevación del “segmento ST”, nuevo bloqueo de la rama izquierda), el tratamiento para un infarto cardiaco en la forma de angioplastia o trombólisis se indica de manera inmediata. En ausencia de estos cambios, no es posible distinguir de manera inmediata entre la angina inestable y el NSTEMI. (16)

El síndrome coronario agudo recurrentemente refleja un grado de daño a las coronarias por arterioesclerosis. La prevención primaria de la arterioesclerosis es controlar los factores de riesgo: alimentación saludable, ejercicio, tratamiento para la hipertensión y la diabetes, evitar el fumar y controlar los niveles de colesterol; en pacientes con factores de riesgo significativos, la aspirina ha demostrado reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. La prevención secundaria es discutiva en infarto del miocardio. Después de una prohibición de fumar en lugares públicos cerrados se implementara en Escocia en marzo 2006, hubo una reducción del 17% en admisiones hospitalarias por síndrome coronario agudo. El 67% de la disminución ocurrió en no fumadores. (17,18)

Las enfermedades cardiovasculares constituyen desde hace muchos años la primera causa de muerte en el país. En el año 2011 se informaron 23.796 defunciones por las autoridades de salud y dentro de ellas, 16.435 muertes correspondieron a enfermos de cardiopatía isquémica, lo que representa el 72,33%. En Estados Unidos la incidencia anual de infartos miocárdicos agudos es de 865.000, de los cuales 500.000 son con elevación del segmento ST. La mortalidad en los pacientes con infarto ha disminuido substancialmente en los últimos 20 años; sin embargo, es importante señalar que hasta un tercio de los pacientes con esta enfermedad, que pudieron haber recibido tratamiento de reperfusión, no son tratados en forma aguda, y esta proporción es mucho mayor en Latinoamérica. El tratamiento de reperfusión de la arteria coronaria involucrada, administrado oportunamente, ya sea mediante fibrinólisis o angioplastia primaria, se ha establecido como el tratamiento de elección en estos pacientes. (19)

Los factores de riesgo cardiovascular (FRC) son características biológicas que aumentan la probabilidad de padecer la enfermedad en aquellos individuos que los presentan. Los FRC mayores son aquellos para los que se ha demostrado un papel causal independiente y cuantificable, y han mostrado una fuerte asociación con la enfermedad cardiovascular, así como gran prevalencia en la población. Por razones de impacto poblacional deben priorizarse las intervenciones sobre aquellos FRC que sean más prevalentes, modificables y cuya corrección haya demostrado disminuir, en mayor grado, el riesgo cardiovascular. Por tanto, hay que tener en cuenta especialmente.(7,8) el tabaquismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, la obesidad y el sedentarismo(20)

El envejecimiento de la población en todo el mundo dará lugar a un número creciente de pacientes ancianos, en los que la cardiopatía es la principal causa de muerte. Las alteraciones de la fisiología cardiovascular con el envejecimiento normal y las comorbilidades causan diferencias en los problemas cardíacos y en la respuesta a los tratamientos en los pacientes ancianos. Los objetivos de la asistencia centrados en el paciente, como el mantenimiento de la independencia y la reducción de los síntomas, pueden ser más prioritarios que el aumento de la longevidad. Es probable que los nuevos tratamientos menos invasivos mejoren los resultados obtenidos en pacientes ancianos en los que antes se consideraba que el riesgo de los procedimientos tradicionales impedía su aplicación. (21,22)

En 2000, el 12% de la población de Estados Unidos tenía una edad superior a 65 años, y la previsión para el año 2030 es que aumente hasta el 20%; los individuos de más de 85 años constituían el 27% de este segmento de la población de mayor edad. La primera causa de muerte de las personas de más de 65 años es la cardiopatía, que plantea considerables dificultades para el diagnóstico y el tratamiento. La asistencia de los pacientes ancianos con trastornos cardíacos tiene múltiples diferencias importantes respecto a la de los pacientes de menor edad con los mismos diagnósticos. (23)

La población mundial de mayores de 60 años es el grupo etario de crecimiento más rápido, que en los próximos años, vivirá mayoritariamente en países menos

desarrollados. En materia de prevención cardiovascular en el adulto mayor, se debe considerar la implementación de políticas públicas que tengan impacto a nivel poblacional, además de estrategias de prevención primaria en pacientes de alto riesgo, y de prevención secundaria. (24)

En prevención primaria y secundaria, resultan importantes los cambios en el estilo de vida, la actividad física regular, la dieta mediterránea, medidas de prevención de la Cardiopatía coronaria y del Accidente cerebrovascular, el control criterioso de los factores de riesgo cardiovascular especialmente Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, y el uso de fármacos como la Aspirina y las estatinas. Se debería implementar más ampliamente la Prevención cardiovascular en el adulto mayor, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de este segmento creciente de población.(25)

Las personas que presentan el SCA normalmente son tratadas con aspirina, clopidogrel, nitroglicerina entre otras. Si persiste dolor de pecho se trata con morfina. Otros analgésicos como el óxido nitroso son de beneficio desconocido. El tiempo estándar de administración trombolítica de acuerdo al Colegio Americano de Cardiología demuestra que el tiempo es de 30 minutos, y si la lesión se debe a un globo coronario cutáneo es de 90 minutos en promedio. Se encontró que la trombólisis que tiene una cierta relación directa con el STEMI, en comparación al PCI con el control de caso. (26)

La manera de los marcadores de diagnóstico es identificar a pacientes que presentan el SCA cuando no hay evidencia de una lesión en el musculo del corazón. La Isquemia de la albumina modificada (IMA), en los casos de isquemia en la albumina se dirigen al cambio conformacional y la pérdida de la lesión para la congestión transicional de metales como el cobalto el acero. IMA puede ser usado para la proporción modificada de albumina en una isquemia. Los diagnosticas de isquemia ocurren a la par el diagnostico. MPO, Se refiere a los niveles circulantes de MPO, una enzima leucocitica que eleva SCA y puede usarse como un marcador para esta condición. La troponina es un marcador cardíaco para la SCA. La respuesta del diagnóstico se ve reflejada en los diferentes componentes de la patología y fisiología de la SCA, por ejemplo: El

péptido Natriuretico y el Natriuretico atrial y el cerebral son usados para predecir el riesgo de muerte por el SCA. (27)

La cardiopatía isquémica es una designación genérica para un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La isquemia es debida a una obstrucción del riego arterial al músculo cardíaco y causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP y un acúmulo anormal de productos de desecho del metabolismo celular. El estrechamiento de las arterias coronarias que irrigan el corazón ocurre fundamentalmente por la proliferación de músculo liso y el depósito irreversible de lípidos, especialmente ésteres y cristales de colesterol. La lesión principal sobre el interior de los vasos sanguíneos del corazón se denomina *placa de ateroma*, rodeada por una capa de fibrosis. (28,29)

