

Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos

**Policlínico Universitario de Cartagena
“Reinaldo Naranjo Leyva”**

**Título: Factores de riesgo asociados a la Cardiopatía
isquémica en el Área de salud de Cartagena. Enero
2019- Agosto 2021.**

Autor: Dra. Rosmery Pérez Alba.

Residente 3er año Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Maylin Josefa Rodríguez Calle.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

Master en Longevidad Satisfactoria.

Fecha de inicio: Enero de 2019.

Fecha de terminación: Septiembre de 2021.

Cartagena, 2021

PERFIL DEL PROYECTO

I. Título del Programa al cual se presenta el proyecto:

Programa de control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

II. Título del Proyecto:

Factores de riesgo asociados a la Cardiopatía en el área de salud de Cartagena.

III. Clasificación del Proyecto:

Investigación de desarrollo.

IV. Institución ejecutora principal del Proyecto y Organismo al que pertenece:

Policlínico Universitario "Reinaldo Naranjo Leyva", Cartagena, Rodas, Cienfuegos. MINSAP.

V. Datos del equipo de investigación:

Dra. Rosmery Pérez Alba. Residente de Primer año de Medicina General Integral.

VI. Sustituto previsto ante la ausencia del jefe del proyecto:

Dra. Maylin Josefa Rodríguez Calle. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria.

VII. Duración estimada del Proyecto:

Fecha de inicio: 1 de Enero de 2019.

Fecha de terminación: 1 de Septiembre de 2021.

Resumen

La cardiopatía isquémica esta definida como una forma específica de afección miocárdica por lo que es hoy la principal causa de muerte en los países desarrollados, razón por la que se realizará un estudio observacional descriptivo retrospectivo con el objetivo de describir el comportamiento de la Cardiopatía Isquémica en el Área de salud de Cartagena en el período comprendido entre Enero del 2019 a Agosto del 2021. El universo del estudio lo constituirán pacientes portadores de cardiopatía isquémica pertenecientes a los 11 consultorios médicos del área de Salud de Cartagena, muestra que quedará constituida por el total de paciente con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica según dispensarización. Se les aplicará una encuesta diseñada y aplicada por el autor y aplicada a cada paciente. Se incluirán las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgos, síntomas más frecuentes y medicamentos utilizados. Para la recolección de la información se utilizarán la historia clínica familiar e individual.

Índice	Páginas
--------	---------

Índice	Páginas
--------	---------

Resumen	
Introducción.....	1
Objetivos.....	10
Diseño metodológico.....	11
Cronograma.....	17
Referencias bibliográficas.....	18
Anexos.....	

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la prevención de las enfermedades que afectan al hombre han constituido las metas de los sistemas de salud. Los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, que en su mayoría han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud. ⁽¹⁾

La Cardiopatía Isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial y la tercera en años laborales potencialmente perdidos, muestra una alta prevalencia a pesar de que en los últimos años ha tenido una tendencia marcada al descenso relacionada entre otras causas con la asequibilidad de los servicios de salud, la creación de las Unidades de Cuidados Coronario, Unidades de Terapia Intensiva, el acercamiento de las terapias trombolíticas al momento de la crisis de isquemia cardiaca y la instauración de políticas de promoción y prevención de salud en países desarrollados sobre todo de Europa que marcan hitos en este sentido. ^(2,3)

A partir de la segunda mitad del siglo xx el mundo ha experimentado el incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cuya aparición depende del desarrollo de la aterosclerosis, constituyendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte en los países industrializados, y en vía de desarrollo. La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. ⁽⁴⁾

La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución y el estudio de todos los factores que inciden en esta, han cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. Los problemas crónicos una vez establecidos pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado o conducirlo a la muerte. La prevalencia de esta enfermedad varía de forma amplia de un área geográfica a otra pero aún así continúa siendo la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados, ocasionando entre el 12 y el 45% de todas las defunciones. ⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾

La cardiopatía isquémica resulta ser responsable de más del 80 % de todos los fallecidos por dichas enfermedades. La importancia de la cardiopatía isquémica en la sociedad actual se demuestra por el número elevado de pacientes afectados especial si se compara con el número tan escaso de los casos informados en la literatura médica antes de este siglo. ^(8-9,10)

En general las enfermedades cardiovasculares han sido el mayor problema de salud global y la principal causa de muerte en países desarrollados durante varias décadas, como señalan las diversas estadísticas que precisan su magnitud y por ello nos alertan. Los estimados sugieren que más de 60 millones de personas padecen alguna forma de afección cardíaca isquémica en determinado momento de sus vidas. ⁽¹⁰⁾

En España, la prevalencia de cardiopatía isquémica en individuos mayores de 60 años supera ya el 65% y posiblemente seguirá aumentando, en ellos suelen observarse una presión sistólica muy alta, una mayor incidencia de factores de riesgos y una elevada morbilidad por infarto agudo del miocardio. ^(11,12)

En Cuba a pesar de realizarse un esfuerzo extraordinario en la creación de un sistema de salud cuyo objetivo es el hombre como ser biopsicosocial con una cobertura preventivo asistencial que garantice una atención integral al individuo las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 al 1997 de 114 a 160 por cada 100 000 habitantes causando en el año 1998 unas 17143 muertes atribuibles a enfermedad isquémica del corazón unido a esto se tiene en cuenta que en los hospitales ingresan al año unos 12000 pacientes por infarto del miocardio con una letalidad promedio del 14 al 20 % , se puede inferir que aún queda un largo Logrando determinar cuáles son los factores de riesgo más importantes en los pacientes describiendo su comportamiento por sexo, edad, y forma clínica de presentación podremos trazar estrategias específicas para eliminarlos y mejorar el estilo de vida y el estado de salud de nuestra población.

