

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE ÁVILA**

Sistema de acciones para disminuir factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica en el  
Consultorio 10 del Área de Salud de Florencia.

TESIS EN OPCIÓN POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN  
MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autor: Dra. Marisleidy Martínez Pérez  
Residente de Medicina General Integral

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínica Integral Dr. Mario Everardo Hernández  
Pedraza. Florencia

Florencia, 2013

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE ÁVILA**

Sistema de acciones para disminuir factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica en el  
Consultorio 10 del Área de Salud de Florencia.

TESIS EN OPCIÓN POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN  
MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autor: Dra. Marisleidy Martínez Pérez

Residente de Medicina General Integral

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínica Integral Dr. Mario Everardo Hernández  
Pedraza. Florencia

Tutor: Dra. Zuleidys Sánchez Franco.

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínica Integral Dr. Mario Everardo Hernández  
Pedraza. Florencia

Florencia, 2013

## RESUMEN

Se realizó una intervención educativa para prevenir los factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica en los pacientes mayores de 18 años del CMF No. 10 de Guadalupe. Se formuló como pregunta científica: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de padecer CI que afectan a la población del CMF No. 10 de Guadalupe? El problema tratado fue: la CI entidad con condiciones favorables para la aparición de casos, por ser una localidad sometida a múltiples factores de riesgos desencadenantes, lo que propicia que gran parte de la misma esté expuesta a adquirirla, sumándole la falta de conocimiento de la población y la poca disposición para acatar las orientaciones médicas. El objetivo general cumplido estuvo relacionado con la implementación de un sistema de acciones dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la CI. La población de estudio estuvo constituido por los pacientes mayores de 18 años, que presentan factores de riesgo de padecer CI. Los resultados obtenidos se expresaron en números y porcentajes, mediante tablas. Los métodos y técnicas utilizados fueron: análisis documental de las historias clínicas, y encuestas. Los principales factores de riesgo detectados fueron el sexo, presencia de antecedentes patológicos familiares y personales, hiperlipidemia, el hábito de fumar, la obesidad y el sedentarismo, diabetes mellitus II e hipertensión arterial. Los resultados más significativos estuvieron vinculados con la disminución de los factores de riesgo y de la incidencia de CI.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A todas aquellas personas, amigos y conocidos que de una u otra forma han colaborado de manera oportuna y desinteresada para llevar a cabo este trabajo, en especial a mi familia.

**PENSAMIENTO:**

*“...si examinas a un hombre porque está enfermo del corazón y tiene dolores en los brazos, en el pecho y en un costado de su corazón... la muerte lo amenaza...”*

Copia del Papiro Ebers.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	1
MARCO TEÓRICO-----	6
MATERIAL Y MÉTODO-----	16
FUNDAMENTACIÓN DEL SISTEMA DE ACCIÓN-----	24
DISCUSIÓN Y RESULTADOS-----	31
CONCLUSIONES-----	41
RECOMENDACIONES-----	42
BIBLIOGRAFÍA-----	43
ANEXOS-----	46

## INTRODUCCIÓN

El término Enfermedades Cardiovasculares (ECV) es usado para referirse a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas). Este término describe cualquier enfermedad que afecte al sistema cardiovascular, es utilizado comúnmente para referirse a aquellos relacionados con la arteroesclerosis (enfermedades en las arterias). Estas condiciones tienen causas, mecanismos, y tratamiento similares.<sup>1</sup>

Las ECV aportan el mayor número de defunciones anuales en todo el planeta, por lo que se les considera un verdadero azote de la humanidad; dentro de esta cobra relevancia especial la Cardiopatía Isquémica (CI) por exhibir las mayores tasas de mortalidad universal, incluso los autores han pensado, dada su expansión, en proponer el término de epidemia.<sup>2</sup>

CI, entidad llamada por muchos ``el azote de la vida moderna, es una forma específica de afección miocárdica causada principalmente por insuficiencia coronaria aterosclerótica, la que se produce por el desequilibrio entre los requerimientos del músculo cardíaco y el flujo coronario.<sup>1</sup>

La arteroesclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias .Estas tres causas provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias.<sup>1</sup>

La experiencia de varios países señala que la tasa de mortalidad por CI puede ser disminuida de manera significativa a través de medidas preventivas (disminución de la incidencia) y de una buena atención médica (disminución de la letalidad). Estratégicamente, las primeras ofrecen los mayores dividendos, pero existen millones de personas enfermas en el mundo que reclaman medidas para que mejoren la supervivencia y la calidad de vida.<sup>1</sup>

La CI es la enfermedad más común, grave, crónica y peligrosa en Estados Unidos, donde más de 12 millones de personas la padecen, más de seis millones sufren de angina de pecho y más de siete millones han padecido un infarto de miocardio ( IMA ).<sup>3,4</sup>

En cuanto a la comparación entre países, en 1992 se publicaron datos contradictorios entre naciones que mejoraron los indicadores desde 1970 hasta 1988 y un grupo donde oponentemente empeoraron. Así, EE.UU., Australia, Canadá, Israel y Checoslovaquia, redujeron de forma muy relevante su mortalidad previamente muy alta y pasaron a ocupar posiciones muy alejadas a las que ocupan los lugares más negativos. Otros como Finlandia, Irlanda del Norte y Escocia, aunque lograron también disminuciones muy importantes se mantuvieron aún dentro de los mayores números de fallecidos.<sup>6</sup>

Hay otros países que partiendo de sus bajas incidencias de muerte, se van alejando de su buena ubicación, se incluyen: Bulgaria, Polonia, Rumania, Grecia y otros países europeos.<sup>6,7</sup>

Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 y 1997 que ha oscilado desde una tasa de 114 hasta 160 por 100 000 habitantes. Por otra parte en 1998 se reportó un ligero descenso hasta 154, lo que representó 17 143 muertes atribuibles a enfermedades isquémicas del corazón.<sup>2,3,14</sup>

El perfil de la salud cubana se caracteriza por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles entre las primeras causas de mortalidad. Desde hace más de 40 años las enfermedades del corazón encabezan las estadísticas de salud como principales causas de muerte para todas las edades; entre ellas la CI es la primera causa de muerte en Cuba, responsable de una de cada cuatro muertes que ocurren en el país y representa casi el 80 % de todas las muertes por enfermedades cardíacas en ambos sexos.<sup>2,14,20</sup>

En los hospitales cubanos se ingresan al año unos 12000 pacientes por infarto agudo del miocardio, con una tasa bruta de mortalidad de 197.8 x 100000 habitantes.  
1, 3,20

En Ciego de Ávila, durante el año 2011 hubo una tasa bruta de mortalidad por enfermedades del corazón de 135.6 x 100000 habitantes y específicamente por infarto agudo del miocardio fue de 54.7 x 100000 habitantes, predominando en el sexo masculino.<sup>5</sup>

El Municipio de Florencia no está exento de esta peligrosa enfermedad; su tasa bruta de mortalidad por enfermedades del corazón en el 2010 fue de 339.2 x 100000 habitantes y, específicamente, por infarto agudo del miocardio fue de 77.2 x 100000 habitantes constituyendo la más alta de la provincia.<sup>20</sup>

En la sala de Terapia Intensiva Municipal de Florencia, en el período comprendido del 2007 al 2011 se ingresaron 80 pacientes con síndrome coronario agudo. Este Municipio, debido a las características biológicas unidas o no a factores ambientales que presenta, es un territorio dentro de la provincia con condiciones favorables para la aparición de casos de CI, debido a que es una localidad sometida a múltiples factores de riesgos desencadenantes de la enfermedad, lo que propicia que gran parte de la misma esté expuesta a adquirirla.

En el consultorio 10 de Guadalupe se encontró que 25 pacientes de un total de 512 personas padecen de CI. Se obtuvo una tasa de prevalencia aproximada de 5 por 100 habitantes. Aunque estas cifras están por debajo de la media nacional que es de 24.2 por 100 habitantes según datos obtenidos en el balance de enfermedades no transmisibles del año 2010. También se encuentra por debajo de la tasa de prevalencia de la provincia de Ciego de Ávila que es de 17.7 por 100 habitantes, La autora considera importante el estudio epidemiológico de esta enfermedad crónica no transmisible en la población del consultorio 10 de Guadalupe porque a través del mismo se contribuye al conocimiento de los factores de riesgo, a prevenir la

incidencia y en última instancia mantener compensados a los pacientes que padecen la misma.

Se ha decidido realizar esta intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en los grupos de riesgo sobre CI y así disminuir la morbilidad asociada a esta.

La **novedad científica** radica en que el sistema de acciones propuesto se caracteriza en su generalidad por darle tratamiento a situaciones que repercuten en el CMF No. 10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia, relacionadas con la mejoría de la calidad de vida de los pacientes, específicamente, a la prevención de los daños que causa la CI.

