

403A240

EF S  
70148



**COMPORTAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO  
SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y  
SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD  
HOSPITALARIA ANDES DE LA ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA  
BARRANQUILLA ENERO – OCTUBRE AÑO 2004**

MARIA ISABEL DAZA ORTEGA  
YANELLE LILIAN GLEN PAEZ  
YUDY ESTHER LADEO DE HURTADO  
VIVIANA MARGARITA VIZCAINO RODRIGUEZ

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON  
BOLIVAR  
FACULTA DE ENFERMERÍA  
BARRANQUILLA - ATLANTICO  
2005



**COMPORTAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO  
SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y  
SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD  
HOSPITALARIA ANDES DE LA ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA  
BARRANQUILLA ENERO – OCTUBRE AÑO 2004**

MARIA ISABEL DAZA ORTEGA  
YANELLE LILIAN GLEN PAEZ  
YUDY ESTHER LADEO DE HURTADO  
VIVIANA MARGARITA VIZCAINO RODRIGUEZ

**Propuesta de tesis presentada como requisito parcial para  
optar el título de Enfermera**

**Director  
TAYDE MONTERROSA  
Magíster en epidemiología**

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO  
SIMON BOLIVAR  
FACULTA DE ENFERMERÍA  
BARRANQUILLA - ATLANTICO  
2005

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

No INVENTARIO = 4031210

PRECIO \_\_\_\_\_

FECHA 01-16-2008

CANJE \_\_\_\_\_ DONACION \_\_\_\_\_

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente de jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Barranquilla, 27 de mayo del 2005

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos :

A los pacientes de la Unidad Hospitalaria Andes de la E.S.E. José Prudencio Padilla Barranquilla

A la docente Tayde Monterrosa quien con su paciencia y singular enseñanza permitió forjar en nosotras un espíritu investigativo y una formación profesional.

A la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, por abrirnos sus puertas al conocimiento y por ende el éxito de nuestra profesión.

A Todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron en la realización del presente trabajo de investigación.

## DEDICATORIA

*Este proyecto va dedicado especialmente al Ser Supremo que siempre me ha iluminado constantemente, dándome fortaleza para poder seguir adelante. Se lo dedico especialmente a papá Dios.*

*A las personas que más admiro y que me impulsaron a salir adelante con su amor y su apoyo incondicional, gracias por su esfuerzo constante por mostrarme el camino en el cual apenas comienzo a recorrer, ellos son mis padres: Ernesto y Ena Luz.*

*A mi hermano Honis Ernesto por brindarme su amor y confianza..*

*A mi hija Giselle, el pilar de mi vida y esencia, gracias amor mío por darme toda tu ternura.*

*A mi compañero Alexis, quien con tu apoyo incondicional he alcanzado el éxito que tanto he esperado.*

*A mi perro Rooney, quien con sus travessuras y alegrías me dio fuerzas en los momentos más difíciles.*

*Y a la memoria de mi gato Orestes*

*Glen*

## DEDICATORIA

*Gracias a Dios, Ser Supremo quien desde lo Alto siempre me supo iluminar por el camino del saber.*

*A mis padres Oswaldo Daza y Gladis Ortega por ser un modelo a seguir y por sus constantes consejos de superación.*

*A mis abuelos Hoover y Gladis por ser muy comprensiva y especial conmigo por brindarme todo el apoyo necesario para lograr los objetivos que me he trazado a través de mi futura carrera como profesional de la Salud.*

*A mi hermano José Luis por su cariño y amor que siempre me dedicaron.*

*Maria*

## DEDICATORIA

*A Dios Ser Grandioso y Celestial por generarme a través de su energía toda la sabiduría necesaria para poder salir adelante en todos mis proyectos.*

*A mi padre Alvaro, fuente de sabiduría y experiencia, gracias por darme todo tu apoyo incondicional para poder ser alguien en el camino de la salud.*

*A mi madre Martene, por ser mi fortaleza.*

*A mis hermanos Wvvin y Berenice.*

*A mis sobrinas Dayana y Kitty, por su amor y comprensión.*

*A mi abuela Milagro, ser maravilloso, dotado de mucho amor, gracias.*

*Viviana*

## DEDICATORIA

*Al Rey de Reyes y Señor de Señores,  
por ser el transmisor de la sabiduría y el  
principal ente de mi guía espiritual..*

*A mis padres Rafael y Anats. Quienes  
siempre han creído en mí y han sido el motivo  
de inspiración en mi vida futura como  
profesional.*