(13-15)

Según el anuario de mortalidad del Ministerio de Salud: 2.331 hombres y 1.265 mujeres fallecieron en el 2003 por cardiopatía isquémica siendo más frecuente el infarto agudo del miocardio, convirtiéndose en la primera causa de muerte. ⁽¹⁶⁾

Según estudios realizados en Cuba en los años 2012 al 2014 se determinó una mortalidad del 27% de la mortalidad global en pacientes mayores de 60 años y una prevalencia en mayores de 55 años de un 4,4 % siendo el sexo femenino el más afectado. ⁽¹⁷⁾

Es aquí donde se logra realizar la dispensarización de la población y unido a esto se encuentran las actividades de promoción de salud para dar una atención más integral a nuestros habitantes. ⁽¹⁸⁾

Además el Sistema Nacional de Salud, está estructurado de forma tal, que la interrelación que existe entre los tres niveles de atención, garantizan el camino para poder actuar sobre los factores de riesgos como piedra angular de la cual depende la disminución en forma significativa la morbi - mortalidad por cardiopatía isquémica y dentro de esta el infarto agudo del miocardio y otras enfermedades que constituyen un problema de salud. ^(19,20)

Aún falta mucho por hacer si lo comparamos con países europeos, para disminuir la mortalidad por esta entidad, mejorar la calidad de vida, disminuir los ingresos por descompensaciones y lograr perfeccionar entonces el estado de salud de la población. Si con el transcurso de los conocimientos médicos de esta enfermedad se ha conseguido disminuir la mortalidad no sólo en países desarrollados y en Cuba sino también en muchos países subdesarrollados, en menor o mayor grado, en las manos está también disminuir su morbilidad y las posibilidades de descompensaciones. ²⁹ Se convierte entonces, en estos tiempos de la historia de la medicina, la prevención primaria y secundaria en el principal método para disminuir la morbi-mortalidad de esta entidad. ^(21,22)

En el área de salud de Cartagena no se ha encontrado referencia de estudios estadísticos relacionados con la cardiopatía isquémica que abarquen a todo el área por lo que ante esta disyuntiva y partiendo de lo antes referido se cree necesario la realización de un estudio que permita conocer los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el área, que conlleva a un deterioro de la misma sobre las cuales se debe actuar para lograr un mejor estilo de vida y mejorar las condiciones de salud de la población. ⁽²³⁾

Ante esta situación se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuales serán los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el área de salud de Cartagena?

MARCO TEORICO

La cardiopatía isquémica entidad llamada por muchos el azote de la vida moderna esta definida como 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 causando una perturbación hemodinámica que se crea en dicha circunstancia, dada por una ruptura de la obligada correspondencia entre demanda metabólica y aporte de combustible energético-oxígeno y otros nutrientes al tiempo que se trastorna también la remoción de catabolitos celulares. Formando este síndrome se encuentran la angina de pecho, el infarto agudo del miocardio como principales entidades y la muerte súbita. (22-24)

La angina de pecho es un término utilizado hace más de 200 años por William Heberden para describir un cuadro clínico caracterizado por un malestar o desconfort del pecho o más exactamente una sensación de estrangulación que se acompaña de sensación de muerte inminente, que se presenta al caminar o con posterioridad a comidas copiosas y que se alivia con el reposo. casi siempre esta afección se encuentra asociada a una enfermedad arterial, de origen aterosclerótico, aunque también pueden ser síntomas de una estenosis aórtica, de una miocardiopatía hipertrófica, no es sinónimo por lo tanto de aterosclerosis coronaria porque puede existir una sin necesidad de la otra. (25)

Actualmente la angina de pecho se conceptualiza como un malestar torácico discreto, como sensación de opresión, molestia o ansiedad en el pecho, especialmente asociado al esfuerzo atribuible, a una isquemia miocárdica, como

consecuencia de un desequilibrio entre la irrigación cardíaca y las demandas miocárdica. ⁽²⁶⁾

El infarto agudo del miocardio es la necrosis o muerte de una porción de músculo cardíaco a causa de la interrupción brusca o disminución de su riego coronario por la formación de un trombo en el sitio de una placa aterosclerótica fisurada o rota. ⁽²⁷⁾

Muerte súbita: se definió como el cese brusco de la actividad mecánica del corazón que cumpliera con los siguientes requisitos operacionales: fallecimiento de causa natural, inesperado, con un tiempo de evolución no mayor de 6 horas y se tuvo en cuenta también aquellos pacientes que fueron reanimados satisfactoria

Los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares han permitido identificar a través de metodologías correlacionales un conjunto de variables denominadas factores de riesgos relacionados con la incidencia de dichos trastornos. Diversos factores indican que los determinantes de las enfermedades de este tipo son complejos y multicausal.

Dentro de estos factores tenemos no modificables: la edad, el sexo y la raza, modificables: Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Obesidad, Hiperuricemia, Stress (Personalidad tipo A), Vida Sedentaria y los potencialmente modificables: Diabetes e Hiperlipidemias. ^(28,29)

Predominando el colesterol elevado o la hipercolesterolemia, como primer factor de riesgo coronario es decir, de todos los factores de riesgo cardiovascular, es el que más relación directa tiene con la aparición de la cardiopatía isquémica. ⁽³⁰⁾

La Diabetes Mellitus es otro de los grandes factores de riesgos pues 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, además suele asociarse a factores como la hipertensión arterial. ⁽³¹⁾

El hábito de fumar es considerado el más importante de los factores modificables después de la obesidad debido a que los fumadores tienen dos veces más riesgos de cardiopatía isquémica.⁽³²⁾

Con respecto a la edad es conocido que antes de los 50 años la incidencia de la enfermedad es baja y prácticamente desconocida en la infancia-adolescencia. Puede decirse que la cardiopatía isquémica es una afección con preferencia de la quinta década de la vida. ⁽³³⁾

El actuar sobre los factores de riesgo coronario en pacientes con Cardiopatía Isquémica disminuye las probabilidades de que esta enfermedad se descompense, disminuye sus complicaciones, mejora el pronóstico, disminuye las visitas a los servicios de urgencias y la estadía hospitalaria; y lo más importante podría disminuir aún más.^(34,35)

La cardiopatía isquémica es hoy la principal causa de muerte en los países desarrollados, donde debido al alto estándar de vida y al desarrollo científico técnico alcanzado es posible cumplir con dos de las premisas fundamentales para el desarrollo de esta enfermedad que son el aumento de la expectativa de vida y el control o minimización de las enfermedades transmisibles. ^(36, 37)

A pesar de este descenso falta mucho que hacer si se compara con países europeos, para disminuir la mortalidad por esta entidad, mejorar la calidad de vida, disminuir los ingresos por descompensaciones y lograr perfeccionar entonces el

estado de salud de la población. Si con el transcurso de los conocimientos médicos de esta enfermedad se ha conseguido disminuir la mortalidad no sólo en países desarrollados sino también en muchos países subdesarrollados, en menor o mayor grado, en nuestras manos está también disminuir su morbilidad y las posibilidades de descompensaciones. Se convierte entonces, en estos tiempos de la historia de la medicina, la prevención primaria y secundaria en el principal método para disminuir la morbi- mortalidad de esta entidad. ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾

Teniendo en cuenta que esta patología es la primera causa de ingresos en los servicios de urgencias y que además es la principal causa de muerte intra-hospitalaria se decide realizar este estudio para describir los factores de riesgo asociados que están influyendo sobre los pacientes con Cardiopatía Isquémica y que favorecen su descompensación, empeoran su calidad de vida y aumentan sus posibilidades de morir.