El **aporte práctico** de tipo social está dado en la propuesta de un sistema de acciones dirigidas a la población del CMF No. 10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia, para contribuir a prevenir los factores de riesgo de la CI. En cuanto a lo económico se pueden reducir posibles gastos causados por la rehabilitación de las secuelas ocasionadas por dicha enfermedad. De acuerdo con lo anterior se define como problema científico ¿Cómo disminuir los factores de riesgo de la CI entidad con alta morbimortalidad en el CMF No. 10 de Guadalupe. Área de salud, Florencia?

## **HIPÓTESIS**

Si se implementa un sistema de acciones con la participación de la población mayor de 18 años, que permita el conocimiento por parte de la población de los factores de riesgo que inducen a padecer de CI, entonces se estaría resolviendo la contradicción existente entre la aparición de la CI y las necesidades de la población de conocer estos factores de riesgo y evitar así la aparición de la enfermedad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Implementar un sistema de acciones dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la CI en el CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia.

## **Objetivos Específicos**

1. Fundamentar teóricamente los elementos que sustentan las enfermedades cardiovasculares, la CI y los factores de riesgos que la propician.
2. Determinar cuáles son los factores de riesgos de la CI, más incidentes en la población del CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia.
3. Elaborar un sistema de acciones encaminadas a la disminución de los factores de riesgo de la CI, en la población del CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia.
4. Aplicar el sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo de la CI, en la población del CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia.
5. Evaluar los resultados de la aplicación del sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo de la CI, en la población del CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia.

## MARCO TEÓRICO

Los antecedentes de la descripción de la patología coronaria se remontan a los pueblos que ocuparon la mesopotamia (sumerios, acadios, babilonios, asirios), donde el corazón fue considerado como el centro de los movimientos del alma, dentro de una medicina teocrática, profundamente religiosa y practicada por sacerdotes.

Durante el esplendor de la civilización egipcia podemos hallar, a través de la lectura de los papiros, algunos conocimientos acerca del corazón y de algunas enfermedades que lo comprometen. Un ejemplo son las descripciones que aparecen en el papiro de Ebers. Este documento es un rollo de 20-23 m de largo y 30 cm de ancho, que pertenece a la XVIII Dinastía, y que fue hallado en una tumba de Tebas y dado a conocer en 1890; en él se describen enfermedades del corazón y de las venas. El corazón es considerado como una “masa de carne, sede de la vida anímica y centro del sistema vascular, sitio de la inteligencia y de la percepción”. Según los egipcios, el corazón recibe sangre a través de una vena receptiva (¿sistema venoso pulmonar?) y tiene cuatro venas que van a todo el cuerpo (¿venas cavas, arteria pulmonar, aorta?).

Ya el hombre primitivo tenía noción de la importancia que tenía el corazón como órgano vital. En las pinturas rupestres de Altamira y El Pindal en España, de Lascaux y Niaux en Francia y otras cuevas que datan de 25.000 años atrás, se han encontrado mamuts o bisontes con el lugar anatómico del corazón marcado como signo del sitio más vulnerable del animal. Algunos médicos griegos de la escuela de Alejandría, en el siglo IV a.C, comienzan a estudiar la circulación de la sangre y resaltaron la importancia del pulso arterial. La contribución más importante fue hecha por Herófilo (335-280 a.C.), quien profundizó la antigua percepción de Aristóteles de que el pulso reflejaba la actividad del corazón. Los egipcios, quienes ya conocían las características anatómicas del corazón dada la extracción de las vísceras que hacían a las momias, también lo consideraban como el órgano central del ser humano donde se localizaban el pensamiento y los sentimientos y desde donde partían vasos

huecos que tenían como función conducir los “alimentos” (aire, agua y los ingeridos por la boca) hacia el estómago que era la desembocadura del corazón (de allí el nombre de *cardias* a una zona del estómago).<sup>23 y 24</sup>

Se sabe que esta enfermedad estaba ya presente en la antigüedad, pues se han encontrado lesiones ateromatosas en restos humanos de las civilizaciones Egiptia y China, el término como tal apareció por primera vez en la bibliografía médica aproximadamente hace un siglo, cuando en 1886 Osler publica las Lecciones de Angina Pectoris y estadios similares en el que describía un amplio rango de manifestaciones clínicas de pacientes con angina de pecho, incluyendo recopilación de casos del siglo XVIII así como muchos recogidos a lo largo de su práctica clínica. Sin embargo, todavía no estaba bien establecido el vínculo necesario entre angina y ateromatosis coronaria, y hubo que esperar a principios del siglo XX cuando Herrick estableció la relación y publicó la clásica descripción de los cambios patológicos y electrocardiográficos que aparecen durante el infarto agudo del miocardio.<sup>23 y 24</sup>

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo en los inicios del tercer milenio (OMS, 2003). En los países desarrollados lo han sido durante el siglo XX, suponiendo cerca del 50% de la mortalidad total. Dentro de las ECV hablaremos de: CI, que incluye el infarto agudo de miocardio, la muerte súbita de origen cardiovascular y síndromes coronarios agudos como la angina de pecho

Las ECV fueron el paradigma donde se acuñó el concepto de factor de riesgo. El estudio epidemiológico pionero fue el de cohortes de Framingham comenzado en 1948. Sus datos junto con los de otros estudios analizados conjuntamente en el Pooling Project concluyeron: "la relación entre la colesterolemia, la tensión arterial y el consumo de cigarrillos con la probabilidad de presentar cardiopatía isquémica es consistente, fuerte, gradual, independiente y con capacidad predictiva".

Enfermedades cardiovasculares.

El término ECV es usado para referirse a todo tipo de enfermedades relacionadas con el [corazón](#) o los [vasos sanguíneos](#), ([arterias](#) y [venas](#)). Este término describe

cualquier [enfermedad](#) que afecte al [sistema cardiovascular](#), es utilizado comúnmente para referirse a aquellos relacionados con la [arteroesclerosis](#) (enfermedades en las arterias). Estas condiciones tienen causas, mecanismos, y tratamiento similar.

La mayoría de los países lidian con altas y crecientes tasas de ECV. Cada año más estadounidenses mueren de enfermedades del corazón que de cáncer. Para el momento que los problemas del corazón son detectados, la causa fundamental (arterosclerosis) está usualmente avanzada, habiéndose desarrollado por décadas. Por lo tanto, hay mayor énfasis en la prevención de la arteriosclerosis mediante la modificación de los factores de riesgo, tales como la alimentación sana, el ejercicio y evitando el hábito de fumar.

Estudios basados en la población joven muestran que los predecesores de las enfermedades de corazón empiezan en la adolescencia. El proceso de arterosclerosis se desarrolla en décadas, y comienza en la infancia. Las determinantes pato-biológicas de la arterosclerosis en estudios basados en jóvenes demostraron que las lesiones internas aparecieron en todas las aortas y más de la mitad de las arterias coronarias derecha de infantes de 7 a 9 años. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes están más preocupados por otras enfermedades como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, accidentes, y cáncer que por las ECV. Es extremadamente importante considerar que 1 de 3 personas mueren de complicaciones atribuidas a la arterosclerosis. Con el fin de detener la marea de las enfermedades cardiovasculares, la prevención primaria es necesaria. Esta se inicia con la concientización de que la enfermedad cardiovascular representa la mayor amenaza y la educación en las medidas para prevenir o revertir esta enfermedad.

La CI es una designación genérica para un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, 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 y un cúmulo 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.

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. La enfermedad coronaria comienza con el estrechamiento de las arterias coronarias debido a la formación de depósitos grasos. Se inicia con la acumulación de lípidos y colesterol que se depositan en el interior de la pared arterial. Se sitúan entre la túnica íntima y la media, constituyendo un estímulo irritante para la pared arterial que reacciona con un proceso inflamatorio formando una capa fibrosa esclerótica que produce la rigidez de la pared.

La pared de la arteria, al estrecharse, impide el flujo normal de la sangre y si la turbulencia de la sangre hace más tosca la superficie de la placa se puede acumular plaquetas y leucocitos, formando coágulos sanguíneos y bloqueo de la arteria. 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.<sup>21</sup>

Las enfermedades del corazón constituyen hoy en Cuba una de las principales causas de muerte en todas las edades, y entre ellas la CI, es responsable de uno de cada cuatro fallecidos, las afecciones cardiovasculares (como el IMA y el accidente cerebrovascular), cobran 17,5 millones de vidas en el mundo cada año.<sup>10</sup>

Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 y 1997 que ha oscilado desde una tasa de 114 hasta 160 por 100 000 habitantes. Por otra parte en 1998 se reportó un ligero descenso hasta 154, lo que representó 17 143 muertes atribuibles a enfermedades isquémicas del corazón.<sup>2, 3,14</sup>

La CI se puede manifestar de las siguientes formas clínicas:

Paro Cardíaco Primario: evento inesperado que ocurre sin evidencia de otra causa (por ejemplo IMA). Siempre se logra resucitar al paciente.<sup>8,9</sup>

Muerte súbita: cuando el evento anterior se produce, pero no se consigue resucitar al paciente.<sup>8,9</sup>

Angina de pecho: cuadro doloroso precordial de carácter opresivo, de corta duración (menos de 30 min), aparece ante esfuerzo físico o emociones, y se alivia por lo general, con reposo y la nitroglicerina sublingual en corto período (menos de 5min).<sup>8,9</sup>

IMA: Necrosis isquémica del músculo cardíaco secundaria a una anoxia celular prolongada (interrupción o disminución prolongada del flujo sanguíneo coronario).