La angina de pecho es una de las consecuencias clínicas de la isquemia miocárdica en donde el flujo sanguíneo de las arterias coronarias ha disminuido, produciendo una isquemia a nivel del músculo cardíaco cuando la demanda de oxígeno de este es superior al aporte, que se traduce en dolor torácico, pero que si se vuelve a llegar a un equilibrio entre aporte y demanda, esta situación revertirá. De manera que la principal característica de la angina de pecho es la precipitación del dolor con el ejercicio físico. Otros factores relacionados a un aumento de la demanda de oxígeno al miocardio pueden producir angina de pecho, incluyendo la alteración emocional o el caminar en un clima frío. (30,31)

El infarto agudo de miocardio es otra consecuencia clínica de la cardiopatía isquémica, donde el flujo coronario ha disminuido totalmente, por lo que los aportes de oxígeno y nutrientes a las células cesan y estas mueren, proceso llamado necrosis, por lo que esta situación es irreversible y el tejido muerto o necrosado ya no se recupera, sino que se crea un tejido cicatrizal y afuncional. Un infarto puede aparecer por obstrucción de la arteria por un trombo o por espasmo de la arteria. Además del dolor de pecho, un infarto suele aparecer acompañado de náuseas, vómitos, sudoración profusa y dificultad para respirar. (32)

Aproximadamente un tercio de los pacientes con cardiopatía isquémica progresan a una muerte súbita sin antecedentes de angina de pecho ni de infarto de miocardio previo. La mayoría de los casos se deben a trastornos del ritmo cardíaco a nivel ventricular.

Estas se pueden agrupar en cuatro grandes grupos o categorías, las cuales son:

Angina de pecho: en donde la obstrucción del riego arterial no es lo suficientemente persistente como para causar muerte del tejido muscular cardíaco; hay tres tipos que son la angina estable, la de Prinzmetal y la inestable (pre-infarto).

Infarto del miocardio: en este caso la obstrucción del riego arterial es lo suficientemente duradera o persistente como para causar necrosis tisular isquémica del miocardio.

Cardiopatía isquémica crónica: son pacientes que generalmente han sufrido uno o más ataques cardíacos y han sobrevivido a ellos, pero continúan teniendo problemas cardíacos debido a que la parte del miocardio que no se infartó, se hipertrofia para suplir las necesidades del organismo y esto a su vez causa un aumento en la demanda cardíaca debido al aumento de tamaño y de los componentes estructurales de las células cardíacas (hipertrofia), trayendo más problemas porque no se podrá suplir adecuadamente al corazón debido a la obstrucción coronaria. Estos pacientes constituyen el 50% de los que reciben trasplantes cardíacos (Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional 7ma. edición, Kumar, Abbas y Fausto).

Muerte súbita cardíaca: Es el paro cardíaco en el cual se presentaron síntomas en una hora antes de la muerte, o no se presentaron nunca. Causas: aterosclerosis coronaria, estenosis aórtica, hipertensión sistémica, comúnmente arritmias letales (asistólicas y fibrilación ventricular) y Síndrome de Romano-Ward. (33)

Se argumenta en la actualidad que aquellos pacientes con cuadros de hipertensión arterial ligera o estadio I y II cuyo control de la presión arterial sea excelente durante un año y, al menos durante las últimas cuatro consultas, la medicación antihipertensiva puede ser descontinuada de forma lenta y progresiva, siempre que mantenga las medidas no farmacológicas como restricción de sal,

reducción de peso y reducción de alcohol lo cual hace patente la importancia de la prevención de la hipertensión arterial y el impacto de la modificación de estilo de vida sobre la presión arterial. (34)

El tabaquismo constituye un factor de riesgo importante y se ha demostrado que por diferentes mecanismos afecta la salud del hombre, el efecto vasoconstrictor y taquicardisante de la nicotina, el aceleramiento de la ateromatosis son aspectos que inducen a que el cigarro y el tabaco causen daños cardiovascular, los fumadores tienen más del 50% riesgo de enfermedad coronaria que aquellos que no fuman. El fumar aumenta los niveles de monóxido de carbono en la sangre lo que causa daño en el endotelio de los vasos sanguíneos. El tabaco también aumenta la adhesividad de las plaquetas circulantes. El abandono del hábito tabáquico siempre mejora el estado de salud. (35)

La diabetes Mellitus por otra parte constituye otro factor de riesgo mayor, que afecta a los pacientes de la tercera edad, aumenta el riesgo de coronariopatías, especialmente en mujeres, porque la enfermedad aumenta la adhesividad de las plaquetas y aumenta el nivel de colesterol sanguíneo. El enfoque es controlando los niveles de glucemia se puede mejorar la evolución de la cardiopatía isquemia.

La alteración del metabolismo de los glúcidos, grasas y proteínas causan serios disturbios en la macrocirculación y microcirculación y en órganos diana (corazón, cerebro, riñón). (36)

La ingestión excesiva de sal, sin duda, constituye otro factor de riesgo importante, lo cual está en relación con la estimulación del mecanismo renina-angiotensina-aldosterona a nivel renal, si a la vez esto se asocia a la ingestión de grasa propicia un aumento de los triglicéridos del colesterol y lípidos totales en general constituyendo otro factor de riesgo mayor para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Numerosos estudios observacionales o aleatorios algunos de los cuales datan más de 60 años, han señalado la estrecha relación que existe entre la dieta y el nivel medio de colesterol total del suero. Las poblaciones con alto consumo calórico de grasas saturadas y colesterol, poseen niveles séricos más alto que los consume pocas calorías provenientes de estos compuestos (37).

Varios estudios han demostrado que las personas con un alto nivel sérico de colesterol tienen un mayor riesgo de padecer de aterosclerosis comparadas con aquellas que lo tienen normal. Además una disminución del colesterol total en grupos o muestras de población, ya sea a causa de cambios en los hábitos de vida o del tratamiento con medicamentos reduce la tasa de mortalidad por esta enfermedad.

Los niveles altos de colesterol en la sangre se pueden disminuir con dieta, disminución de la obesidad, ejercicio físico y en la mayoría de los casos con fármacos. (38)

No puede dejar de mencionar el alcoholismo que causa frecuentes disturbios en diferentes aspectos de la vida diaria desde el punto de vista físico y social tales como accidentes de tránsito, laboral, así como homicidio, robo, otros delitos, destrucciones familiares y desequilibrios económicos, además de las múltiples afecciones en el aparato digestivo tales como (cáncer bucal, cáncer de esófago, pancreatopatías, entre otras, así afecciones neurológicas con secuelas de por vida por el abuso continuado de esta droga (alcohol).