*A mis hijos : Danny, Jeison, Fair y  
Julio Mario, por ser los seres más hermosos  
que me brindó la vida. Gracias por estar  
conmigo en todo momento.*

*A mi perro : Blacky, quien con su cariño y  
ternura siempre nos ha llenado de felicidad.*

*Judy*

## CONTENIDO

	Pág.
TITULO	
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2. JUSTIFICACION	6
3. PROPÓSITO	13
4. OBJETIVOS	15
4.1 OBJETIVO GENERAL	15
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
5. MARCO TEORICO	17
6. METODOLOGÍA	30
6.1 TIPO DE ESTUDIO	30
6.2 UNIVERSO	30
6.3 CRITERIO DE EXCLUSIÓN	30
6.4 VARIABLES	31
6.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
6.6 FUENTES Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
6.6.1 Fuente	36
6.6.2 Técnicas de Recolección de Información	36

6.6.3 Instrumentos	36
6.6.4 Procesamiento de Información	37
6.6.5 Presentación y Análisis	37
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	38
7. CONCLUSIONES	64
8. RECOMENDACIONES	66
9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	68
9.1 RECURSOS	68
9.1.1 Recurso Humano	68
9.1.2 Recurso Financiero	68
9.1.3 Factibilidad	68
9.1.3 Presupuesto	69
9.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	70
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según grupo etareo en pacientes de la unidad Hospitalaria Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero –octubre 2004 Barranquilla	38
TABLA 2. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sexo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	40
TABLA 3. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según Antecedentes personales en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	42
TABLA 4. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según antecedentes familiares en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	44
TABLA 5. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según alcoholismo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	46
TABLA 6. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el consumo de drogas en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	48
TABLA 7. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según consumo de cigarrillo por día por pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	50



TABLA 8. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según la ocupación de los pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	52
TABLA 9. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según hábitos alimentarios en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	54
TABLA 10. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sedentarismo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	56
TABLA 11. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según obesidad en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	58
TABLA 12. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según nivel educativo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	60
TABLA 13. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el nivel socioeconómico en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	62

## LISTA DE GRÁFICAS

- GRAFICA 1. Frecuencia del Infarto Agudo según Grupo Etereo en pacientes de la Unidad Hospitalaria Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla Enero – Octubre 2004 Barranquilla 38
- GRAFICA 2. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sexo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 40
- GRAFICA 3. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según los antecedentes personales en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 42
- GRAFICA 4. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según antecedentes familiares en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 44
- GRAFICA 5. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según alcoholismo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 46
- GRAFICA 6. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el consumo de drogas en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 48
- GRAFICA 7. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según consumo de cigarrillo por día por pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla 50

GRAFICA 8. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según la ocupación de los pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	52
GRAFICA 9. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según hábitos alimentarios en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	54
GRAFICA 10. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sedentarismo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	56
GRAFICA 11. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según obesidad en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	58
GRAFICA 12. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según nivel educativo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	60
GRAFICA 13. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el nivel socioeconómico en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla	62

**COMPORTAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO  
SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS BIOLÓGICOS Y  
SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD  
HOSPITALARIA ANDES DE LA E.S.E. JOSÉ PRUDENCIO  
PADILLA ENERO-OCTUBRE AÑO 2004 BARRANQUILLA.**



## **INTRODUCCIÓN**

El infarto agudo del miocardio descrito como la necrosis irreversible que se produce por un descenso brusco o interrupción completa del flujo sanguíneo coronario en un área determinada del miocardio, es una de las patologías del sistema cardíacas que impulsa a la medicina a realizar investigaciones exhaustivas en cuanto al manejo y tratamiento al paciente se refiere.

Los hechos que forzaron a este estudio fue la necesidad de evaluar los factores de riesgo (edad, sexo, hábitos alimenticios etc.) prevalentes en los pacientes atendidos en la unidad hospitalaria Andes ESE José Prudencio Padilla, implementando nuevas estrategias de promoción y prevención que fortalezca el control de la enfermedad contribuyendo a disminuir las consecuencias del mismo y el riesgo de mortalidad.