Presenta un cuadro doloroso precordial, subesternal o epigástrico, con irradiación variable (cuello, mandíbula, miembro superior izquierdo, epigastrio, espalda). Aparece en reposo, durante esfuerzo físico o emociones, dura más de 30 min y no se alivia con reposo ni con nitroglicerina sublingual. Puede estar acompañada de náuseas, vómitos, diaforesis, palidez y gran ansiedad.<sup>8,9</sup>

CI no dolorosa: se reserva este concepto para pacientes que tengan trastornos en la repolarización ventricular o en las conducciones auriculoventricular o interventricular, con insuficiencia cardíaca o arritmias, pero en las cuales no existen angina de pecho ni signos de IMA antiguo.<sup>8,9</sup>

Isquemia silente: cuadro clínicamente asintomático y que es mucho más frecuente que la isquemia dolorosa. Se puede diagnosticar a través de electrocardiografía ambulatoria.<sup>6, 8,9</sup>

En Cuba la CI, representa alrededor del 75% de las ECV. El IMA aporta más del 80% de los casos de la CI y es la de mayor letalidad. En particular las defunciones por IMA representan alrededor del 15% de las que ocurren en el país. En la actualidad fallecen anualmente más de 20 000 personas por esta causa, de las cuales el 85% corresponde a la población de 60 años y más. La letalidad por esta causa es muy elevada.<sup>8, 10</sup>

En Cuba, los hombres mueren por IMA, más que las mujeres, a razón de 1:3. La prevalencia del IMA es 7 x 1 000 hab. en mayores de 15 años y su incidencia en el último año fue de 1,7 x 1 000 hab. mayores de 15 años con una letalidad alarmante de 65,2 %. La mortalidad extrahospitalaria constituye el 62,1 %. Se produce la mayor cantidad de muertes entre los mayores de 65 años, que aportan alrededor del 85% de los fallecidos por estas enfermedades. A su vez, tiene un importante peso específico en el aspecto socioeconómico del país, pues se observa su aparición en personas cada vez más jóvenes, en el momento de pleno rendimiento laboral. Se ha calculado que los costos indirectos de esta enfermedad triplican los costos directos, debido a la mortalidad prematura, pues son la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos (de 11 a 12 años como promedio).<sup>3</sup>

La autora coincide con lo planteado por los cardiólogos Alfredo Bardají, José A. Barrabés, Juan Sanchis y Pedro L. Sánchez en su artículo, Cardiopatía isquémica infarto y angina, con relación la edad, debido a que los adultos mayores de 60 años son los que tienen mayor mortalidad, no siendo así en el sexo porque según los resultados de la investigación realizada en Guadalupe es más frecuente en el sexo femenino.

El costo estimado para el tratamiento de la enfermedad coronaria es de alrededor de 117 billones de dólares al año. Estos datos hablan de la necesidad imperiosa de identificar, en forma temprana, los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y así instaurar las medidas preventivas correspondientes, con el fin de disminuir los altos costos que esta condición presupone en términos de incapacidad laboral, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.<sup>8,10</sup>

Según lo planteado por Caballero sobre el costo del tratamiento de la CI la autora concuerda con su planteamiento sobre la necesidad de reducir la incidencia de esta enfermedad, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar los gastos por tratamiento.

En los últimos años, se han multiplicado acciones de salud indispensables para la prevención primaria de la CI, basándose en cambios de estilos de vida dirigidos hacia la eliminación o disminución de los factores de riesgo coronario, principalmente a la disminución de las grasas saturadas de la dieta, control de la hipertensión arterial (HTA), cesación del hábito de fumar, control de la diabetes mellitus, control del sobrepeso y el manejo del estrés, realización de ejercicios físicos.

La autora concede importancia vital al ejercicio físico, porque al realizarlo de manera regular reduce el riesgo de enfermedades cardíacas, incrementa la fuerza, la resistencia y la eficacia del corazón. El músculo cardíaco de una persona preparada físicamente es más eficaz y por tanto, menos propenso a la fatiga y a la tensión.

Con la práctica de ejercicios el sistema cardiovascular incrementa su capacidad de transporte, el ejercicio quema el exceso de grasa en el cuerpo y controla los depósitos de grasa en las arterias reduciendo así el riesgo de trombosis. En lo que asevera la autora que el médico y la enfermera de la familia desempeñan un rol importante en lograr estos cambios de conductas de los individuos y la población.

También el ejercicio es fundamental en el tratamiento de la obesidad que es uno de los problemas médico más comunes y que incide de manera directa en las ECV. Alrededor de 20-30 % de la población cubana presenta algún grado de obesidad.

El estudio descriptivo realizado en 4 consultorios del Policlínico Docente "Plaza de la Revolución", durante el año 2000, en el que participaron 100 pacientes portadores de CI, a los que se les realizó una encuesta buscando la presencia de factores de riesgo coronarios; y otra para evaluar estilos de vida, las formas clínicas de presentación y tratamiento. En la muestra predominó el sexo femenino, la raza blanca, más de la mitad eran jubilados con un nivel de escolaridad que no rebasa el 9no. grado, y casi

el 90 % eran mayores de 60 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la HTA, los antecedentes patológicos familiares (APF), el sedentarismo y el hábito de fumar; e igualmente se comprobó que los medicamentos más usados fueron los antiagregantes plaquetarios y los vasodilatadores. La forma clínica que predominó fue la CI no dolorosa. Al evaluar el estilo de vida de estos pacientes encontramos que los comportamientos no promotores de salud prevalecieron en la muestra, apareciendo con peores resultados los relacionados con responsabilidad con la salud, soporte interpersonal y ejercicio físico.<sup>17</sup>

La autora coincide con lo planteado en Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias en el 2010 sobre la prevalencia en los pacientes con antecedentes patológicos personales (APP) como HTA y el hábito de fumar, además de la necesidad de realizar acciones de promoción de salud para educar a la población y lograr un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo causales de la enfermedad contribuyendo así a que los pacientes cumplan las orientaciones médicas con el objetivo de disminuir la incidencia de la CI.

Se realizó un estudio observacional descriptivo a todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de CI aguda en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) del Hospital Provincial Docente “Antonio Luaces Iraola”, de Ciego de Ávila en el año 2001, con el objetivo de conocer el comportamiento de esta patología en la unidad. La incidencia de la enfermedad coronaria fue del 15.8 % en relación con el total de casos ingresados. Predominó significativamente la raza blanca y el grupo de edad de 60-74 años. El comportamiento en cuanto al sexo fue similar con ligero predominio femenino. La sepsis respiratoria y el reinfarto constituyeron las principales complicaciones. Predominaron los casos con angina inestable aguda y su evolución al IMA fue baja con sólo 0.7 %. La letalidad fue solamente de un 0.5%. Del total de pacientes reingresados, el mayor número utilizó el código trasladándose al hospital en apoyo vital avanzado.<sup>18</sup>

La autora coincide con lo planteado por los doctores Ileydis Iglesias Marichal, Ivan Moyano Alfonso, Lester Quintana Duran, Roberto Melo Sánchez en su estudio debido a que puede disminuir la letalidad causada por la CI en la mayoría de los pacientes si se trasladan al hospital en apoyo vital avanzado, lo que proporcionaría la posibilidad de comenzar un tratamiento oportuno e inmediato favoreciendo la evolución y recuperación del paciente.

Se realizó un estudio observacional longitudinal descriptivo prospectivo que incluyó 476 pacientes con IMA (72% de las CI) que fueron ingresados en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante el quinquenio 2006-2010, para demostrar la necesidad de crear una Unidad de Cuidados Coronarios (UCC) para el ingreso de pacientes con síndrome coronario agudo. Predominó la forma clínica con dolor en el 92,4% de los pacientes y su localización más frecuente fue en la cara anterior. En el 55,4% el diagnóstico fue oportuno (<6 horas). La trombolisis se realizó al 64,7% de los pacientes y la principal causa de no trombolisis fue el diagnóstico tardío. El 84,0% de los pacientes tenían como antecedentes patológicos la HTA. El 31,5% presentaron trastornos del metabolismo de los lípidos y el 13,4% eran diabéticos. El 79,8% de los pacientes egresaron vivos y el 20,2% fallecieron. Se demostró así la necesidad de una UCC para el ingreso de pacientes con Síndrome Coronario Agudo.<sup>19</sup>

La autora concuerda con lo planteado por Ana Melva Gabán en su estudio sobre la necesidad de atender a los pacientes con CI en una UCC para garantizar un tratamiento rápido y oportuno con el propósito de minimizar las secuelas ocasionadas por esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que la CI se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en Cuba, en la provincia de Ciego de Ávila, en el municipio de Florencia y en la comunidad del CMF No 10 de Guadalupe, afectando a esta población en particular debido a la falta de información sobre la enfermedad y a su poca disposición para acatar las orientaciones médicas; la autora considera de vital importancia la implementación de un sistema de acciones con la participación de la población para

disminuir los factores de riesgo de la CI con el objetivo de evitar su incidencia, frenar el avance de esta enfermedad crónica no transmisible y mejorar la calidad de vida de la población.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un pre experimento de antes y después con la población mayor de 18 años del CMF No.10 de Guadalupe, perteneciente al Área de Salud de Florencia, en el período comprendido entre julio del 2012- octubre del 2012 con el objetivo de implementar un sistema de acciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo de la CI. Asimismo, se trabajó en la modificación del nivel de información sobre factores de riesgo de la CI.