La causa más frecuente de la alteración de las arterias coronarias es la arterioesclerosis (por eso también se le denomina a la cardiopatía isquémica arteriopatía coronaria), es decir el endurecimiento y engrosamiento anormal de la pared de las arterias, que tienden a obstruirse o la aterosclerosis, un tipo de arterioesclerosis que se produce por el depósito de sustancias en el interior del vaso sanguíneo en forma de placas de ateromas que reducen la luz de la arteria, por lo que disminuyen el flujo de sangre que la arteria puede transportar al miocardio. Estas dos situaciones dificultan la llegada de la sangre a las células del corazón, que son muy sensibles a la disminución del aporte de sangre. Así, la cantidad de oxígeno que llega al corazón es insuficiente y se manifiesta la enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica. (39)

Existen dos teorías para explicar el origen de las placas de ateroma que causan la obstrucción característica de la enfermedad isquémica del corazón.

En la primera teoría, el mecanismo está fundamentado en una respuesta del lecho vascular a la injuria. Esta teoría provee que ciertas lesiones, incluyendo la

hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, provocan estímulos que causan daño al endotelio, que es la capa que circunda las arterias. El resultado es la liberación de factores de crecimiento que causan la proliferación y crecimiento del músculo liso arterial y la migración de macrófagos a la pared vascular. Al mismo tiempo, el endotelio lesionado se vuelve permeable, admitiendo la entrada de colesterol y lípidos en su túnica íntima. Estos cambios conllevan a la aparición de la placa de ateroma, el cual compromete el diámetro de la luz de la arteria. Si la placa se agrieta o se vuelve rugosa, permite la activación de plaquetas que conlleva a la formación de trombos, empeorando la obstrucción. Una segunda teoría, especialmente aplicable en mujeres, especula que las células del músculo liso en una placa aterosclerótica contienen a la enzima Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6FD), lo que sugiere un origen monoclonal a estas células. Es decir, un estímulo—probablemente una lesión—produce una proliferación sostenida a partir de una sola célula, por lo que la teoría ha venido a llamarse *teoría neoplásica*.

El deterioro del sistema por el envejecimiento, el proceso aterogénesis a nivel del árbol vascular coronario y el vasoespasmo, muchas veces solo o asociado, crean un desbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno (O₂) y nutriente al músculo cardíaco y aparece la isquemia, la cual si sobrepasa el umbral del organismo puede llegar a la necrosis y dentro de ella consideramos con más fuerza la angina de pecho y el infarto del miocardio, las cuales incluiremos en nuestro trabajo. (40)

El paciente adulto mayor tolera un grado mayor de isquemia, gracias al desarrollo de una red colateral adecuada. La falla miocárdica (insuficiencia) del corazón como bomba es el evento cardíaco más frecuentes que afecta a los adultos mayores.

La misma cardiopatía isquémica puede secundariamente inducir a la insuficiencia cardíaca. Existe otro grupo de afecciones que también llevan a la insuficiencia cardíaca, los trastornos del ritmo, miocardiopatías, valvulopatías, etc., son causas primarias de que el corazón se haga insuficiente. (41)

En las personas de edad avanzada las enfermedades cardiovasculares ofrecen características especiales relacionadas con el envejecimiento, la múltiple morbilidad del corazón y de los vasos sanguíneos y el enfermo en su conjunto. A medida que una persona envejece el corazón experimenta distintas alteraciones como es incremento de la rigidez de la pared miocárdica debido al aumento del tejido colágeno. Simultáneamente las paredes de la aorta y de otras arterias se hacen progresivamente más rígidas. Estas consecuencias del envejecimiento normal del sistema cardiovascular originan una lenta pérdida de la reserva funcional del corazón, responsable con gran medida de la disminución del ajuste cardiovascular al esfuerzo físico característico de la edad avanzada. (42)

Las enfermedades cardiovasculares en el anciano difieren un poco en términos generales de las observadas en la población más joven, pero estas presentan rasgos específicos que pueden hacer difícil la interpretación del cuadro clínico y su tratamiento debe ajustarse a las medidas terapéuticas generales establecidas para los pacientes de la llamada tercera edad.

Sin embargo en el paciente geriátrico el IAM tiene sus particularidades, al igual que la angina puede presentarse con dolor torácico junto a los hallazgos clínicos habituales, pero en un 15% de los infartos de este grupo de edad existe la tendencia manifestarse de forma diferente más frecuente que el dolor, la forma clínica de presentarse es la disnea, el edema pulmonar y la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), en ocasiones el infarto silente con sintomatología cardiaca mínima o nula y cuadro de diaforesis, palidez, hipertensión, intensificación de la insuficiencia cardiaca previa, confusión mental, dificultad respiratoria, tos nocturna o agitación constante con desorientación. (43)

Estos factores de riesgo no dejan ajeno al resto de los sistemas arteriales y los accidentes cerebrovasculares son otro grupo de enfermedades, muy comunes en la tercera edad, que aparecen por influencia de estos factores coronarios. ()

La esperanza de vida es la edad hasta la que sobrevive el individuo medio (en términos de edad) de una cohorte de población. Puesto que casi todos los países económicamente desarrollados tienen esperanzas de vida al nacer superiores a

65 años, más de la mitad de todas las muertes se producen a los 65 años o después.

Así pues, las causas de muerte en este estrato de edad dominan el total de causas. Ello significa que es imprescindible estudiar las causas de muerte y discapacidad de cada etapa de la vida por separado a fin de orientar los esfuerzos de prevención en etapas anteriores del ciclo vital. Por tanto, no sorprende que las tasas brutas de mortalidad de los países, que dependen en gran medida de las muertes de los ancianos, muestren que las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, son las principales causas de muerte en casi todas las regiones del mundo, tanto en los países económicamente evolucionados como en los que todavía se encuentran en las primeras etapas de su evolución económica.

La mortalidad se acelera a medida que transcurren los decenios de la vida. A partir de los 25 a 34 años de edad, las tasas de mortalidad por todas las causas se duplican con cada decenio sucesivo, tanto en los hombres como en las mujeres, en casi todos los países. En cada decenio, las tasas de mortalidad de los hombres (por 100 000 habitantes) son siempre superiores a las de las mujeres. El factor multiplicador por decenio es incluso superior para algunas de estas causas. En casi todos los países, la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares es de dos a tres veces mayor a los 65 años que a los 55 y aumenta de nuevo de cuatro a cinco veces a partir de los 75 años. Las tasas de accidentes cerebrovasculares muestran una aceleración similar a partir de los 55 años. Todo ello significa que las tasas de mortalidad se aceleran entre 10 y 15 veces durante los tres o cuatro últimos decenios del ciclo vital.