Cualquier proyecto de intervención en salud, debe partir del conocimiento que se tenga acerca de la realidad donde se va a realizar una intervención.

OBJETIVOS

General

Describir los factores de riesgo asociados a la Cardiopatía Isquémica en el área de salud de Cartagena.

Específicos

- Caracterizar a la población objeto de estudio según: edad, sexo y color de la piel.
- Identificar los factores de riesgos presentes en la población estudiada.
- Relacionar los factores de riesgos coronarios según tratamiento utilizado en los pacientes con cardiopatía isquémica.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir los factores de riesgos asociados a la cardiopatía isquémica el área de salud de Cartagena en el período comprendido entre enero del 2019 agosto 2021.

Universo y muestra:

El universo de estudio quedará constituido por el total de pacientes portadores de cardiopatía isquémica pertenecientes a los 11 consultorios médicos del área de salud de Cartagena y la muestra será seleccionada teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Paciente con adecuadas facultades mentales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes fallecidos por cualquier causa durante el estudio.

Para describir los factores de riesgos asociados a la Cardiopatía Isquémica se determinarán los grupos de edades, el sexo color de la piel donde la enfermedad tiene mayor significación de acuerdo a su porcentaje de presentación, se relacionaran los factores de riesgos coronarios según tratamiento utilizado en los pacientes con cardiopatía isquémica

Se tendrá en cuenta la siguiente operacionalización de variables:

Variable		Tipo	Escala	Descripción
Edad		Cuantitativa discreta	Menos de 35 años	Según años vividos hasta el inicio del estudio.
			35 a 44 años	
			45 a 54 años	
			55 a 64 años	
			65 y más años	
Sexo		Cualitativa nominal Dicotómica	Masculino	Según sexo biológico.
			Femenino	
Color de la piel		Cualitativa Nominal	Blanca	Según color de la piel
			Mestiza	
			Negra	
	Hábito de fumar:	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según la presencia o no del hábito tóxico.
			No	
		Cualitativa	Si	Según la

Factores	Antecedentes de Alcoholismo.	Nominal Dicotómica	No	presencia o no del hábito tóxico.
	Hipertensión arterial.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según la presencia o no del antecedente.
			No	
	Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según la presencia o no del antecedente.
			No	
	Obesidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según el IMC mayor de 30
			No	
	Sedentarismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según realización de actividad física
			No	
	Hipercolesterolemia	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según la presencia de la misma o no
			No	
	APF de cardiopatía isquémica	Cualitativa Nominal	Si	Según la presencia de los
			No	

M e d i c a m e n t o s U t i l		Dicotómica		mismos o no
	Tratamiento con antiagregantes plaquetarios	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no.
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Tratamiento con Nitratos	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Tratamiento con Batabloqueadores	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Tratamiento con IECA	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Tratamiento con Diuréticos	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Tratamiento con Anticálcicos	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		

i z a d o s	Tratamiento con Digitálicos	Cualitativa	Si	Según tome el medicamento o no
		Nominal Dicotómica	No	
	Ergometría	Cualitativa	Si	Según se le haya realizado este tipo de estudio.
		Nominal Dicotómica	No	
	Angioplastia	Cualitativa	Si	Según haya recibido este tipo de tratamiento.
		Nominal Dicotómica	No	
	Cirugía	Cualitativa	Si	Según haya recibido este tipo de tratamiento.
		Nominal Dicotómica	No	
	Sin medicamentos	Cualitativa	Si	Según no tome ningún medicamento o haya abandonado el mismo.
		Nominal Dicotómica	No	

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizará una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema objeto de investigación así como bibliografía actualizada de la especialidad. Se obtendrán los datos primarios a través del método empírico: la encuesta (anexo 1) las cuales serán aplicadas personalmente a los pacientes que constituirá la muestra y el consentimiento informado por el paciente (anexo 2) la revisión de las historias clínicas individuales y familiares (anexo 3)

ASPECTOS ÉTICOS

En la investigación se cumplirá con los 5 principios éticos requeridos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia, la justicia y la autonomía. Aunque se realizará encuesta personal a cada paciente y se mantendrá anonimato en todos los casos al transcribir los datos hacia la ficha confeccionada al efecto del trabajo. Se contará con la aprobación del consejo científico del área desde la confección del protocolo de investigación y se comunicará a la dirección de la institución donde se realizará este estudio.

Cronograma

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Revisión de la bibliografía	Enero 2019	Mayo 2019
Confección del Protocolo de investigación	Enero 2019	Mayo 2019
Presentación del Protocolo de investigación al Consejo Científico del área	Septiembre 2019	Octubre 2019
Recolección de los datos	Octubre 2019	Febrero 2020
Procesamiento estadístico	Marzo 2021	Abril 2021
Confección del informe final de la investigación	Mayo 2021	Junio 2021
Presentación de los resultados	Según Convocatoria	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Calvo González A, Fernández Machin LM, Guerrero Guerrero LG, González García VM, Rubial León AL, Hernández Iglesias M. Estilos de Vidas y factores de riesgo asociados a cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana 2016 Mayo-Junio 20(3)
- 2) Libertad Martín A, Sairo Agramante M, Bayarre Vea HD. Frecuencia de cumplimiento de tratamiento médico en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana 2018 Abril ; 19(2)
- 3) Castañar. Herrera JF, Céspedes Lantigua, LA, Álvarez Sintés, Roberto. Síndrome de Cardiopatía isquémica. Temas de Medicina General Integral . La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2015: 536-556.
- 4) Roger William J, Benett, J Claude; Plun, Fred. EN: Cecil Tratado de Medicina Interna 20. ed. Ciudad de la Habana. . Editorial Ciencias Médicas, 1996:337-343.
- 5) Humphires, J Oneal. Coronariopatía isquémica. EN. Stein, Jay H. Medicina Interna. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias -Técnica 1987: 546-558.
- 6) Roca Goderich, Reynaldo. Cardiopatía isquémica. En 80 : Temas de Medicina Interna. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación 1994:268-292.
- 7) Organización Panamericana de la Salud. Ataca Creciente obesidad a dietas malas y falta de ejercicios. Washington 2017.
- 8) Robillo Silva, Nelson. Cardiopatía isquémica. Manual de Diagnóstico y tratamiento de las especialidades clínicas. La Habana. 2019; 35-41.
- 9) Boletín. La OMS redoblará lucha en el mundo. Suiza 2013
- 10) MINSAP. Programa de Cardiopatía isquémica. 20119.