### **Pacientes en estudio**

Los pacientes en estudio fueron conformados por la población mayor de 18 años de edad del CMF No.10 de Guadalupe, de los cuales se seleccionaron, tomando como referencia grupos de riesgos y poblaciones vulnerables de padecer CI, una muestra de 50 pacientes elegidos a través de un muestreo aleatorio simple. Estos pacientes cumplieron los criterios de inclusión-exclusión referidos a continuación.

### **Criterio de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes vulnerables a padecer CI.
- Pacientes que estén dispuestos a participar en el estudio, a través de la firma del consentimiento informado.
- Pacientes que vivan en el área del CMF N0 10 de Guadalupe.

### **Criterio de exclusión:**

- Pacientes que no sepan leer y escribir.
- Deficiencias cognitivas
- Pacientes que no vivan de forma permanente en el área del CMF N0 10 de Guadalupe.

### **Criterio de salida:**

- Pacientes que abandonen el estudio.

### **Formas para controlar sesgos de diseño:**

- Se realizó un seguimiento sistemático del proceso de ejecución del sistema de acciones y de la evaluación de los datos obtenidos durante la misma de acuerdo con lo que se planificó en el trabajo de campo de la investigación. Se emitió un informe final.

### **Estructuración y organización del proceso investigativo**

El sistema de acciones se ha estructurado en las siguientes fases:

- **Fase Organizativa:** Se pesquisaron los factores de riesgo de la CI en pacientes mayores de 18 años mediante encuestas, entrevistas y análisis documental de las historias clínicas (HC) personales y familiares.
- **Fase de Diseño y Aprobación del plan:** Elaboró un sistema de acciones basado en los factores de riesgo de la CI identificados en la pesquisa realizada en la comunidad.
- **Fase de aplicación del sistema de acciones:** Se llevó a cabo la capacitación de la población que constituye la muestra de estudio.
- **Fase de evaluación de la eficacia del sistema de acciones.** Se realizó la evaluación del sistema de acciones, se procesaron los datos, realizando encuestas y se redactó el informe final.

### **Métodos de obtención de información**

Los métodos y técnicas empleados en la investigación son los formulados por el materialismo dialéctico.

### **Métodos del nivel teórico:**

**Análisis y síntesis:** Como método teórico del conocimiento permitió establecer relaciones entre el estado actual de pacientes que padecen CI y el estado deseado con relación a las acciones que contribuyen al objetivo de la tesis, por otra parte la valoración , del estudio bibliográfico realizado, en los que se destacan, .( citar autores

más utilizados) lo que contribuyó a contextualizar los fundamentos teóricos sobre el tema tratado y las irregularidades inherentes a la población escogida.

### **Histórico – lógico**

Permitió relacionar diferentes momentos, etapas, concepciones y tendencias en el comportamiento de la CI

### **Inducción – deducción**

Para profundizar en la fundamentación teórica del tema, en la revisión de documentos y estrategias elaboradas para intervenir sobre la entidad. Permitió establecer relaciones entre el estado actual de la población que padece la CI y el estado deseado, conociendo las causas que influyen como factores desencadenantes de la enfermedad. Igualmente se utilizó para procesar la información obtenida de la observación, la encuesta y entrevistas realizadas.

### **Sistémico estructural funcional**

Se utilizó para estructurar el sistema de acciones, su nivel de jerarquía y establecer los nexos entre sus acciones y operaciones.

### **Métodos y técnicas del nivel empírico:**

Se aplicaron las técnicas:

Encuesta inicial a 50 pacientes como método de acción individual para conocer los factores de riesgo de CI predominantes, la que se confeccionó según criterios de expertos, entrevistas con la cual se precisaron aspectos relacionados con factores de riesgo, cuadro clínico y análisis documentales de HC individuales y familiares para confirmar los datos obtenidos en las encuestas.

Entrevistas a 50 pacientes; con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos, visitas periódicas; para la actualización del cuestionario sobre factores de riesgo que hayan surgido o no y continuarán hasta el final de la investigación.

Revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar, la cual constituyó el sustento informativo de parte del trabajo, se tuvo en cuenta variables de interés para la investigación.

### **Análisis de documentos**

Se realizó a través el análisis de historias clínicas con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos que favorecieron un análisis más integral de la problemática en estudio por cuanto permitió ganar en claridad en los aspectos investigados.

**Método dialéctico materialista:** el cual permite observar el curso de la investigación.

### **Métodos matemáticos estadísticos:**

Se utilizaron estos métodos para el cálculo y análisis porcentual, también en la determinación de frecuencias para la confección de tablas en la descripción de los resultados obtenidos. Los datos serán organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribirán a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. Los resultados se reflejarán de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con los de otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizará el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen.

Se recogieron los datos a través de un formulario, previamente elaborado (Anexo 1) diseñado al efecto para obtener los datos correspondientes a las variables de interés de las fichas familiares, historias clínicas personales de los pacientes estudiados. La información obtenida se depositó en una base de datos y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.0 en una computadora Pentium IV.

La correcta utilización de estos métodos contribuyó al análisis crítico de la información recopilada.

### Principales variables de medición de respuesta

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa discreta.	19-29 años 30-40 años 41-51 años 52-62 años 63-73 años 74-84 años 85 años y más	Según fecha de nacimiento.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico de pertenencia.
Antecedentes patológicos familiares.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí	Sí: padres, abuelos o hermanos que padecieron o padecen de cardiopatía isquémica.
		No	No: padres abuelos o hermanos que no padecieron o padecen de cardiopatía isquémica.
Hiperlipidemia	Cuantitativa continua.	Colesterol elevado.	Mayor de 5.16 mmol/L
		TAG elevado.	Mayor de 2.28 mmol/L
		Ambos elevados.	Ambos por encima de los valores normales.
		Ambos normales.	Ambos dentro de los límites normales.
Hábito de fumar.	Cualitativa nominal politómica.	Cigarrillos con filtro Cigarrillos sin filtro Tabaco Ninguno	Según su hábito de fumar.

Cantidad que consume	Cuantitativa discreta.	1-10 cigarros al día 11-20 cigarros al día 21 y más cigarros al día 1-3 tabacos 4 tabacos y más	Según la cantidad de cigarros o tabaco que se fume en 24 horas o más.
Sedentarismo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Sedentario.	Paciente que no practica deportes, no camina largos tramos en la semana, no realiza gimnasia matutina y trabajos que no requieran esfuerzo físico.
		No sedentario.	Practica deportes activos, camina al menos 30 min 5 veces en la semana, realiza todos los días gimnasia matutina, que realice trabajo que requiera esfuerzo físico mantenido.
Obesidad.	Cualitativa ordinal.	Obeso.  Sobrepeso.  No obeso.	IMC= $\text{Peso Kg} > 30 \text{ Kg/m}^2$ Talla $\text{m}^2$ IMC 25 – 29.9 $\text{Kg/m}^2$ IMC < 24.9 $\text{Kg/m}^2$
Diabetes Mellitus.	Cualitativa nominal politómica.	Diabetes Mellitus tipo I	Pacientes diagnosticados con la enfermedad.
		Diabetes Mellitus tipo II	Pacientes diagnosticados con la enfermedad.
		No diabéticos.	Pacientes sin antecedentes de Diabetes Mellitus y glicemia normal.
Hipertensión arterial.	Cualitativa ordinal.	Hipertensión arterial grado I	PAS 140 – 159 mm Hg PAD 90 - 99 mm Hg

		Hipertensión arterial. grado II	PAS 160 – 179 mm Hg PAD 100 – 109 mm Hg
		Hipertensión arterial grado III	PAS 180 y más. PAD 120 y más
		No Hipertensión arterial.	PAS < 140 mm Hg PAD < 90 mm Hg

Después de realizar el análisis de los datos, se delimitarán los factores de riesgo que están vinculados a la CI en el CMF No. 10 de Guadalupe, así como los principales aspectos que deberán mejorarse en el manejo de los factores de riesgo y, por lo tanto, incluirse en el estudio, de ahí la propuesta de un sistema de acciones que aportará saberes y habilidades en el manejo adecuado del paciente con riesgo de CI.

**Diseño del sistema de acciones:**

El sistema de acciones consiste en un conjunto de procedimientos e instrumentales para identificar los factores riesgo de CI, más frecuentes en la población así como las formas de evitar su aparición y lograr la disminución de su incidencia.