Esta información sobre la aceleración de las tasas de mortalidad que acompañan el envejecimiento, revela tres hechos importantes:

- El rápido incremento de la vulnerabilidad en los ancianos.
- Las ganancias sociales potenciales que producirían programas efectivos de prevención temprana. Estos programas podrían retrasar esta oleada de enfermedad y muerte hasta etapas posteriores en el ciclo vital.

- El enorme incremento de los costos de atención médica y en hogares de ancianos para el gran número de ancianos que permanecen discapacitados y dependientes, a menudo durante años, antes de morir de su enfermedad.
- (45)

MATERIAL Y METODO.

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo, con el fin de proponer una estrategia de intervención con enfoque comunicativo destinada a la disminución de los factores de riesgo coronario en adultos mayores pertenecientes al consultorio # 18 zona norte del municipio Morón, en el período comprendido entre octubre del 2016 a mayo del 2018.

Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por 225 de adultos mayores pertenecientes al consultorio # 18 zona norte del municipio Morón, quedando constituida la muestra por 193 adultos mayores con factores de riesgos coronarios, utilizándose para la selección de la muestra el método no probabilístico intencional, además se determinaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores activos incorporados en los círculos de abuelos.
- Adultos mayores que no tengan discapacidad mental y se encuentren en plenas facultades mentales para poder contribuir con el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no ofrecieron su consentimiento para participar en el estudio.
- Adultos mayores que en el momento de realizar el estudio se encontraban fuera del área de salud (hospitalizados, traslado transitorio al hogar de familiares u otras causas).

Métodos para la obtención de información.

Métodos Teóricos:

- **Histórico - Lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su surgimiento hasta la actualidad.
- **Analítico-sintético:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos Empíricos:

Análisis documental (historias clínicas): permitió realizar una revisión de las historias clínicas de cada paciente, de donde se obtuvieron los datos, según fecha de la última consulta, menor o igual a seis meses, de variables epidemiológicas como la edad, el sexo y los antecedentes personales de tabaquismo y diabetes mellitus; clínicas como la tensión arterial sistólica, y de laboratorio como las cifras de colesterol total. (anexo 1)

Encuesta: con el fin de obtener información necesaria para la realización del diagnóstico inicial que permitirá realizar la propuesta de la estrategia de intervención. (Anexo 2)

Principales dimensiones e indicadores:

Estrategia de intervención con enfoque comunicativo: Sistema de actividades efectivas para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.(46)

VARIABLE	TIPO	DESCRIPCIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua	Edad alcanzada según carné de identidad	-De 60-64 -65 -69 -70-74 -75 y más	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según sexo
Color de la piel	Cualitativa nominal	Blanca Negra Mestiza	Según color de la piel	Número y porcentaje según color de la piel
Presencia de Hipertensión Arterial	Cualitativa nominal politómica	- Hipertensión sistólica cifras de TAS superiores a 140 mmHg y de TAD inferiores a 90 mmHg Hipertensión sistólica aislada (HSA) se clasifica en: – HSA límite,	Diagnóstico o tratamiento hipotensor previo	Número y porcentaje

		con cifras tensionales de 140-159 mmHg de TAS y menos de 90 mmHg de TAD. – HSA clásica, con TAS de más de 160 mmHg. – HSA desproporcionada; presenta cifras de TAS de 200 mmHg o más y TAD de 90 mmHg o más.		
Diabetes Mellitus	Cualitativa nominal politómica	-Si -No -Tipo	Diagnóstico o tratamiento hipoglicemiante previo.	Número y por ciento
Factores hereditarios	Cualitativa nominal dicotómica	-Si -No	-Si cuando existen antecedentes de enfermedad coronaria -No cuando no existen antecedentes de enfermedad coronaria	Número y por ciento
Hábito de fumar	Cualitativa nominal politómica	-No fuma -Si fuma -Cuántos cigarrillos diarios		Números y por ciento según responda el ítem en la encuesta
Ingestión de bebidas alcohólicas	Cualitativa nominal politómica	-No ingiere bebidas alcohólicas - Algunas veces ingiere bebidas alcohólicas - Todos los días ingiere bebidas alcohólicas		Números y por ciento según responda el ítem en la encuesta
Ingestión de sal	Cualitativa nominal Dicotómica	-Consumen alimentos con exceso de sal - Consumen alimentos utilizando		Números y por ciento según responda el ítem en la

		poca sal - Consumen alimentos no utilizando sal		encuesta
Ingestión de grasas saturadas	Cualitativa nominal Dicotómica	-Consume aceite vegetal -Consume grasa animal		Números y porcentaje según responda el ítem en la encuesta
Niveles de Colesterol	Cualitativa nominal Dicotómica	-Alto -Normal -Bajo	-7.5 mmol/l 8.2 mmol/l -5.3 mmol/l	Números y porcentaje según niveles de colesterol en sangre
Evaluación nutricional	Cualitativa nominal Dicotómica	-Normopeso -Sobrepeso -Obesidad -Obesidad mórbida	-IMC 20- 24.9 -IMC 25.0-29.9 -IMC 30-39.9 IMC > 40	
Sedentarismo	Cualitativa nominal Dicotómica	-Práctica ejercicios físicos -Práctica poco ejercicio físico -No Práctica ejercicios físicos		Números y porcentaje según responda el ítem en la encuesta
Actitud del Adulto Mayor ante el cambio	Cualitativa nominal politómica	-Desea cambiar todo lo que le hace daño a su salud -No desea cambiar		Números y porcentaje según responda el ítem en la encuesta

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Para el procesamiento de los resultados de los métodos y técnicas que se aplicaron para tratamiento cualitativo y cuantitativo de la información, las interpretaciones y las valoraciones de los resultados obtenidos, a partir de la cual se llegó a generalizaciones sobre el estado actual de la utilización de la estrategia. Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva para la confección de tablas y la aplicación del cálculo porcentual para expresar los resultados de la investigación.

Recolección de datos

Se revisó el total de historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. La evaluación estadística se realizó con el programa SPSS 20,0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizó la media, mediana y desviación estándar para el procesamiento de las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas.

Aspectos éticos: Los datos recogidos forman parte de la historia clínica de los pacientes. En esta investigación no se reveló ningún dato que permita reconocer a ningún paciente participante. Se cumplieron con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante. La utilización de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos. Se emitieron conclusiones en correspondencia con los objetivos y recomendaciones. Se cumplió con los principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia, y el de justicia.