El Infarto Agudo del Miocardio como una de las patologías mas graves de cardiopatías isquémica, constituye un problema de salud de relevancia mundial afecta sin excepción a todos los países del planeta constituyéndose en una de las primeras causas de incidencia morbilidad, mortalidad, en la actualidad es la enfermedad mas frecuente en los países industrializados.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares constituyen un de las principales causas de morbi-mortalidad, dentro de ellas una de las más frecuentes es el Infarto Agudo del Miocardio, llegando a alcanzar inclusive el 50% de la población afectada en muchos países.<sup>1</sup>

En Colombia las estadísticas muestran que los más altos índices de mortalidad son debidos a causas violentas y en segundo lugar se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón.<sup>2</sup>

En Barranquilla las enfermedades cardiovasculares ocupan el segundo lugar entre las causas de muertes mas frecuentes, registrándose en el año 2002 un total exacto de 1251 muertes a causa del Infarto Agudo del Miocardio que equivalen al 25,8%, lo cual nos da una idea del nivel de riesgo, y por

---

<sup>1</sup> PAZ Raúl. Revistas Médicos No.36 [revistamedicos.com.htm](http://revistamedicos.com.htm)

<sup>2</sup> DISTRISALUD, Información de la Secretaria Distrital de Salud De Barranquilla



ende, la necesidad de conocer mas a fondo la epidemiología de esta patología.<sup>3</sup>

A ciencia cierta no se conoce en Barranquilla información veraz que permita identificar la incidencia de factores de riesgo tales como: Obesidad, hipertensión, hiperlipidemia, diabetes; así como incidencia de los factores psicosociales como estilo de vida saludable, (alcoholismo, tabaquismo y fármaco dependencia).

Adicionalmente es incierta la cuantificación demográfica de los datos de ocurrencia de esta patología.

Todo lo anterior resulta inquietante a nivel científico e inclusive a nivel gubernamental permitiendo tener un amplio margen para el estudio correspondiente motivo por el cual el grupo investigativo se ha planteado la siguiente pregunta:

---

<sup>3</sup> DISTRISALUD, Información de la Secretaria Distrital de Salud De Barranquilla



¿Cuál es el Comportamiento del Infarto Agudo del Miocardio según los factores de Riesgos Biológicos y Socioculturales en los pacientes atendidos en la Unidad Hospitalaria Andes de la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla en el periodo comprendido de Enero a Octubre, año 2004 en el Distrito de Barranquilla?

## 2. JUSTIFICACION

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la mayoría de los países a nivel mundial, el número de muertes ha aumentado debido al envejecimiento de la población y a un mayor número de individuos en riesgo.

Por esta razón se espera que la tasa de mortalidad mundial por enfermedad cardiovascular aumente, de 15 millones por año a alrededor de 25 millones por año para el 2020. El mayor aumento se va a dar en los países en vía de desarrollo, que de 9 millones de muertes anuales de origen cardiovascular en 1990, y pasaran a ser la primera causa en el 2020. Esto será particularmente evidente en las regiones de bajos recursos como India, China, África, Medio Oriente, y América del Sur.

Afortunadamente, en la actualidad se conoce mucho acerca de las causas de la enfermedad cardiovascular. Más aun, varios de los efectos de los factores de riesgos son reversibles. Estos datos se pueden observar claramente en los datos del proyecto de colaboración de colaboración Asia/Pacífico, que reunió los datos de 60 estudios de cohorte incluyendo a más de 430.000



individuos con un seguimiento a 9 años; donde también se observó la asociación continua entre los niveles de colesterol y la enfermedad cardiovascular, u una vez más se nota que el riesgo relativo del aumento del colesterol es mayor en el grupo más joven (45%) que en el grupo de mayor edad (28%).

En investigaciones recientes en la comunidad europea se ha determinado que cuatro millones de personas mueren todos los años por enfermedades cardíacas y circulatorias lo que equivale al 48% del total de los fallecimientos<sup>4</sup>.

Entre los hombres la causa más frecuente de muerte sigue siendo la cardiopatía isquémica con 22.541 fallecimientos y en las mujeres esta patología aparece en segundo grado de orden con 16.774 fallecimientos<sup>5</sup>.

En España la mortalidad por enfermedad cardiovascular afecta al 32% de los hombres y al 43% de las mujeres, constituyendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de muerte en la población femenina. La

---

<sup>4</sup> LOPEZ ALVAREZ, José Luis Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Guía. Clínica del Infarto Agudo del Miocardio.[www.medline.com](http://www.medline.com)

<sup>5</sup> MENDEZ RUIZ, Manuel. Colección de artículos sobre Cardiopatía Isquémica.[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

tasa de mortalidad por enfermedad isquémica cardiaca se sitúa en 21.07 casos por cada 10.000 habitantes y la incidencia de Infarto Agudo del miocardio se sitúa en 41.40 casos por cada 10.000 habitantes, esto hace que la percepción de que la enfermedad cardiovascular es una patología eminentemente masculina haya cambiado.