**Validación del sistema de acciones:** Con el objetivo de validar el producto que fue valorado y aprobado por el consejo científico municipal. Este método permitió validar la propuesta del sistema de acciones sustentado en sus conocimientos, investigaciones realizadas, experiencia docente y como tutor de estudiantes de pregrado y residentes.

**Aspectos éticos:** En todo momento se tuvo en cuenta el consentimiento y la cooperación voluntaria de los pacientes para la recogida de información.

Cumpliendo los principios de ética médica socialista.

Se elaboró un informe final teniendo en cuenta los requisitos del departamento de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

**Fundamentación de la propuesta del sistema de acciones** dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la CI

La propuesta del sistema de acciones que se realiza en la tesis, tiene como punto de partida en sus fundamentos, una concepción dialéctico materialista, lo que permite que los actores involucrados asuman una actitud consciente hacia la práctica de acciones que contribuyan a disminuir los riesgos modificables que conducen al padecimiento de la CI.

Como una derivación de las concepciones filosóficas presentes en la investigación y del método científico que se asume en su enfoque sociológico la propuesta de acciones está estrechamente interrelacionada con la sociedad, vinculada con todos los factores que intervienen en la comunidad .La puesta en práctica del sistema propuesto, a través de sus actividades, propicia la actuación consciente de los pacientes con este padecimiento, comprometiendo a su vez a la familia.

La propuesta que se realiza contribuye a la apropiación de métodos y formas que regulan la actuación de pacientes con CI

El sistema propuesto, parte de objetivos integradores, dirigidos a ejercer influencias positivas en la actuación de los pacientes aquejados por la CI.

La introducción del sistema de acciones dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la CI, conlleva, de acuerdo con las características del medio donde se desenvuelve el paciente y las dificultades señaladas en el diagnóstico, a que los responsables de la aplicación de este sistema de acciones tengan en cuenta las siguientes funciones:

### **Planificación y orientación de la actividad**

Este aspecto presupone que todos los implicados en las actividades tengan claridad y conciencia de las respuestas a las siguientes interrogantes: ¿Qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué hacerlo?

## **Organización y ejecución**

Define las formas organizativas de las actividades a desarrollar y las estructuras que intervienen en su ejecución, en este caso, los pacientes realizan las actividades que han sido planificadas.

## **Control y evaluación.**

Se analiza el proceso de orientación, planificación, organización, ejecución y el propio control y evaluación, tiene carácter regulativo, y presta especial atención a la calidad de la comprensión durante el proceso de intervención y los resultados obtenidos en su aplicación durante la práctica diaria.

La sistematicidad en el control, realizado por el propio paciente (autocontrol), en los distintos momentos del desarrollo de las actividades permite su propia autovaloración de lo alcanzado y lo que les falta por alcanzar.

## **Sistema de de acciones dirigidas a la disminución de los factores de riesgo de la CI**

El desarrollo de un estilo de vida favorable, en pacientes que padecen la CI, a partir de un sistema de acciones, debe caracterizarse por sus métodos, contenidos y estilo propio. Las actividades a realizar promueven el interés por mejorar la calidad de vida. Las actividades a desarrollar son las siguientes:

1-Charlas educativas a los pacientes sobre la aplicación de los adecuados hábitos dietéticos con el objetivo de disminuir el consumo de alimentos dañinos para la salud.

2- Lograr la participación activa de los pacientes sedentarios en cuanto a la realización de ejercicios físicos.

3-Chequeo periódico y reajuste de tratamiento (esta última en caso que sea necesario) a los pacientes hipertensos para mantener la tensión arterial dentro de los límites normales.

4-Educación diabetológica a los pacientes que padecen Diabetes Mellitus para mantener un mejor control metabólico de la glucemia.

5-Audiencia sanitaria a los pacientes fumadores para dar a conocer los efectos adversos para el sistema cardiovascular (ocasionados a ellos y las personas que los rodean) por el hábito de fumar.

El sistema de acciones propuesto, está llamado a trabajar con los pacientes que presentan factores de riesgo , integrarlos y orientarlos en correspondencia con las exigencias y necesidades de la población , las derivadas de una nueva etapa y los desafíos que enfrenta en estos momentos el sistema de salud cubano.

La puesta en práctica de este sistema de acciones tiene como propósito favorecer la prevención y la promoción de salud, que en su relación dialéctica, es expresión de la integración médico- paciente por tanto, esta función no es privativa de la extensión, sino por el contrario, es responsabilidad y deber de todos los implicados en el proceso y su entorno social.

Por otra parte, contribuye al enriquecimiento espiritual de los pacientes, desarrollando su capacidad para apreciar, disfrutar y promover una vida sana evitando así padecer CI.

***Problemas que debe contribuir a solucionar la propuesta:***

- Disminución de los factores de riesgo de padecer CI en la población del CMF No 10 de Guadalupe.
- Desarrollo del sistema de acciones desde una concepción integradora que involucre a la comunidad y su entorno.
- Desarrollo de actividades que provoquen el interés y la motivación de los pacientes, tomando en cuenta sus necesidades, intereses y preferencias. Involucrarlos en su planificación, ejecución y control, con participación en las definiciones de objetivos, contenidos y métodos.

***Objetivo de la propuesta:***

Desarrollar un sistema de acciones en los pacientes con riesgo de padecer CI, con la participación de la comunidad y su entorno social.

El carácter sistémico de las actividades propuestas, presupone la integración y derivación de acciones y estas a su vez de un conjunto de operaciones que faciliten la comprensión y ejecución del sistema de acciones con la necesaria integración, jerarquización, y centralización de sus elementos lo que a continuación se explica.

***Actividad:***

Charlas educativa a los pacientes sobre la aplicación de los adecuados hábitos dietéticos con el objetivo de disminuir el consumo de alimentos dañinos para la salud.

***Objetivo:*** disminuir el consumo de alimentos dañinos para la salud.

***Acción:***

Implementar una buena cultura sanitaria que contribuya a mejorar la salud de la población.

***Operaciones:***

- Realizar cuestionario diagnóstico
- Presentar cuestionario diagnóstico la comisión de expertos
- Aplicar cuestionario diagnóstico.
- Procesar resultados del diagnóstico.

***Actividad:***

Lograr la participación activa de los pacientes sedentarios, obesos y sobrepesos en cuanto a la realización de ejercicios físicos.

**Objetivo:** Disminuir el número de pacientes sedentarios, obesos y sobrepesos entre la población

**Acción:** Integrar a los pacientes sedentarios, obesos y sobrepesos a la realización de ejercicios físicos.

**Operación:**

- Discutir con la comunidad las actividades propuestas por el equipo básico de salud.
- Introducir a las actividades de los círculos de abuelos a los pacientes sedentarios, obesos y sobrepesos.
- Estimular la realización sistemática de los ejercicios físicos.

**Actividad:**

Chequeo periódico y reajuste de tratamiento (esta última en caso que sea necesario) a los pacientes hipertensos para mantener la tensión arterial dentro de los límites normales.

**Objetivo:** Mantener compensados a los pacientes que padecen HTA.

**Acción:** Chequear cifras de tensión arterial. Reajustar tratamiento (esta última en caso que sea necesario)

**Operaciones:**

- Aplicar cuestionario diagnóstico a partir de objetivos.
- Chequear tensión arterial.
- Revisar tratamiento ( si lo tiene indicado)

**Actividad:**

Educación diabetológica a los pacientes que padecen Diabetes Mellitus para mantener un mejor control metabólico de la glucemia.

**Objetivo:** Obtener un adecuado control metabólico de la glucemia.

**Acción:** Educar a los pacientes diabéticos para mantener compensada su enfermedad.

**Operaciones**

- Aplicar cuestionario diagnóstico a partir de objetivos.
- Chequear glucemia.
- Revisar tratamiento ( si lo tiene indicado)

**Actividad:**

Audiencia sanitaria a los pacientes fumadores para dar a conocer los efectos adversos para el sistema cardiovascular (ocasionados a ellos y las personas que los rodean) por el hábito de fumar.

**Objetivo:** Eliminar o disminuir el hábito de fumar.

**Acción:**

Incitar a los pacientes fumadores a abandonar este dañino hábito.

**Operaciones:**

- Aplicar cuestionario a partir de objetivos.
- Propiciar información.
- Colocar pancartas informativas.
- Brindar apoyo para abandonar el hábito.

### **- Evaluación de la propuesta por criterio de especialista**

El sistema de acciones diseñado fue sometido a valoración por especialistas de reconocido prestigio en el Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola vinculados directamente a los departamentos de Medicina Interna y Cardiología.

Los criterios tomados en cuenta para la selección de los especialistas son los siguientes:

1. Tener conocimiento sobre el tema
2. Tener experiencia investigativa

Los especialistas consultados promedian más de 10 años de experiencia profesional.

## DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Los resultados más significativos se describen a continuación.

Tabla 1 Distribución de los pacientes según grupos de edades.