- 11) Boletín: Implementa Cuba nuevas técnicas para tratar afecciones cardíacas. La Habana 2017.
- 12) Consenso TASC. JVase Surg Suppl 1.2. 2016 Jan .
- 13) Baena Díaz JM, Del Valle García JL, Tomás Peregrino J, Martínez Martínez JL, Martín Piña Caba R et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgos en atención primaria. Revista Española de Cardiología. España. 2018 Abril ; 58(4):367-363.
- 14) Jaramillo N. Coma y reduzca su riesgo cardiovascular. Cartagena. Editora Contusalud 2019.
- 15) Rodríguez Roca GC, Artigaos Rodenas LM. Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Vanegas Vanegas JR al. Control de Hipertensión Arterial en la población Española mayor o igual de 65 años asistida en atención primaria de salud. Revista Española de Cardiología. España 2019 Abril ;58(4)
- 16) Saavedra, SS Obesidad (Fundamentos de las recomendaciones FAC."99 En Prevención Cardiovascular). Primer Congreso virtual de Cardiología 2016.
- 17) Cabale Vilariño, María; Torres Cabrera, Maritza ; Heres, Álvarez, Flor et al. Lipoproteínas como factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular Aterosclerótica. Rev. Cubana de Medicina 2018; 43:(2-3)
- 18) Debs Pérez, Giselle; La Noval García, Reynaldo; Dueñas Herrera, Alfredo; Debs Pino Julios. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de los cinco años?. Rev Cubana de Cardiología 2020; 15(1):6-13.
- 19) Debs Pérez, Giselle; et al. Prevalencia de factores de riesgo coronario en 10 de Octubre. Rev Cubana de Cardiología 2019; 15(1): 14-20.
- 20) Bolli R. The late phase of preconditioning. Cirres. 2006; 86:50-4.

- 21) Who Health Organization. Health For. All Statistical database updated. Regional Office for Europe. Copenhagen 2017.
- 22) Stenestrand,u; Wallinten I. Early Revascularization for Myocardial Infarction; Lancet 2018; 360(9345): 1603
- 23) O'Shea , JC. A Tale of two Countries: Insights from the differences in Canadian American patterns of care for patients with acute Coronary Syndrome. Amer Heart; 2017; 142(1):14-20.
- 24) Jones I D. Emergency department evolution of the chest pain patients. Emerg Med Clin North Am 2016; 19(2); 269_82.
- 25) González González , Lidia Morera Castro, Yadira ; Álvarez Plubes, Natalia, Almeida Corralero, Gisela; Molina Milian Alberto. Infarto del Miocardio y metabolismo lipídico. Rev de MGI vo; 19 No : 6 2019.
- 26) Conde Cordiera, H; Céspedes Lantigua, L.A ; Obregón Santo AG Miranda Santa M. Manejo de la Angina de pecho en el consultorio médico de familia. 2018 16(16): 598-605.
- 27) Orsay Araña M de la C, Fernández Machin LM, González García VM, Durán Torres G, Hernández Iglesias M, Reubal León A. Ocurrencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana. 2017;(5).
- 28) Web. Medicina. Preventiva. Temas de Salud. Caracas. Venezuela. 2016
- 29) Manfroi, Waldomiro Carlos. Historial de la atención cardiovascular en Venezuela. Revista de Medicina de Urgencias Ven. 2016; 78(4):388-395
- 30) Departamento de Epidemiología Regional. Morbilidad según enfermedades cardiovasculares. Distrito sanitario. Estado Trujillo 2015

- 31) Rogers WJ, Canto JG, Lambrew CT, et al. Temporal trends in the treatment of over 1.5 million patients with myocardial infarction in the US from 1990 through 1999: the National Registry of Myocardial Infarction 1, 2 and 3. J Am Coll Cardiol. 2015; 36:2056-63.
- 32) Carrasco Meza V .H.; Guillén Liera F.: ¿Hay que tratar los factores de riesgo cardiovascular después de los 75 años?: El envejecimiento hoy. Jano, medicina y humanidades. NI 1279. 2020
- 33) Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Reimpresión 2005.
- 34) Farreras Rozman C. Medicina Interna. 14ª edición. España: Editorial Harcourt; 2014.
- 35) Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago E R, Batista Molier R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
- 36) Horemkenesi, Da Vinci, Borodin: tres olvidados precursores de la cardiopatía isquémica. Rev. Elect inf. [serie en Internet] volumen 60 numero 04 abril 2017 [Sociedad Española de Cardiología](#) al e Cardiol. 2017; 60:453-4
- 37) Gaceta Sanitaria. Vol. 20, n. 5 (1 sep. 2006). ISSN 0213-9111, pp. 360-367
- 38) Jencks SF, Huff ED, Cuerdon T. Change in the quality of care delivered to medicare beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001. JAMA. 2015; 289:305-12.
- 39) Arós F, Loma-Orsio A, Alonso JJ, Cabadés A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev. Esp Cardiol 2018; 52:919-956.

- 40) López Bescós L, Fernández-Ortiz A, Bueno Zamora H, Coma Canella I, et al.
Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina
inestable/infarto sin elevación de ST. Rev. Esp Cardiol. 2017; 06,53:838-850.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la prevención de las enfermedades que afectan al hombre han constituido las metas de los sistemas de salud. Los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, que en su mayoría han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud. ⁽¹⁾

La Cardiopatía Isquémica es la principal causa de muerte a nivel mundial y la tercera en años laborales potencialmente perdidos, muestra una alta prevalencia a pesar de que en los últimos años ha tenido una tendencia marcada al descenso relacionada entre otras causas con la asequibilidad de los servicios de salud, la creación de las Unidades de Cuidados Coronario, Unidades de Terapia Intensiva, el acercamiento de las terapias trombolíticas al momento de la crisis de isquemia cardiaca y la instauración de políticas de promoción y prevención de salud en países desarrollados sobre todo de Europa que marcan hitos en este sentido. ^(2,3)

A partir de la segunda mitad del siglo xx el mundo ha experimentado el incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cuya aparición depende del desarrollo de la aterosclerosis, constituyendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte en los países industrializados, y en vía de desarrollo. La incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas se ha convertido en una cuestión inquietante para los profesionales de la salud en el mundo de hoy. ⁽⁴⁾