Fundamentación de la estrategia

Se confeccionó el consentimiento informado (anexo 3) y fue entregado a todos los adultos mayores que formaron parte de la muestra para que lo firmaran y se les explicó que en un futuro si no quieren continuar formando parte del estudio no hay problemas, además se elaboró y aplicó una encuesta inicial que recoge las necesidades de aprendizaje relacionadas con los factores de riesgos modificables en el riesgo coronario. Una vez diagnosticadas en los adultos mayores sus necesidades se diseñó y se propone una estrategia de intervención con enfoque comunicativo que consta de actividades teóricas y prácticas, la misma fue validada por un especialista. (Anexo4)

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la realidad existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con medidas organizativas, objetivos, acciones a desarrollar en determinado plazo de tiempo, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas.

De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas, planificadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica, las cuales deben ejecutarse en un plazo de tiempo predeterminado y que permitan

la evaluación de los resultados obtenidos.

Se plantea en la investigación que la estrategia de intervención propuesta tiene un enfoque comunicativo, porque en ella se ofrecen acciones donde se aprecia la funcionalidad del lenguaje, además cumplen con los principios del enfoque comunicativo propuestos por Ruiz Iglesias. (46)

Para la estructuración de la estrategia de intervención con enfoque comunicativo y la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como base las ciencias filosóficas y sociológicas, así como la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

La estrategia tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo. En el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo.

La estrategia de intervención se diseña a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar el nivel de conocimiento que posee el sujeto, pero también de sus intereses, motivaciones y necesidades.

La estrategia de intervención con enfoque comunicativo diseñada consta de la siguiente estructura:

- Objetivo general: Elaborado tomando en consideración las necesidades reales detectadas en el diagnóstico inicial.
- Objetivos específicos: Elaborado sobre la base de las aspiraciones a alcanzar en cada una de las acciones a desarrollar.
- Acciones: Planificadas de manera tal que abarquen las temáticas más actuales sobre riesgo coronario. Todas las acciones se encuentran estrechamente relacionadas de forma tal que se complementan unas a otras, se desarrollarán de forma sencilla y se empleará un lenguaje claro y sencillo.
- Formas organizativas: Posibilitarán el desarrollo armónico y concreto de las acciones que se proponen en aras de una mayor organización.

- Tiempo: Permitirá hacer uso adecuado del tiempo para no agobiar a los adultos mayores.

Esta investigación responde a las acciones de un proyecto de investigación institucional aprobado y el cual se encuentra en ejecución desde el mes de octubre de 2016, la estrategia diseñada será implementada a partir del mes de septiembre de este año 2018 por otra de las autoras del proyecto de investigación para cumplimentar las acciones definidas en el mismo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad y sexo, en el período comprendido entre octubre de 2016 a mayo de 2018.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	11	12.08	19	18.6	30	15.5
65-69	9	9.9	23	22.5	32	16.6
70-74	14	15.5	12	11.7	26	13.4
75 y más	57	62.6	48	47.05	105	54.4
Total	91	100	102	100	193	100

Fuente: Historias clínicas

La tabla No 1 muestra que de los 193 adultos mayores que participaron en el estudio, el mayor número de pacientes estuvo comprendido entre los 75 años y más, con un total de 105 pacientes en dicho grupo, representando el 54.4% del total de pacientes con riesgo de enfermedad coronaria. Resultados que coinciden con los del estudio de Estañol (47), donde se demuestra que este grupo etario fue el de mayor frecuencia para la aparición de enfermedad coronaria. No siendo así en el estudio realizado por Berenguer (48) donde el grupo etáreo de mayor incidencia fue de adultos de 60 a 70 años.

Tabla 2: Distribución de pacientes según raza.

Raza	No	%
Blanca	101	52.3
Negra	40	20.7
Mestiza	52	26.9
Total	193	100

Fuente: Historias clínicas.

La Tabla No 2 muestra que de los 193 adultos mayores que participaron en el estudio el mayor número de pacientes pertenecen a la raza blanca con un total de 101 para un 52.3%, el valor menos relevante lo representa la raza negra con un total de 40 para un 20.7%. Otros estudios no coinciden con el nuestro como lo es el estudio realizado por el Dr. Martínez (48) donde la raza negra constituye la más frecuente en cuanto a las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 3: Distribución de pacientes según factores de riesgo.

Factores de riesgo coronario	No	%
Hipertensión Arterial	165	85.5
Diabetes Mellitus	64	33.1
Factores hereditarios	53	27.5

Fuente: Historias clínicas.

La tabla No 3 muestra que el principal factor de riesgo coronario encontrado fue la Hipertensión Arterial con un total de 165 pacientes para un 85.5%. Estudios similares al nuestro coinciden en que la hipertensión arterial es el factor de riesgo coronario modificable con el mayor número de casos como es el caso de González (49), no siendo así en otros estudios donde la mayor incidencia encontrada fue la presencia de Diabetes Mellitus por el estudio realizado por Chirino (49).

Tabla 4: Distribución de pacientes según hábitos tóxicos.

Hábito de fumar	No	%
Fuma	137	70.9
No Fuma	56	29.01
Cuántos cigarrillos diarios	20	35.7

Fuente: Encuesta

La Tabla No 4 muestra que del total de pacientes el mayor número estuvo representado por adultos mayores fumadores con un total de 137, representando un 70.9% del estudio, los adultos mayores no fumadores constituyeron un total de 56 para un 29.01%. En estudios realizados por otros autores se demuestra como el hábito de fumar representa el factor de riesgo modificable de mayor prevalencia cada año como lo es el caso de Acosta y De la Rosa (50).

Tabla 5: Distribución de pacientes según ingestión de bebidas alcohólicas.

Ingestión de bebidas alcohólicas	No	%
No ingiere bebidas alcohólicas	177	91.7
Bebedor Ocasional	11	5.7
Bebedor Habitual	5	2.6

Fuente: Encuesta

La Tabla No 5 muestra que el mayor número de pacientes estuvo representado por adultos que no ingieren bebidas alcohólicas con un total de 177, representando un total de 91.7%, los bebedores habituales constituyeron el valor menos representativo con un total de 5 para un 2.6%. Otros estudios no coinciden con el nuestro pues se demuestra como la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo de elevada incidencia en poblaciones adultas como lo constatan en su estudio el autor Novoa de Fuentes (51), en cambio se encontró similitud en el estudio realizado por Linares (52) donde la ingestión de bebidas alcohólicas no representó un factor de riesgo significativo.

Tabla 6: Distribución de pacientes según ingestión de sal.

Ingestión de sal	No	%
Consumen alimentos con exceso de sal	25	12.9
Consumen alimentos utilizando poca sal	168	87.04
Total	193	100

Fuente: Encuesta

La Tabla No 6 muestra que según el estudio el mayor número de adultos mayores consumen alimentos utilizando poca sal con un total de 168 para un 87.04%. Estudios realizados demuestran que el mayor número de pacientes se alimentan utilizando exceso de sal, no siendo así en el estudio realizado por el Dr. Molina (52) donde coincide con los resultados encontrados con nuestro estudio.