N=50

EDADES	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
De 19 a 29 años	1	4	0	0
De 30 a 40 años	3	12	4	16
De 41 a 51 años	4	16	5	20
De 52 a 62 años	6	24	9	36
De 63 a 73 años	9	36	6	24
De 74 a 84 años	2	8	1	4
De 85 años y más	0	0	0	0
Total	25	100	25	100

Fuente: Revisión de historias clínicas y encuestas.

En la tabla 1 se observa que existe un predominio de pacientes con factores de riesgo en las edades comprendidas entre 63 a 73 años, para un 36 % en el sexo masculino y de 52-62 para un 36 % en el sexo femenino, después le sigue el que se encuentra entre las edades de 52 a 62 para un 24% en el sexo masculino y de 63-73 años en el sexo femenino para un 24%. Analizando los resultados anteriores se determinó que los grupos de edades comprendidas entre la quinta y la sexta década de la vida presentan igual probabilidad de padecer CI. Esto se explica debido a que a mayor edad es más frecuente la CI.

La edad conduce a cambios funcionales del organismo (aunque no ocurren al mismo tiempo), se destacan entre otros, los siguientes:

Relacionados con el Sistema Cardiovascular.

- Elevación de los niveles, de la presión arterial (sistólica y diastólica).
- Descenso de los niveles de presión del pulso.
- Disminución de los niveles del volumen - minuto.

- Empeoramiento de la función contráctil del músculo cardiaco.
- Reducción de la luz interna de vasos y arterias.
- Disminución del funcionamiento de los vasos capilares.
- El tiempo general del flujo sanguíneo se eleva.
- Reducción de la cantidad de sangre circulante y su contenido de hemoglobina.
- Reducción de las posibilidades de reserva del músculo cardiaco.

Al ser la edad un factor de riesgo no modificable es necesario actuar sobre otros factores de riesgo modificables para disminuir la incidencia y prevalencia de CI. Se coincide con la literatura consultada, - Roca GR, Temas de Medicina Interna, la cual plantea que esta es una afección con preferencia de la quinta década de la vida <sup>(1)</sup>, sin dejar de mencionar que en la investigación realizada se puede observar en esta población la existencia de un alto predominio de presentar factores de riesgo en la sexta década de la vida, década con incidencia poco común respecto a la anterior.

Tabla 2 Antecedentes patológicos familiares de CI.

N=50

SEXOS	Si	%	NO	%
Femenino	14	56	11	44
Masculino	19	76	6	24
Total	33	66	17	34

Fuente: Encuesta

Se mostró que el antecedente familiar de enfermedad coronaria es un factor importante e independiente de riesgo de sufrir dicha patología. Este mayor riesgo puede estar mediado por efectos genéticos en otros factores de riesgo como obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes.

En la tabla 2 se observa que existen 33 pacientes con antecedentes patológicos familiares de CI para un 66% ya que es obvio que las “cargas familiares” conforman perfiles más severos de riesgo para el paciente <sup>(1)</sup> quedando demostrado así mediante el estudio realizado que la mayoría de los pacientes con factores de riesgo

de padecer CI tienen antecedentes patológicos familiares de dicha enfermedad. Estos resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. Guillermo Echemendía Borrel, en su tesis donde predominó la presencia de antecedentes patológicos familiares de CI en pacientes que sufrieron dicha enfermedad. <sup>(20)</sup>

Tabla 3: Hiperlipidemias

N=50

Hiperlipidemias	Masculino				Femenino				Total			
	No.		%		No.		%		No.		%	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
Colesterol elevado	3	2	12	8	5	4	20		8	6	16	12
Triacilglicéridos elevados	1	1	4	4	0	0	0		1	1	2	2
Ambos elevados	0	0	0	0	1	1	4		1	1	2	2
Ambos normales	21	22	84	88	19	20	76		40	42	80	84

Fuente: Encuesta

La dislipemia que guarda más relación con un mayor riesgo de enfermedad coronaria es la hipercolesterolemia, fundamentalmente a expensas de la LDL, que contienen el 70 por ciento del colesterol de la sangre, y es el objetivo primario del tratamiento de los pacientes con enfermedad coronaria. Existen multitud de estudios epidemiológicos de observación y de intervención que han definido la relación entre hipercolesterolemia y enfermedad coronaria, de tal forma que cuando los niveles de colesterol son elevados aumenta el riesgo de enfermedad coronaria. Cuando dichos niveles son menores o se reducen mediante intervención el riesgo disminuye.

En la tabla 3 se encontró la existencia de 1 paciente para un 2% que presenta los triacilglicéridos altos y 8 pacientes con colesterol elevado para un 16%. Ya en estudios anteriores se había relacionado al colesterol total en sangre con un incremento en la incidencia de CI. No obstante, un 80% de los pacientes presentan cifras de triacilglicéridos y colesterol normales; después de la intervención educativa

en los hábitos dietéticos de la población objeto de estudio se obtuvo un aumento en las cifras de colesterol triacilglicéridos normales, representando ahora un 84%, esto no excluye que presenten placas de ateroma en sus paredes arteriales que en un futuro pueden desencadenar una CI. Estos resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. Guillermo Echemendía Borrel, en su tesis donde el mayor por ciento de la población no presentaba hiperlipidemia.

Tabla 4. Hábito de fumar

N=50

Hábito de fumar	Masculino				Femenino			
	No.		%		No.		%	
	A	D	A	D	A	D	A	D
Ninguno	11	18	44	72	20	24	80	96
Cigarrillo con filtro	0	0	0	0	0	0	0	0
Cigarrillo sin filtro	10	5	40	20	5	1	20	4
Tabaco	7	5	28	20	0	0	0	0

Fuente: Encuesta.

Tabla 5 Cantidad cigarrillos y tabacos que consumen que consumen

N=50

Cantidad que consumen	Masculino				Femenino			
	No.		%		No.		%	
	A	D	A	D	A	D	A	D
1-10 cigarrillos al día	4	3	16	12	2	1	8	4
11-20 cigarrillos al día	6	3	24	12	3	1	12	4
21 y más	0	0	0	0	0	0	0	0
1-3 tabacos	3	2	12	8	0	0	0	0
4 tabacos y más	4	2	16	8	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

Analizando el comportamiento del hábito de fumar en los pacientes objeto de estudio (tabla 4 y 5) se encontró que solamente 31 pacientes para un 62% no fuman. Además, el 18% se fuman de 11 a 20 cigarros al día y un 14% consumen tabacos antes de la intervención, cifra que se modifica después de la misma encontrando que 42 pacientes para un 84% ya no fuman y que disminuyó, además, hacia un 8% los que consumen de 11 a 20 cigarros al día y los que consumen tabacos. Este hábito es considerado el más importante de los factores modificables después de las dislipoproteinemias, debido a que los fumadores tienen 2 veces más riesgo de padecer la enfermedad porque 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. Esto coincide con el estudio realizado por los doctores del equipo de cardiología del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola.<sup>(19)</sup>

Luego de la aplicación del sistema de acciones, se determinó que aparecieron modificaciones favorables y discretas en algunos de los 50 pacientes que recibieron la información necesaria, actualizada y en un lenguaje acorde con todos los niveles educacionales existentes en ellos y eliminando así la existencia de dudas. De acuerdo a lo antes expuesto se observa la diferencia del estudio previo de estos pacientes porque se disminuyó la cifra con el hábito de fumar y el número de cigarrillos que consumen al día.

Tabla 6 Sedentarismo y obesidad.

N=50

Sedentarismo y obesidad.	Masculino				Femenino			
	No.		%		No.		%	
	A	D	A	D	A	D	A	D
Sedentario	3	2	12	8	4	3	16	16
No Sedentario	22	23	88	92	21	22	84	88
Obeso	0	0	0	0	2	2	8	8
Sobrepeso	9	7	36	28	7	5	28	20
Normo peso	16	18	64	72	16	18	64	72

Fuente: Encuesta.

Al analizar la tabla 6 se encontró que 7 pacientes que representan un 14% son sedentarios y el 86% no. Es importante señalar que la mayoría de estos pacientes sedentarios son adultos mayores por lo que se trabajó en base a su incorporación a los círculos de abuelos para lograr una actividad física acorde a su edad. En las zonas rurales los pacientes suelen ser menos sedentarios que en las zonas urbanas debido a los trabajos que realizan, en su mayoría agrícolas y a las características de lugar donde viven, teniendo que recorrer largas distancias en terrenos montañosos para realizar las labores cotidianas. Esto coincide con lo planteado por Rodes TJ<sup>(4)</sup>.

La autora encontró un total de 16 pacientes sobrepeso que constituye un 32 % de los casos estudiados. Solamente 2 pacientes son obesos teniendo en cuenta el índice de masa corporal, que representa el 4%. Esto se ve influenciado por los malos hábitos dietéticos de los pacientes y por un bajo gasto de consumo energético. A pesar de ser muy frecuente el sobrepeso y la obesidad en otros estudios, como el realizado por los doctores Ileydis Iglesias Marichal, Ivan Moyano Alfonso<sup>(19)</sup>, en esta investigación un 64% de los pacientes no son obesos.