La búsqueda de métodos que contribuyan a su disminución y el estudio de todos los factores que inciden en esta, han cobrado vital importancia en las ciencias de

la salud. Los problemas crónicos una vez establecidos pueden acompañar al individuo durante mucho tiempo, empeorar su estado o conducirlo a la muerte. La prevalencia de esta enfermedad varía de forma amplia de un área geográfica a otra pero aún así continúa siendo la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados, ocasionando entre el 12 y el 45% de todas las defunciones. (5-6-7)

La cardiopatía isquémica resulta ser responsable de más del 80 % de todos los fallecidos por dichas enfermedades. La importancia de la cardiopatía isquémica en la sociedad actual se demuestra por el número elevado de pacientes afectados especial si se compara con el número tan escaso de los casos informados en la literatura médica antes de este siglo. (8-9,10)

En general las enfermedades cardiovasculares han sido el mayor problema de salud global y la principal causa de muerte en países desarrollados durante varias décadas, como señalan las diversas estadísticas que precisan su magnitud y por ello nos alertan. Los estimados sugieren que más de 60 millones de personas padecen alguna forma de afección cardíaca isquémica en determinado momento de sus vidas. (10)

En España, la prevalencia de cardiopatía isquémica en individuos mayores de 60 años supera ya el 65% y posiblemente seguirá aumentando, en ellos suelen observarse una presión sistólica muy alta, una mayor incidencia de factores de riesgos y una elevada morbilidad por infarto agudo del miocardio. (11,12)

En Cuba a pesar de realizarse un esfuerzo extraordinario en la creación de un sistema de salud cuyo objetivo es el hombre como ser biopsicosocial con una

cobertura preventivo asistencial que garantice una atención integral al individuo las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 al 1997 de 114 a 160 por cada 100 000 habitantes causando en el año 1998 unas 17143 muertes atribuibles a enfermedad isquémica del corazón unido a esto se tiene en cuenta que en los hospitales ingresan al año unos 12000 pacientes por infarto del miocardio con una letalidad promedio del 14 al 20 % , se puede inferir que aún queda un largo Logrando determinar cuáles son los factores de riesgo más importantes en los pacientes describiendo su comportamiento por sexo, edad, y forma clínica de presentación podremos trazar estrategias específicas para eliminarlos y mejorar el estilo de vida y el estado de salud de nuestra población.

(13-15)

Según el anuario de mortalidad del Ministerio de Salud: 2.331 hombres y 1.265 mujeres fallecieron en el 2003 por cardiopatía isquémica siendo más frecuente el infarto agudo del miocardio, convirtiéndose en la primera causa de muerte. ⁽¹⁶⁾

Según estudios realizados en Cuba en los años 2012 al 2014 se determinó una mortalidad del 27% de la mortalidad global en pacientes mayores de 60 años y una prevalencia en mayores de 55 años de un 4,4 % siendo el sexo femenino el más afectado. ⁽¹⁷⁾

Es aquí donde se logra realizar la dispensarización de la población y unido a esto se encuentran las actividades de promoción de salud para dar una atención más integral a nuestros habitantes. ⁽¹⁸⁾

Además el Sistema Nacional de Salud, está estructurado de forma tal, que la interrelación que existe entre los tres niveles de atención, garantizan el camino

para poder actuar sobre los factores de riesgos como piedra angular de la cual depende la disminución en forma significativa la morbi - mortalidad por cardiopatía isquémica y dentro de esta el infarto agudo del miocardio y otras enfermedades que constituyen un problema de salud. ^(19,20)

Aún falta mucho por hacer si lo comparamos con países europeos, para disminuir la mortalidad por esta entidad, mejorar la calidad de vida, disminuir los ingresos por descompensaciones y lograr perfeccionar entonces el estado de salud de la población. Si con el transcurso de los conocimientos médicos de esta enfermedad se ha conseguido disminuir la mortalidad no sólo en países desarrollados y en Cuba sino también en muchos países subdesarrollados, en menor o mayor grado, en las manos está también disminuir su morbilidad y las posibilidades de descompensaciones. ²⁹ Se convierte entonces, en estos tiempos de la historia de la medicina, la prevención primaria y secundaria en el principal método para disminuir la morbi-mortalidad de esta entidad. ^(21,22)

En el área de salud de Cartagena no se ha encontrado referencia de estudios estadísticos relacionados con la cardiopatía isquémica que abarquen a todo el área por lo que ante esta disyuntiva y partiendo de lo antes referido se cree necesario la realización de un estudio que permita conocer los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el área, que conlleva a un deterioro de la misma sobre las cuales se debe actuar para lograr un mejor estilo de vida y mejorar las condiciones de salud de la población. ⁽²³⁾

Ante esta situación se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuales serán los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en el área de salud de Cartagena?

MARCO TEORICO

La cardiopatía isquémica entidad llamada por muchos el azote de la vida moderna esta definida como 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 causando una perturbación hemodinámica que se crea en dicha circunstancia, dada por una ruptura de la obligada correspondencia entre demanda metabólica y aporte de combustible energético-oxígeno y otros nutrientes al tiempo que se trastorna también la remoción de catabolitos celulares. Formando este síndrome se encuentran la angina de pecho, el infarto agudo del miocardio como principales entidades y la muerte súbita. (22-24)

La angina de pecho es un término utilizado hace más de 200 años por William Heberden para describir un cuadro clínico caracterizado por un malestar o desconfort del pecho o más exactamente una sensación de estrangulación que se acompaña de sensación de muerte inminente, que se presenta al caminar o con posterioridad a comidas copiosas y que se alivia con el reposo. casi siempre esta afección se encuentra asociada a una enfermedad arterial, de origen aterosclerótico, aunque también pueden ser síntomas de una estenosis aórtica, de una miocardiopatía hipertrófica, no es sinónimo por lo tanto de aterosclerosis coronaria porque puede existir una sin necesidad de la otra. (25)

Actualmente la angina de pecho se conceptualiza como un malestar torácico discreto, como sensación de opresión, molestia o ansiedad en el pecho, especialmente asociado al esfuerzo atribuible, a una isquemia miocárdica, como

consecuencia de un desequilibrio entre la irrigación cardíaca y las demandas miocárdica. ⁽²⁶⁾

El infarto agudo del miocardio es la necrosis o muerte de una porción de músculo cardíaco a causa de la interrupción brusca o disminución de su riego coronario por la formación de un trombo en el sitio de una placa aterosclerótica fisurada o rota. ⁽²⁷⁾