Tabla 7: Distribución de pacientes según ingestión de grasas saturadas.

Ingestión de grasas saturadas	No	%
Consume aceite vegetal	31	16.06
Consume grasa animal	162	83.9
Total	193	100

Fuente: Encuesta

La Tabla No 7 muestra que de un total de 193 adultos mayores, 162 representando un 83.9% consumen grasa animal. Otros estudios coinciden con

nuestros resultados, demostrándose el mayor número de personas con una alimentación dañina para la salud como lo demuestra el estudio realizado por Piñera(53) donde este hábito alimenticio es de un alto valor representativo en su estudio.

Tabla 8: Distribución de pacientes según niveles de Colesterol.

Niveles de Colesterol	No	%
Normal	150	77.7
Alto	41	21.2
Bajo	2	1.03
Total	193	100

Fuente: Historia Clínica

La Tabla No 8 muestra que el mayor número de adultos mayores presentaron un nivel de colesterol normal con un total de 150 para un 77.7%. En otros estudios no coinciden con nuestros resultados donde la Hipercolesterolemia representa un factor significativo por el elevado número de adultos que la padecen como el estudio realizado por Peña (54) donde la Hipercolesterolemia representa un factor de riesgo coronario de alta prevalencia y en ascenso en los últimos años.

Tabla 9: Distribución de pacientes según Evaluación Nutricional.

Evaluación Nutricional	No	%
Normopeso	133	68.9
Sobrepeso	39	20.2
Obeso	21	10.9
Total	193	100

Fuente: Historia Clínica

La Tabla No 9 muestra que según la evaluación nutricional el mayor número de adultos estuvo representado por los normopeso con un total de 133 para un 68.9%, siguiéndole en orden de frecuencia los adultos sobrepeso con un total de 39, representando un 20.2%. El estudio realizado por el Dr. Palma (55) coincide con los resultados de esta investigación donde la obesidad no representa un resultado relevante en esta edad, no siendo así en otros estudios donde la obesidad es considerada un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares reflejado así en el estudio realizado por Valladares.

Tabla 10: Distribución de pacientes según la actividad física.

Realización de ejercicios físicos	No	%
Actividad física adecuada	18	9.3
Actividad física moderada	11	5.7
Sedentarios	164	84.9
Total	193	100

Fuente: Encuesta.

La Tabla No 10 muestra que de los adultos mayores que participaron en el estudio el mayor número estuvo representado por los sedentarios con un total de 164 representando un 84.9%. Otros estudios coinciden con el nuestro predominando en alto porcentaje los adultos sedentarios como lo demuestra el Dr. Gutiérrez (56) en su investigación siendo este un factor de riesgo modificable de gran importancia.

Tabla 11: Distribución de pacientes según actitud del Adulto Mayor ante el cambio de lo nocivo para su salud.

Actitud del Adulto Mayor ante el cambio	No	%
Desea cambiar	107	55.4
No desea cambiar	86	44.6
Total	193	100

Fuente: Encuesta.

La Tabla No 11 muestra que de 193 que constituyeron el total e adultos mayores que participaron en el estudio, un total de 107 representando un 55.4% refieren una actitud positiva ante el cambio.

CONCLUSIONES

- 1-En el estudio realizado predominó el sexo femenino sobre el masculino y el grupo etáreo más representado fue el de más de 75 años.
- 2- La raza blanca representó la de mayor frecuencia en los adultos mayores.
- 3-El riesgo coronario de mayor predominio fue la Hipertensión arterial.
- 4-El hábito tóxico mayor representado en la muestra estudiada fue el cigarro, la mayor parte de esta muestra fuman habitualmente y en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas no fue significativo el porcentaje que lo consumen.
- 5-El consumo excesivo de sal estuvo representado por solo una parte no significativa de la muestra, sin embargo fue alto el consumo de grasa animal aunque predominaron los niveles normales de colesterol.
- 6-En cuanto a la evaluación nutricional predominaron los pacientes normopeso y el sedentarismo en cuanto a la realización de actividad física.
- 7-La mayoría de los pacientes manifiestan actitudes de cambios positivas ante la posibilidad de que sea aplicada la estrategia de intervención destinada a la disminución de los factores de riesgo coronario que les permita modificar estilos y modos de vida para potenciar su estado de salud y calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados obtenidos a las autoridades sanitarias del Área Norte de Morón.
- Implementar la estrategia educativa propuesta con la participación de los adultos mayores del CMF 18, perteneciente al Área Norte de Morón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Informe anual MINSAP. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. RevCubMed Gen Integr 2010; 14(6):590-94.
- 2-Subsecretaria de Planeación. Dirección General de Estadística e Informática Mortalidad. México D.; 2008:1-21.
- 3-Villar AF. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). MedClinBarc 2012; 110:321-7.
- 4-Medrano MJ. Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas (1): mortalidad y morbilidad. BolEpidemiolSemanal 2009; 6:149-53.
- 5-Tunstall H, Kuulasmaa K, Mahonen M, et al. Contribution of trends in survival and coronary event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. Lancet 2009; 353:1547-57.
- 6-MINSAP. Mortalidad por enfermedades del Corazón. 1970, 1980, 2001-2003. Cuba. Anuario 2007:1-23.
- 7-Prior GA, Delgado RA. Supervivencia en pacientes con cardiopatía isquémica. RevCubMed 2003; 42(6):<http://scielo.sld.cu>.
- 8-MINSAP. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Cardiopatía isquémica. VII Revisión. Cuba; La Habana 2013.
- Farreras R. Tratado de Medicina Interna. 13ed Ed Doyma. España; Barcelona; 2014.
- 9-Calvo GA, Fernández ML, Guerrero GL, et al. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. RevCubMed Gen Integr 2011;20(3):http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi04304.htm/ cargo.
- 10-Debs PG, de la Noval GR, Dueñas HA, et al. Prevalencia de factores de riesgo coronario en 10 de Octubre. Su evolución a los 5 años RevCubCardiolCirCardiovasc 2012; 15(1):14-20.
- 11-Peñalver HE, Dueñas HA, Dieste SW, et al. Influencia de los factores de riesgo coronario en la incidencia de cardiopatía isquémica. RevCubMed Gen Integr 2010; 15(4):368-371.

12-Raheja BS, Bhoraskar AS, Narang S. Risk factors for coronary heart disease in Asian Indians. *Lancet* 2008; 648(9036):1241-2.

Morera CY, González LM, García HM, et al. Factores de riesgo aterosclerótico y comunidad. *RevCubMed Gen Integr* 2010; 19(2).

13-Tanne D, Haim M, Goldbourt U, et al. Prospective study of serum homocysteine and risk of ischemic stroke among patients with preexisting coronary heart disease. *Stroke* 2011; 34(3): 632-6.