Luego de la aplicación del sistema de acciones se logró su objetivo, incentivando a los pacientes sedentarios a realizar ejercicios físicos moderados para mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de padecer CI.

Tabla 7 Antecedentes Patológicos de Diabetes Mellitus.

N=50

Antecedentes Patológicos de Diabetes Mellitus.	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Diabetes Mellitus tipo I	0	0	0	0
Diabetes Mellitus tipo II	1	4	3	12
No Diabético	24	96	22	88

Fuente: Encuesta.

La prevalencia de diabetes está aumentando en los países desarrollados debido al incremento de la esperanza de vida, aumento de la obesidad y de los hábitos de vida sedentarios. La diabetes tipo 2 es la más frecuente (90 por ciento de los diabéticos), se produce en edades medias o avanzadas. El riesgo de padecer enfermedad coronaria en sujetos con diabetes tipo 2 es de dos a cuatro veces superior que en individuos no diabéticos de la misma edad. Las mujeres diabéticas pierden la mayor parte de su protección inherente premenopaúsica contra la enfermedad coronaria. La enfermedad coronaria, sobre todo los síndromes coronarios agudos, causan la muerte del 70 por ciento de los enfermos diabéticos. El pronóstico de la enfermedad coronaria aguda es mucho peor en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos.

Se puede observar que no existen diabéticos tipo I o insulino dependientes (tabla 8); pero un 8% son diabéticos tipo II o no insulino dependientes. Enfermedad que tiene una serie de características trombogénicas, como son alteraciones de la coagulación, rigidez eritrocitaria, aumento de la viscosidad sanguínea y mayor adhesividad de las plaquetas al endotelio dañado. Según el estudio realizado se demostró que padecer diabetes facilita la presencia de otros factores de riesgo cardiovasculares, por lo que debe insistirse en mantener un control estricto de esta enfermedad evitando así la

incidencia de CI. Es de vital importancia conocer quienes tienen la enfermedad para mantenerla compensada. Estos datos tienen cierta semejanza con los obtenidos por los doctores Ana Melva Gabán Pintor, Dr. Fermín Lázaro Alegrant Carreter <sup>(18)</sup>.

Siendo el antecedente patológico personal de padecer Diabetes Mellitus un factor de riesgo que no se puede modificar las acciones fueron enfocadas a compensar a los pacientes con hiperglucemia mediante la educación diabetológica, la dieta, el ejercicio físico y la terapia farmacológica. Se obtuvo como resultado mantener compensado a 3 de los 4 pacientes que padecen esta enfermedad, logrando además otros resultados como; lograr un funcionamiento más eficaz de sus pulmones y corazón, mejoró sus niveles de colesterol. Bajó su presión arterial. Aumentó su autoestima y le creó una actitud más positiva.

Tabla 8 Antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial (HTA).

N=50

Antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial.	Masculino		Femenino	
	No	%	No	%
HTA grado I	5	20	7	28
HTA grado II	4	16	12	48
HTA grado III	0	0	0	0
No HTA	16	64	6	24

Está establecida la relación directa y lineal entre el incremento de presión arterial y la incidencia de la enfermedad coronaria. Es frecuente que la hipertensión arterial coexista con otros factores de riesgo metabólico que deben ser evaluados, ya que algunos fármacos antihipertensivos pueden afectar de forma negativa a esos otros factores de riesgo asociados. Es muy frecuente el síndrome de resistencia a la insulina (síndrome X metabólico) que se caracteriza por intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia con descenso del HDL

colesterol, hiperuricemia, obesidad troncular y en ocasiones anomalías de la coagulación. Los pacientes con este síndrome tienen mayor riesgo de sufrir cardiopatía isquémica.

En la tabla 8 se constata que sólo 22 pacientes no son hipertensos para un 44%, por lo cual el 56% si padecen de la enfermedad. Existe un predominio de la hipertensión arterial grado II con un total de 16 pacientes para un 32%; le sigue en frecuencia la hipertensión grado I con 12 pacientes para un 24%, siendo estos datos significativos teniendo en cuenta la asociación que existe entre las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular, por ser una enfermedad que causa gran deterioro vascular. Coincidiendo así con la bibliografía revisada y lo estudios realizados por Ana Melva Gabán <sup>(18)</sup> y el Dr. Guillermo Echemedía Borrel. <sup>(20)</sup> Por todo lo planteado antes se considera de vital importancia mantener controlada y compensada la HTA que constituye factor de riesgo importante para padecer CI.

Al igual que en la tabla anterior al no poder modificar el antecedente patológico de HTA se trabajó para mantener las cifras de tensión arterial dentro de los límites normales actuando sobre la dieta, la práctica de ejercicios físicos moderados, los hábitos tóxicos y el tratamiento farmacológico, el cual se reajustó en algunos pacientes y se indicó nuevamente en pacientes que lo habían abandonado explicándole la importancia de cumplir la indicaciones médicas. Obteniendo como resultado además de mantener compensados al 100% de los pacientes los disminuyó la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Disminuyó la depresión, la excitación y los trastornos del sueño.

La CI es una prioridad a resolver en el banco de problemas del Municipio de Florencia a partir del hecho de que es una de las principales causas de ingreso en la sala de Urgencia que en ocasiones puede causar la muerte. El personal médico y paramédico, como tarea fundamental, hace un esfuerzo extraordinario por lograr en la comunidad, un aumento en lo referente a cultura sanitaria sobre la enfermedad.

Queda mucho camino por recorrer en materia de prevención. Es usual que al arribo de un paciente al servicio médico, se constaten evidentes factores de riesgo: obesidad, hipertensión, diabetes, estrés, unidos a síntomas y signos, lo que

demuestra la necesidad de intervenir en la prevención de estos factores para evitar la aparición de la CI y sus complicaciones.

En sentido general, en el municipio de Florencia, por sus condiciones de ruralidad, son atendidos pacientes que con mucha o poca cultura en materia de salud, abusan de su integridad como ser bioético-social, ya que tienden a un aumento progresivo de sus factores de riesgo.

El médico y el enfermero tiene una difícil tarea, y es la de identificar en ese gran grupo poblacional con factores de riesgo, los que presentan, mayor probabilidad de padecer CI para así implementar acciones que permitan la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones.

A pesar de los logros obtenidos, con este sistema de acciones la autora considera, que serían mucho mejores los resultados si se aplicara una labor educativa a los pacientes durante un periodo más prolongado.

Esta forma de trabajo es segura, garantiza calidad de la atención médica, y es poco costosa por lo que debiera generalizarse como una práctica habitual en los CMF. Es importante recordar que todo paciente con factores de riesgo de CI con el cual se trabaje en el momento adecuado, siempre tendrá mayores probabilidades de evitar padecer esta enfermedad.

La autora de este trabajo considera de vital importancia continuar realizando acciones dirigidas a la población con factores de riesgo de padecer CI para evitar una elevada incidencia de infarto agudo de miocardio en ancianos, una alta prevalencia de factores de riesgo en adultos y que el perfil de riesgo cardiovascular en individuos jóvenes empeore en los próximos años. Por lo es del criterio que todavía queda mucho por hacer en el campo de la prevención de la cardiopatía isquémica. Aunque se ha avanzado en el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, se ha demostrado que una dieta insana contribuye aproximadamente al 30% del riesgo de infarto en la población<sup>3</sup>.

## **CONCLUSIONES:**

Los resultados del trabajo realizado con el propósito de disminuir los factores de riesgo de la CI en el CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia a partir de un sistema de acciones, permitió arribar a las siguientes conclusiones:

La CI es una enfermedad crónica no transmisible que afecta un número considerable de pacientes en el CMF No.10 de Guadalupe, Área de Salud de Florencia. Es una entidad que se puede modificar mediante acciones de prevención y promoción aplicadas de forma continua y sistemática. Los factores de riesgo más incidentes identificados fueron: edad, sexo, obesidad, hábito de fumar, hiperlipidemia, antecedentes patológicos familiares, antecedentes de padecer Diabetes Mellitus y HTA. Se elaboró un sistema de acciones para la intervención caracterizado por el hecho de que los actores principales fueron los mismos pacientes acompañados por la doctora y la enfermera del CMF. La eficacia del sistema de acciones estuvo dada por el carácter participativo de los pacientes. El mismo estuvo integrado por acciones relacionadas con; mejorar la calidad de la dieta, disminuir el hábito de fumar, estimular la realización de ejercicios físicos. Mantener compensado a los pacientes diabéticos e hipertensos. Después de aplicar el sistema de acciones se logró disminuir un porcentaje de los factores de riesgo de padecer CI existente en la población del CMF No 10 de Guadalupe.

**RECOMENDACIONES:**

1-Se sugiere extender la aplicación de esta estrategia de intervención preventiva a los demás CMF del Área de salud de Florencia y al resto de la provincia donde se registre alto índice de pacientes con Cardiopatía Isquémica.

2- Aplicar las estrategias de prevención primaria destinadas a la población en general como un elemento indispensable para la disminución de la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles.