Muerte súbita: se definió como el cese brusco de la actividad mecánica del corazón que cumpliera con los siguientes requisitos operacionales: fallecimiento de causa natural, inesperado, con un tiempo de evolución no mayor de 6 horas y se tuvo en cuenta también aquellos pacientes que fueron reanimados satisfactoria. Los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares han permitido identificar a través de metodologías correlacionales un conjunto de variables denominadas factores de riesgos relacionados con la incidencia de dichos trastornos. Diversos factores indican que los determinantes de las enfermedades de este tipo son complejos y multicausal. Dentro de estos factores tenemos no modificables: la edad, el sexo y la raza, modificables: Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Obesidad, Hiperuricemia, Stress (Personalidad tipo A), Vida Sedentaria y los potencialmente modificables: Diabetes e Hiperlipidemias. ^(28,29)

Predominando el colesterol elevado o la hipercolesterolemia, como primer factor de riesgo coronario es decir, de todos los factores de riesgo cardiovascular, es el que más relación directa tiene con la aparición de la cardiopatía isquémica. ⁽³⁰⁾

La Diabetes Mellitus es otro de los grandes factores de riesgos pues 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, además suele asociarse a factores como la hipertensión arterial. ⁽³¹⁾

El hábito de fumar es considerado el más importante de los factores modificables después de la obesidad debido a que los fumadores tienen dos veces más riesgos de cardiopatía isquémica. ⁽³²⁾

Con respecto a la edad es conocido que antes de los 50 años la incidencia de la enfermedad es baja y prácticamente desconocida en la infancia-adolescencia. Puede decirse que la cardiopatía isquémica es una afección con preferencia de la quinta década de la vida. ⁽³³⁾

El actuar sobre los factores de riesgo coronario en pacientes con Cardiopatía Isquémica disminuye las probabilidades de que esta enfermedad se descompense, disminuye sus complicaciones, mejora el pronóstico, disminuye las visitas a los servicios de urgencias y la estadía hospitalaria; y lo más importante podría disminuir aún más. ^(34,35)

La cardiopatía isquémica es hoy la principal causa de muerte en los países desarrollados, donde debido al alto estándar de vida y al desarrollo científico técnico alcanzado es posible cumplir con dos de las premisas fundamentales para el desarrollo de esta enfermedad que son el aumento de la expectativa de vida y el control o minimización de las enfermedades transmisibles. ^(36, 37)

A pesar de este descenso falta mucho que hacer si se compara con países europeos, para disminuir la mortalidad por esta entidad, mejorar la calidad de vida, disminuir los ingresos por descompensaciones y lograr perfeccionar entonces el

estado de salud de la población. Si con el transcurso de los conocimientos médicos de esta enfermedad se ha conseguido disminuir la mortalidad no sólo en países desarrollados sino también en muchos países subdesarrollados, en menor o mayor grado, en nuestras manos está también disminuir su morbilidad y las posibilidades de descompensaciones. Se convierte entonces, en estos tiempos de la historia de la medicina, la prevención primaria y secundaria en el principal método para disminuir la morbi- mortalidad de esta entidad. ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾

Teniendo en cuenta que esta patología es la primera causa de ingresos en los servicios de urgencias y que además es la principal causa de muerte intra-hospitalaria se decide realizar este estudio para describir los factores de riesgo asociados que están influyendo sobre los pacientes con Cardiopatía Isquémica y que favorecen su descompensación, empeoran su calidad de vida y aumentan sus posibilidades de morir.

Cualquier proyecto de intervención en salud, debe partir del conocimiento que se tenga acerca de la realidad donde se va a realizar una intervención.

OBJETIVOS

General

Describir los factores de riesgo asociados a la Cardiopatía Isquémica en el área de salud de Cartagena.

Específicos

- Caracterizar a la población objeto de estudio según: edad, sexo y color de la piel.
- Identificar los factores de riesgos presentes en la población estudiada.
- Relacionar los factores de riesgos coronarios según tratamiento utilizado en los pacientes con cardiopatía isquémica.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir los factores de riesgos asociados a la cardiopatía isquémica

el área de salud de Cartagena en el período comprendido entre enero del 2019 agosto 2021.

Universo y muestra:

El universo de estudio quedará constituido por el total de pacientes portadores de cardiopatía isquémica pertenecientes a los 11 consultorios médicos del área de salud de Cartagena y la muestra será seleccionada teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Paciente con adecuadas facultades mentales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes fallecidos por cualquier causa durante el estudio.

Para describir los factores de riesgos asociados a la Cardiopatía Isquémica se determinarán los grupos de edades, el sexo color de la piel donde la enfermedad tiene mayor significación de acuerdo a su porcentaje de presentación, se relacionaran los factores de riesgos coronarios según tratamiento utilizado en los pacientes con cardiopatía isquémica

Se tendrá en cuenta la siguiente operacionalización de variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción
		Menos de 35	Según años

Edad	Cuantitativa discreta	años	vividos hasta el inicio del estudio.
		35 a 44 años	
		45 a 54 años	
		55 a 64 años	
		65 y más años	
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Masculino	Según sexo biológico.
		Femenino	
Color de la piel	Cualitativa Nominal	Blanca	Según color de la piel
		Mestiza	
		Negra	
F a	Hábito de fumar:	Cualitativa	Según la presencia o no del hábito tóxico.
		Nominal	
	Antecedentes de Alcoholismo.	Dicotómica	Según la presencia o no del hábito tóxico.
		Dicotómica	

c t o r e s d e R i e s g o s	Hipertensión arterial.	Cualitativa	Si	Según la presencia o no del antecedente.
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Diabetes Mellitus	Cualitativa	Si	Según la presencia o no del antecedente.
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Obesidad	Cualitativa	Si	Según el IMC mayor de 30
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Sedentarismo	Cualitativa	Si	Según realización de actividad física
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	Hipercolesterolemia	Cualitativa	Si	Según la presencia de la misma o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		
	APF de cardiopatía isquémica	Cualitativa	Si	Según la presencia de los mismos o no
		Nominal	No	
		Dicotómica		