14-Urbina MJ, Camacho SD, Vicenteño AE, et al. Estudio comparativo del tratamiento de la hipercolesterolemia con atorvastatina y con pravastatina. *MedInternMéx* 2009; 17(1):14-17.

15-Pereira RG. Introducción de la determinación del colesterol inmune en la práctica investigativa de la aterosclerosis coronaria. *RevCubInvestBiomed* 2007; 19(3):178-182.

16-Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (ATP III). *JAMA* 2011 285:2486-97.

17-Isser HS, Puri VK, Narain VS, et al. Lipoprotein (a) and lipid levels in young patients with myocardial infarction and their first-degree relatives. *IndianHeart J* 2013; 53:463-6.

18-Capuano V, Bambacaro A, D'Arminio Tet al. Changes in total serum cholesterol for cardiovascular disease. *Eur J Epidemiol* 2011; 18(1):27-32.

Bermúdez V, Cano C, Medina M, et al. Determinación de Lp(a) sérica en individuos de Maracaibo y Casigua el Cubo, Estado Zulia. *ArchVenezFarmacol Ter* 2012; 21(1):117-124.

19-Ferranti SD, Gauvreau K, Ludwig DS, et al. Prevalence of metabolic syndrome in American adolescents. Findings from the third national health and nutrition examination survey. *Circulation* 2014; 110:2494-7.

20-Astrup A. The Metabolic Syndrome. *NEJM* 2009; 354:2735-6.

21-Agramontes PS, Gutiérrez AO, Cordovés SR, et al. Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *RevCubInvestBiomed* 2011;17(3):214-226.

- 22-Torres M, Moayed S (Mayo 2007).«Evaluation of the acutely dyspneic elderly patient» (en inglés).*Clin. Geriatr. Med.*: pp. 307–25, vi.
- 23-Achar SA, Kundu S, Norcross WA (2008). «Diagnosis of acute coronary syndrome». *Am Fam Physician* 72 (1): pp. 119–26. PMID16035692. <http://www.aafp.org/afp/20050701/119.html>.
- 24-Ir a ↑Woo KM, Schneider JI (November 2009). «High-risk chief complaints I: chest pain--the big three». *Emerg. Med. Clin. North Am.* 27 (4): pp. 685–712, x. doi:10.1016/j.emc.2009.07.007. PMID19932401.
- 24-Acute coronary syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care». *Circulation* 122 (18 Suppl 3): pp. S787–817. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971028. PMID20956226.
- 25-Carbalan R. Síndromes coronarios agudos y edad avanzada Rev. Esp. Cardiol 2010, 53 (12): 1561 – 4.
- 26-Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Anuario Estadístico. La Habana, Cuba: MINSAP; 2009 [citado 3 Dic 2010]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/04 /anuario-2009e3.pdf>
- 27-Daniel Ferrante^{†, *}, Mario Virgolini^{*} Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2011: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina revista@sac.org.ar
- 28-Pedro O. Ordúñez García,¹ Richard S. Cooper,² Alfredo D. Espinosa Brito,³ Marcos D. Iraola Ferrer,⁴ José L. Bernal Muñoz⁵ y Yanelis La Rosa Linares ⁶. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control 2014 2010, *Editorial Ciencias Médicas* Ciudad de La Habana, Cuba
- 29-Pérez Martínez V. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2010;26(2):2-3.
- 30-Dr. Luis Manuel Hernández Vázquez, Dra. Tatiana de la Vega Pazitková, Dr. Víctor T. Pérez Martínez, Dr. Erick González Delgado . Riesgo cardiovascular en

pacientes de un consultorio médico del policlínico "Ana Betancourt" . Rev. Cubana Med Gen Integr vol.28 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2012

31-Dueñas HA. Cardiopatía isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2013;8(3):202-13.

32-.Mundial Health Organization.Prevention of CardiovascularDisease.Guidelines for assessment and management of total cardiovascularrisk.Geneva; WHO; 2010.

33-Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Ministerio; 2009.

34-Dueñas Herrera A, Armas Rojas NB, Noval García R de la R. TurciosTrista SE, Milián Hernández A, CabaléVilarino MB. Riesgo cardiovascular total en los trabajadores del Hotel Meliá Cohíba. Rev Cubana Endocrinol. 2011

35-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2009 Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf

36-Cabrera F. Gómez J. J. Ruiz M, Et al mejora de calidad de la atención al paciente con infarto agudo miocardio. Rev. Esp. Cardiol 2001, 54 (1): 43 – 8.

37-Álvarez Sintés .Temas de Medicina General Integral .2da edición. Editorial Ciencias, Médicas. La Habana, 2010

38-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico. 2011.

39-García Agreda OA, Cuéllar Ramírez MA. Ventajas y desventajas de la medición de la presión sanguínea en pacientes del hospital san juan de Dios. [Tesis] Santa Ana: Universidad autónoma de santa Ana, 2015.

40-Quinteros León F. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en el servicio de clínica del hospital Teófilo Dávila. [Tesis] Machala: Universidad Católica de Cuenca, 2012

41-Santana Hernández EE, Pérez Pérez A. Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017 Sep [citado 15 ene 2018]; 33(3): 352-359.

42-Castro Carratalá E. Hipertensión Arterial en las Personas Mayores. [Tesis], 2016.

- 43-León Álvarez JL, Pérez Caballero MD. Un siglo de terapia antihipertensiva. Puesta al día en el siglo XXI. Rev cubana med. 2012 Jun [citado 15 ene 2018]; 51(2): 155-169.
- 44-Rodríguez Batista R, del Cueto Inastrilla E, CasamayorLemai Z, Martínez Felipe M, Barroso Cruz J, González Rubido O. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. RevCubMed Mil. 2010 Mar [citado 15 ene 2018]; 39(1)
- 45-Maestría en Ciencias de la Educación Superior: Selección de lecturas / Gerardo Ramos Serpa... [et al.]. - - Matanzas: Ed. Universidad de Matanzas. 2016. - - 472 p.
- 46-López Ruíz, Margarita. Diseño de capacitación para los miembros de la reserva especial pedagógica de la provincia de Sancti Spíritus. - -96 h. Tesis (Máster en Ciencias Pedagógicas).- - ISP "Félix Varela", Villa Clara, 2016.
- 47-Estañol B, Porras-Betancourt M, Sánchez-Torres G, Martínez-Memije R, Infante O, Sentíes-Madrid H. Control neural de la circulación periférica y de la presión arterial. Arch. Cardiol. Méx. 2009 Dic [citado 15 ene 2018]; 79 (Suppl 2): 109-116.
- 48-Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN. 2016 Nov [citado 15 ene 2018]; 20(11): 2434-2438.
- 49-González Ybarzábal JE, Chirino Ramadán DM. Hipertensión arterial: el diagnóstico del daño en órganos diana en etapa subclínica. GacMédEspirit. 2014 Abr [citado 15 ene 2018]; 16(1): 6-11.
- 50-De la Rosa JM, Acosta Silva M. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. AMC. 2017 Jun [citado 15 ene 2018]; 21(3): 361-369.
- 51-Novoa de Fuentes CM. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia San Rafael de Santa Ana. [Tesis] Buenos Aires: Universidad de El Salvador; 2013.
- 52-Linares Despaigne MJ, Arrate Negret MM, Poll Pineda JA, Molina Hechavarría V, Bell Sánchez ME. Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes ghaneses. MEDISAN. 2017 Jun [citado 15 ene 2018]; 21(6): 688-694.