3- Implementar el material educativo para la población en riesgo, ya que alrededor del 55% de las defunciones por enfermedad isquémica del corazón ocurren en el hogar.

4- Fortalecer una participación activa de los médicos de primer contacto para la detección y tratamiento temprano de los factores de riesgo cardiovascular en personas aparentemente sanas, con énfasis en población joven.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Roca GR, Smith SV, Paz PE, Losada GJ, Serret RB, Llamos SN, et al. Temas de Medicina Interna. 4ta ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
- 2- Ramírez Rodríguez Milvia, y Giselle Debs Pérez El problema de la cardiopatía isquémica en Cuba, 2008.
- 3- Alfredo Bardají, José A. Barrabés, Juan Sanchis y Pedro L. Sánchez, Cardiopatía isquémica infarto y angina (serie en Internet) 2010 63(Supl.1) :49-60-Vol.63 Núm Supl.1 DOI:10.1016/S0300-8932(10)70140-8 Disponible en: [WWW.Revespcardiolog.org/es/Cardiopatía isquémica infarto y angina.htm](http://WWW.Revespcardiolog.org/es/Cardiopatía%20isquémica%20infarto%20y%20angina.htm)
- 4-Rodes TJ, Guardia MJ, Trilla GA, Aguirre EC, Arroyo PV, García CJ, et al. Medicina Interna (CD – ROM). 3ra ed. España: Masson; 2008.
- 5- Dirección Nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud 2011. La Habana, abril 2012.
- 6- Saunders WB. Text Book of Medicine. 22<sup>nd</sup> ed. New York: Copyright; 2007.
- 7- Buller CE, Fu Y, Mahaffey KW, Todaro TG, Adams P, Westerhout CM, et al. ST-segment recovery and outcome after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: insights from the Assessment of Pexelizumab in Acute Myocardial Infarction (APEX-AMI) trial. Circulation. 2008;118:1335-46.
- 8 Caballero LA. Terapia Intensiva. 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
- 9 Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias Rev Cub Med Int Emerg 2010; 9(1) 1638-1648
- 10 Gerardo Álvarez Álvarez. Máster en Psicología Médica. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del ISCMVC. Presidente de la Filial de Medicina Interna, Villa Clara. Temas de guardias medicas, 2008.

11-Bouzas-Mosquera A, Peteiro J, Alvarez-García N, Broullón FJ, Mosquera VX, García-Bueno L, et al. Prediction of mortality and major cardiac events by exercise echocardiography in patients with normal exercise electrocardiographic testing. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53:1981-90.

12- Candell-Riera J, Romero-Farina G, Milá M, Agudé-Bruix S; RECAVA (Red temática de enfermedades cardiovasculares) Research Study Group. Análisis del engrosamiento segmentario ventricular izquierdo con bajas dosis de dobutamina mediante gated-SPECT en la miocardiopatía isquémica. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1061-9.

13 Meijboom WB, Meijs MF, Schuijf JD, Cramer MJ, Mollet NR, Van Mieghem CA, et al. Diagnostic accuracy of 64-slice computed tomography coronary angiography: a prospective, multicenter, multivendor study. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52:2135-44.

14. *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos* Vol. 11, No. Especial 1 del 2007.

15 Barrabés JA, Figueras J, Cortadellas J, Lidón RM, Ibars S. Usefulness of electrocardiographic and echocardiographic left ventricular hypertrophy to predict adverse events in patients with a first non-ST-elevation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2009;103:455-60.

16 Husser O, Bodí V, Sanchís J, Mainar L, Núñez J, López-Lereu MP, et al. Valor diagnóstico adicional de la disfunción sistólica inducida para la detección de enfermedad coronaria mediante resonancia magnética cardiaca de estrés con dipiridamol. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:383-91.

17 Monmeneu JV, Bodí V, Sanchis J, López-Lereu MP, Mainar L, Núñez J, et al. Valoración del edema tras un infarto agudo de miocardio con elevación del ST mediante resonancia magnética cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:858-66.

18-Ana Melva Gabán Pintor, Dr. Fermín Lázaro Alegrant Carreter, Enoelvis de la Caridad Cardoso Arango, *Revista Mciego.* (Serie internet) año 2005 (citado 8 de

enero del 2012) disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a9\\_v11\\_supl205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a9_v11_supl205.htm)

19- Ileydis Iglesias Marichal, Ivan Moyano Alfonso, Lester Quintana Duran, Roberto Melo Sánchez Revista Mciego, (Serie internet) año 2005 (citado 8 de enero del 2012) disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/a6\\_v8\\_supl102.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/a6_v8_supl102.html)

20-Echemedía Borrel, Guillermo. Comportamiento epidemiológico de la cardiopatía isquémica. Consultorio Médico 8. Tesis de MGI.Florencia 2010.

21- Prinzmetal M, Kennamer R, Merliss R. A variant form of angina pectoris. Am j Med Citado por New Medcenter 2008;178:1192-1193.

22- Miguel Matarama Peñate. Medicina Interna .Diagnóstico y Tratamiento. La Habana:CienciasMédicas;2005

23-<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2472/1/TESIS.EM009G30.pdf>

24-[http://es.wikipedia.org/wiki/Papiro\\_Ebers](http://es.wikipedia.org/wiki/Papiro_Ebers)

25- Gopaldas RR, Chu D, Bakaeen FD. Acquired heart disease: coronary insufficiency. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012:chap 60.

Anexos:

Anexo I

Encuesta

Objetivo: para obtener información atendiendo a las variables; Edad, Sexo, Antecedentes patológicos familiares de Cardiopatía Isquémica, Hiperlipidemia, Hábito de fumar, Sedentarismo, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial.

CONSIGNA: Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre un sistema de acciones para disminuir factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica en el Consultorio 10 del Área de Salud de Florencia.

Esperamos, como siempre, su colaboración.

GRACIAS.

---

TACHE CON UNA CRUZ (x) CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS ESTÁN RELACIONADOS CON USTED.

1- Edad

19-29 años\_\_\_\_\_

30-40 años\_\_\_\_\_

41-51 años\_\_\_\_\_

52-62 años\_\_\_\_\_

63-73 años\_\_\_\_\_

74-84 años\_\_\_\_\_

85 años y más\_\_\_\_\_

2- Sexo

Masculino.\_\_\_\_\_

Femenino.\_\_\_\_\_

3- Antecedentes patológicos familiares de Cardiopatía Isquémica.

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

4- Hiperlipidemia ( es cuando se te ha diagnosticado de esta enfermedad que consiste con la elevación de los niveles de grasa permisible en el organismo)

Colesterol elevado\_\_\_\_\_

Ambos elevados.\_\_\_\_\_

Ambos normales.\_\_\_\_\_

Triacilglicéridos

elevado\_\_\_\_\_

5- Hábito de fumar.

Cigarrillos con filtro \_\_\_\_\_  
Cigarrillos sin filtro \_\_\_\_\_

Tabaco \_\_\_\_\_  
Ninguno \_\_\_\_\_

6 - Cantidad que consume (solo en los casos de que sea fumador)

1-10 cigarros al día \_\_\_\_\_  
11-20 cigarros al día \_\_\_\_\_  
21 y más cigarros al día \_\_\_\_\_

1-3 tabacos \_\_\_\_\_  
4 tabacos y más \_\_\_\_\_

7 - Sedentarismo. (Paciente que no practica deportes, no camina largos tramos en la semana, no realiza gimnasia matutina y trabajos que no requieran esfuerzo físico.

Sedentario \_\_\_\_\_

No sedentario. \_\_\_\_\_

8- Obesidad. (que en su consulta programada su doctora le halla diagnosticado esta afección)

Obeso. \_\_\_\_\_  
Sobrepeso. \_\_\_\_\_

No obeso. \_\_\_\_\_

9- Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus tipo I \_\_\_\_\_  
Diabetes Mellitus tipo II \_\_\_\_\_

No diabéticos. \_\_\_\_\_

10 - Hipertensión arterial.

Hipertensión arterial grado I \_\_\_\_\_  
Hipertensión arterial grado II \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial grado III \_\_\_\_\_  
No Hipertensión arterial. \_\_\_\_\_

## Anexo II

### Análisis documental

Objetivo: Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos.

Contenidos: Hiperlipidemia, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y sus diferentes grados.

#### -Hiperlipidemia:

Colesterol elevado \_\_\_\_\_

TAG elevado \_\_\_\_\_

Ambos elevados. \_\_\_\_\_

Ambos normales. \_\_\_\_\_

#### - Obesidad:

Obeso. \_\_\_\_\_

Sobrepeso. \_\_\_\_\_

No obeso. \_\_\_\_\_

#### -Diabetes Mellitus:

Diabetes Mellitus tipo I \_\_\_\_\_

Diabetes Mellitus tipo II \_\_\_\_\_

No diabéticos. \_\_\_\_\_

#### - Hipertensión arterial:

Hipertensión arterial grado I \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial grado II \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial grado III \_\_\_\_\_

No Hipertensión arterial. \_\_\_\_\_