M e d i c a m e n t o s U t i l i	Tratamiento con antiagregantes plaquetarios	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no.
			No	
	Tratamiento con Nitratos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no
			No	
	Tratamiento con Batabloqueadores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no
			No	
	Tratamiento con IECA	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no
			No	
	Tratamiento con Diuréticos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no
			No	
	Tratamiento con Anticálcicos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si	Según tome el medicamento o no
			No	
		Cualitativa	Si	Según tome el

z a d o s	Tratamiento con	Nominal	No	medicamento o
	Digitálicos	Dicotómica		no
	Ergometría	Cualitativa	Si	Según se le haya realizado este tipo de estudio.
		Nominal	No	
	Angioplastia	Dicotómica		Según haya recibido este tipo de tratamiento.
		Cualitativa	Si	
	Cirugía	Nominal	No	Según haya recibido este tipo de tratamiento.
		Dicotómica	Si	
	Sin medicamentos	Cualitativa	No	Según no tome ningún medicamento o haya abandonado el mismo.
		Dicotómica	Si	

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizará una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema objeto de investigación así como bibliografía actualizada de la especialidad. Se obtendrán los datos primarios a

través del método empírico: la encuesta (anexo 1) las cuales serán aplicadas personalmente a los pacientes que constituirá la muestra y el consentimiento informado por el paciente (anexo 2) la revisión de las historias clínicas individuales y familiares (anexo 3)

ASPECTOS ÉTICOS

En la investigación se cumplirá con los 5 principios éticos requeridos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia, la justicia y la autonomía. Aunque se realizará encuesta personal a cada paciente y se mantendrá anonimato en todos los casos al transcribir los datos hacia la ficha confeccionada al efecto del trabajo. Se contará con la aprobación del consejo científico del área desde la confección del protocolo de investigación y se comunicará a la dirección de la institución donde se realizará este estudio.

Cronograma

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Revisión de la bibliografía	Enero 2019	Mayo 2019
Confección del Protocolo de investigación	Enero 2019	Mayo 2019
Presentación del Protocolo de investigación al Consejo Científico del área	Septiembre 2019	Octubre 2019
Recolección de los datos	Octubre 2019	Febrero 2020
Procesamiento estadístico	Marzo 2021	Abril 2021
Confección del informe final de la investigación	Mayo 2021	Junio 2021
Presentación de los resultados	Según Convocatoria	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 41) Calvo González A, Fernández Machin LM, Guerrero Guerrero LG, González García VM, Rubial León AL, Hernández Iglesias M. Estilos de Vidas y factores de riesgo asociados a cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana 2016 Mayo-Junio 20(3)
- 42) Libertad Martín A, Sairo Agramante M, Bayarre Vea HD. Frecuencia de cumplimiento de tratamiento médico en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana 2018 Abril ; 19(2)
- 43) Castañar. Herrera JF, Céspedes Lantigua, LA, Álvarez Sintés, Roberto. Síndrome de Cardiopatía isquémica. Temas de Medicina General Integral . La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2015: 536-556.
- 44) Roger William J, Bennett, J Claude; Plun, Fred. EN: Cecil Tratado de Medicina Interna 20. ed. Ciudad de la Habana. . Editorial Ciencias Médicas, 1996:337-343.
- 45) Humphires, J Oneal. Coronariopatía isquémica. EN. Stein, Jay H. Medicina Interna. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias -Técnica 1987: 546-558.
- 46) Roca Goderich, Reynaldo. Cardiopatía isquémica. En 80 : Temas de Medicina Interna. Ciudad de la Habana. Editorial Pueblo y Educación 1994:268-292.
- 47) Organización Panamericana de la Salud. Ataca Creciente obesidad a dietas malas y falta de ejercicios. Washington 2017.
- 48) Robillo Silva, Nelson. Cardiopatía isquémica. Manual de Diagnóstico y tratamiento de las especialidades clínicas. La Habana. 2019; 35-41.
- 49) Boletín. La OMS redoblará lucha en el mundo. Suiza 2013
- 50) MINSAP. Programa de Cardiopatía isquémica. 20119.

- 51) Boletín: Implementa Cuba nuevas técnicas para tratar afecciones cardíacas. La Habana 2017.
- 52) Consenso TASC. JVase Surg Suppl 1.2. 2016 Jan .
- 53) Baena Díaz JM, Del Valle García JL, Tomás Peregrino J, Martínez Martínez JL, Martín Piña Caba R et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgos en atención primaria. Revista Española de Cardiología. España. 2018 Abril ; 58(4):367-363.
- 54) Jaramillo N. Coma y reduzca su riesgo cardiovascular. Cartagena. Editora Contusalud 2019.
- 55) Rodríguez Roca GC, Artigaos Rodenas LM. Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Vanegas Vanegas JR al. Control de Hipertensión Arterial en la población Española mayor o igual de 65 años asistida en atención primaria de salud. Revista Española de Cardiología. España 2019 Abril ;58(4)
- 56) Saavedra, SS Obesidad (Fundamentos de las recomendaciones FAC."99 En Prevención Cardiovascular). Primer Congreso virtual de Cardiología 2016.
- 57) Cabale Vilariño, María; Torres Cabrera, Maritza ; Heres, Álvarez, Flor et al. Lipoproteínas como factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular Aterosclerótica. Rev. Cubana de Medicina 2018; 43:(2-3)
- 58) Debs Pérez, Giselle; La Noval García, Reynaldo; Dueñas Herrera, Alfredo; Debs Pino Julios. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de los cinco años?. Rev Cubana de Cardiología 2020; 15(1):6-13.
- 59) Debs Pérez, Giselle; et al. Prevalencia de factores de riesgo coronario en 10 de Octubre. Rev Cubana de Cardiología 2019; 15(1): 14-20.
- 60) Bolli R. The late phase of preconditioning. Cirres. 2006; 86:50-4.