53-Paula Piñera BM, Díaz Valdés YN, Moreno Miravalles MI, Fernández-Britto JE. Patomorfometría de la aterosclerosis de las coronarias e ilíaco-femorales en fallecidos con antecedentes de diabetes e hipertensión. Rev Cubana InvestBioméd. 2010 Jun [citado 2018 Mar 06]; 29(2): 170-177.

54-Alonso Remedios A, Acosta Mejías M, Peña Batista AP, Santeiro Pérez LD, Alvelo Amor O, López MA. Repercusión de algunos factores de riesgo sobre el daño a órganos diana en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 Mar [citado 2018 Mar 06]; 30(1): 103-112.

55-Palma López ME, Simón Toledo F, González Rodríguez AM, Pérez Bolivia DN. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos: Trienio 2003-2005. RevHabanCiencMéd. 2007 Sep [citado 2018 Mar 06]; 6(3).

56-López González JC, Gutiérrez Gutiérrez L, Hurtado de Mendoza AJ, Valladares Reyes D, García Gómez A. Principales causas de muertes y correlación clínico-patológica en una Unidad de Cuidados Intensivos. RevHabanCiencMéd. 2008 Sep [citado 2018 Mar 06]; 7(3).

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para la revisión de Historias Clínicas.

1) Edad: _____

2) Sexo: M _____ F _____

3) Color de la piel: B _____ N _____ M _____

4) Diabetes Mellitus (DM) Sí _____ No _____

DM tipo1 _____

DM tipo 2 _____

5) Hipertensión arterial (HTA) Sí _____ No _____

6) Antecedentes Patológicos familiares: Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

7) Niveles de Colesterol.

Alto _____ Bajo _____ Normal _____

8) Evaluación Nutricional

Normopeso _____ Sobrepeso _____ Obeso _____

Anexo 2.Encuesta.

Nos encontramos realizando una investigación sobre los factores de riesgos coronarios en el adulto mayor para en un futuro poder contribuir a mejorar la calidad de vida, por lo que necesitamos que responda cada pregunta de manera sincera, no es necesario poner su nombre. Gracias.

1) Usted tiene hábito de fumar.

Si _____

No _____

2) Ingiere bebidas alcohólicas.

No ingiere _____

Algunas veces _____

Todos los días _____

3) Consume alimentos con sal.

Con exceso de sal _____

Utilizando poca sal _____

No utiliza sal _____

4) Consume alimentos elaborados utilizando:

Aceite vegetal _____ Grasa animal _____

5) Realiza ejercicios físicos.

Sí _____ No _____ Solo un poco _____

6) Quisiera una vez aprendido algunos modos y estilos de vida:

Cambiar todo lo que le hace daño a su salud _____

No desea cambiar _____

Anexo 3. Consentimiento informado.

Nombre del paciente: _____

Declaro que:

Se me ha solicitado participar en el estudio acerca de los factores de riesgo coronario en el adulto mayor, antes de dar mi consentimiento firmando en este documento, fui informado por el autor de la investigación del contenido y el alcance del proyecto, de sus beneficios y posibles efectos. La colaboración voluntaria puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee sin que por ello conlleve algún tipo de agravio por parte del personal involucrado en mi atención.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 4.

Estrategia de Intervención.

Actividad #1.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Presentación de los miembros del grupo. Técnica de presentación: La telaraña.	Presentación en grupo. Explicación del porqué del desarrollo de la investigación. Los participantes se colocan en un círculo y le entregan a una persona una bola de hilo; esta lanza la bola a otra persona que conozca bien y la presenta. La acción se repite de la misma manera hasta que todo el grupo queda enlazado en una especie de telaraña. Después hay que hacer el proceso inverso, devolviendo la bola, expresando las expectativas frente a todos.	Taller	1 hora.

Actividad #2.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Técnica participativa: Charla educativa. Tema propósito: permite impartir conocimientos e información.	Cómo se hace: hacer una presentación hablada de uno o más temas relacionados con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico y se recordarán alternativas de la MNT en el tratamiento de estas enfermedades. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal. La retroalimentación permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.	Taller	1 hora.

Actividad #3.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Técnica participativa: Video debate	Video y debate relacionado con el hábito de fumar y el alcoholismo, sus complicaciones para la salud. Al finalizar se escucharán los criterios sobre los efectos nocivos para la salud de estos hábitos tóxicos.	Taller	1 hora y 50 Min.

Actividad # 4.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Técnica participativa: Teatro popular.	Cómo se hace: Se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una obra de teatro, atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes de forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, el movimiento y la ambientación combina la enseñanza con la diversión. Se produce a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local. Se realizó para demostrar actividades que pueden desarrollarse en el ámbito familiar para combatir el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios.	Taller	1 hora.

Actividad # 5

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Técnica participativa: Priorización	Tema y propósito: Una vez analizado el tema mediante el trabajo de grupo, se solicita a los participantes que organicen sus ideas otorgando mayor o menor importancia a un asunto de los tratados, en un ejercicio de priorización. Cómo se hace: La investigadora coloca un punto pegante con un tema de mayor importancia para el auditorio en este caso se trabajará con el tema del cuidado del estado nutricional en esta etapa de la vida y al finalizar se motivan para tratar en la próxima sesión un nuevo tema.	Taller	1 hora.

Actividad #6.

Tema	Acciones	FOD	Tiempo
Técnica Participativa: Estudio de Casos.	Cómo se hace: Esta técnica consiste fundamentalmente en el estudio en común de situaciones problemáticas concretas, presentadas con sus detalles reales y busca provocar, a partir de su análisis, una visión exacta y objetiva de la situación. Después se sacan conclusiones, se buscan soluciones válidas para situaciones similares y se establecen los mecanismos de acción de las mismas. Se trabajará con los temas relacionados con las complicaciones del riesgo coronario como por ejemplo enfermedad cerebrovascular, IMA.	Taller	1 hora.