- 61) Who Health Organization. Health For. All Statistical database updated. Regional Office for Europe. Copenhagen 2017.
- 62) Stenestrand,u; Wallinten I. Early Revascularization for Myocardial Infarction; Lancet 2018; 360(9345): 1603
- 63) O'Shea , JC. A Tale of two Countries: Insights from the differences in Canadian American patterns of care for patients with acute Coronary Syndrome. Amer Heart; 2017; 142(1):14-20.
- 64) Jones I D. Emergency department evolution of the chest pain patients. Emerg Med Clin North Am 2016; 19(2); 269_82.
- 65) González González , Lidia Morera Castro, Yadira ; Álvarez Plubes, Natalia, Almeida Corralero, Gisela; Molina Milian Alberto. Infarto del Miocardio y metabolismo lipídico. Rev de MGI vo; 19 No : 6 2019.
- 66) Conde Cordiera, H; Céspedes Lantigua, L.A ; Obregón Santo AG Miranda Santa M. Manejo de la Angina de pecho en el consultorio médico de familia. 2018 16(16): 598-605.
- 67) Orsay Araña M de la C, Fernández Machin LM, González García VM, Durán Torres G, Hernández Iglesias M, Reubal León A. Ocurrencia de enfermedad cerebrovascular en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana. 2017;(5).
- 68) Web. Medicina. Preventiva. Temas de Salud. Caracas. Venezuela. 2016
- 69) Manfroi, Waldomiro Carlos. Historial de la atención cardiovascular en Venezuela. Revista de Medicina de Urgencias Ven. 2016; 78(4):388-395
- 70) Departamento de Epidemiología Regional. Morbilidad según enfermedades cardiovasculares. Distrito sanitario. Estado Trujillo 2015

- 71) Rogers WJ, Canto JG, Lambrew CT, et al. Temporal trends in the treatment of over 1.5 million patients with myocardial infarction in the US from 1990 through 1999: the National Registry of Myocardial Infarction 1, 2 and 3. J Am Coll Cardiol. 2015; 36:2056-63.
- 72) Carrasco Meza V .H.; Guillén Liera F.: ¿Hay que tratar los factores de riesgo cardiovascular después de los 75 años?: El envejecimiento hoy. Jano, medicina y humanidades. NI 1279. 2020
- 73) Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Reimpresión 2005.
- 74) Farreras Rozman C. Medicina Interna. 14ª edición. España: Editorial Harcourt; 2014.
- 75) Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago E R, Batista Molier R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
- 76) Horemkenesi, Da Vinci, Borodin: tres olvidados precursores de la cardiopatía isquémica. Rev. Elect inf. [serie en Internet] volumen 60 numero 04 abril 2017 [Sociedad Española de Cardiología](#) al e Cardiol. 2017; 60:453-4
- 77) Gaceta Sanitaria. Vol. 20, n. 5 (1 sep. 2006). ISSN 0213-9111, pp. 360-367
- 78) Jencks SF, Huff ED, Cuerdon T. Change in the quality of care delivered to medicare beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001. JAMA. 2015; 289:305-12.
- 79) Arós F, Loma-Orsio A, Alonso JJ, Cabadés A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev. Esp Cardiol 2018; 52:919-956.

- 80) López Bescós L, Fernández-Ortiz A, Bueno Zamora H, Coma Canella I, et al.
Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina
inestable/infarto sin elevación de ST. Rev. Esp Cardiol. 2017; 06,53:838-850.

VII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos:

Participantes	Categoría ocupacional	Categoría científica, docente o tecnológica	Institución a la que pertenece	% de participación	Salario mensual	Salario anual por participación en el proyecto
Dra. Rosmery Pérez Alba.	Médico.	---	Policlínico Universitario "Reinaldo Naranjo Leyva".	100	\$455.00	\$5460.00
Dra. Maylin Josefa Rodríguez Calle.	Médico.	---	Policlínico Universitario "Reinaldo Naranjo Leyva".	100	\$573.00	\$6876.00
Total						\$12360.00

Recursos materiales y otros recursos:

Dado que el objetivo principal de la investigación será describir los factores de riesgo asociados a la Cardiopatía isquémica en el Área de Salud Cartagena, se omitirá el cálculo del presupuesto del proyecto para los recursos materiales y otros recursos, ya que se prescindirá de los mismos en la investigación.

Presupuesto estimado del Proyecto

Elementos de Gastos	Mensual	Total
Salarios		
Salarios complementarios	\$109.53	1314.36
Subtotal	564.23	\$6774.36
Seg. Social	\$184.03	\$2208.36
Recursos materiales	\$0.00	\$0.00

Subcontrataciones	\$0.00	\$0.00
Otros recursos	\$0.00	\$0.00
Subtotal	\$748.26	\$8982.72
Total Gastos Directos	\$564.23	\$564.23
Gastos Indirectos	\$0.00	\$0.00
Total General del Proyecto	\$1498.56	\$9546.95

ANEXOS

ANEXO 1. Modelo de encuesta.

Con el propósito de describir los factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica en pacientes del área de Cartagena se necesita sea llenado el siguiente cuestionario:

- Edad:

Menos de 35 años _____

35 a 44 años _____

45 a 54 años _____

55 a 64 años _____

65 y más años _____

2) Sexo

Masculino ____ Femenino ____

Color de la piel

Negra ____ Mestiza ____ Blanca ____

Indígena ____ Amarilla ____ Otra ____

Factores de riesgos:

Hipertensión arterial Sí _____ No _____

Hábito de fumar: Sí _____ No _____

Alcoholismo: Sí ____ No ____

Obesidad Sí ____ No ____

Diabetes Mellitus Sí ____ No ____

Hipercolesterolemia Sí ____ No ____

Sedentarismo Sí _____ No _____

Antecedentes patológicos familiares de cardiopatía isquémica:

Sí ____ No ____

Antecedentes patológicos personales

Obesidad ____ Hipercolesterolemia ____ HTA ____ AVE previos ____

Otros ____ ¿Cual o cuales? _____

Lleva usted Tratamiento Médico para su enfermedad

Si ___ No ___

Que tratamiento farmacológico ha llevado usted para su enfermedad

Antiagregantes plaquetarios _____

Nitratos _____

Batabloqueadores _____

IECA _____

Diuréticos _____

Anticálcicos _____

Digitálicos _____

Otros tipos de tratamientos llevados acabo por usted

Ergometría _____

Angioplastia _____

Cirugía _____

Coronariografía _____

Sin medicamentos _____

Anexo 2. Consentimiento informado

Yo, _____ en plena conciencia de mis actos estoy dispuesto a participar en la presente investigación **Factores de riesgo asociados a la Cardiopatía Isquémica en el Área de salud de Cartagena**, como paciente, con el propósito de aportar sugerencias en el desarrollo de la investigación con relación a la propuesta presentada, respetando la metodología propuesta y los principios éticos de la investigación.

Firma del paciente

Anexo 3. Historia Clínica y Salud Familiar

Modelo 54-04-1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HISTORIA CLÍNICA			HISTORIA CLÍNICA GENERAL APS		
FECHA: DÍA MES AÑO			MOTIVO DE CONSULTA:		
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL					
EXAMEN FÍSICO					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA					
CONDUCTA					
TRATAMIENTO					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:			No. H. C. INDIVIDUAL:		No. FAMILIA:

EMPRESA GRÁFICA CIENFUEGOS

[illegible]