En estudios realizados de nuevos concepto sobre el manejo del Infarto Agudo del Miocardio se calcula que tan solo en Estados Unidos mueren alrededor de 225.000 personas al año debido al Infarto Agudo del Miocardio; desde el 40% al 50% en las primeras horas debido casi siempre a arritmias fatales, mientras que otro 5% al 10% fallece al siguiente año <sup>6</sup>.

La enfermedad coronaria es la mas asesina en los países occidentales mata a 600.000 personas cada año solo en los Estados Unidos aunque se desarrolla lentamente durante muchos años mata instantáneamente (muerte súbita) en un terco de casos.<sup>7</sup>.

El infarto como una de las formas mas graves de cardiopatías isquémica, constituye un problema de salud de relevancia mundial afecta sin excepción

---

<sup>6</sup> EMSA. Editorial Maldonado, Iladiba.com.co

<sup>7</sup> INDUSTRIAS ROCHE S.A. [www.cardionet.roche.com.ar](http://www.cardionet.roche.com.ar)

a todos los países del plantea constituyéndose en una de las primeras causas de incidencia, morbilidad y mortalidad, en la actualidad es la enfermedad mas frecuente en los países industrializados.

Cuba no escapa a estas estadísticas, se ha comprobado que 17% de la población adulta padece de cardiopatía isquémica y 14.000 cubanos mueren cada año por dicha afección<sup>8</sup>.

En Colombia por cada 100.000 personas 467 hombres y 330 mujeres padecen de enfermedades cardiovasculares<sup>9</sup>.

En resumen se están produciendo rápidos cambios en la estructura estaría en los países bajos y medianos recursos. Para el 2020, el 80% de las muertes de origen cardiovascular van a ocurrir en los países de bajos recursos. Los factores de riesgo potencialmente modificables más importantes para la reducción de esta epidemia global son: la hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, los mecanismos por los que la hipertensión y la dislipidemia provocan daños vasculares son totalmente

---

<sup>8</sup> .PIÑON Jorge. SANDRINO Sánchez Maribel, .FLOREZ Podadera Heidy Hospital Universitario Abel Santamaría. Rev. Cubana Med. 2003, 42(5)

<sup>9</sup> MENDEZ RUIZ. Manuel. Colección de artículos sobre Cardiopatía Isquémica. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)



diferentes. Sin embargo, el resultado final de los efectos de estos factores de riesgo sobre la pared vascular es similar y concluye con la información de la placa y la hipertrofia vascular; parece ser que esta semejanza en los factores de riesgos radica en el hecho de que ambos dañan el endotelio vascular produciendo una cascada de eventos que finalmente pueden llevar a la arteriosclerosis.

También se dice que el sobrepeso y la obesidad constituyen hoy en día un problema de salud pública para el mundo occidental, con incremento de las tasas de prevalencia en Estados Unidos hasta 33% en la población general. Específicamente en Colombia un estudio reciente de Suárez y López Meza en 1994, mostró una prevalencia general de 38% de sobrepeso en algunas regiones del país.

Este requiere medidas preventivas intensivas. Los programas de prevención deben adecuarse a las características de cada país, y deben tener un enfoque multifactorial para obtener mayores beneficios.

Debido a la poca información existen con respecto a la epidemiología del Infarto Agudo del Miocardio en nuestra ciudad se hace imprescindible la

realización de un estudio exhaustivo del comportamiento de dicha patología tomando como referencia los diferentes factores de riesgos tales como: La obesidad, hipertensión, hiperlipidemias, diabetes; así como la incidencia de los factores psicosociales como estilo de vida saludable (alcoholismo, tabaquismo y fármaco dependencia, entre otros).

Al analizar la edad se podrá corroborar una vez más que la mayoría de las muertes ocurre en edades avanzadas. En cuanto al sexo se buscará cuál es el género de mayor predisposición y en cuanto a la localización de los Infartos Agudos de Miocardio se podrá determinar en qué frecuencia se da en cada categoría.

También se evaluará el nivel de efectividad que se logra al implementar los programas de promoción y prevención vigentes hasta el momento en la ciudad, para tener soluciones alternativas a las posibles fallas que se detecten.

Este proyecto permitirá a los profesionales del área de la salud tener un punto de referencia a nivel científico para la realización de estudios más avanzados y a la escogencia de programas acorde a las características

sociodemográficas de la población afectada, permitirá a las instituciones prestadoras de los servicios de salud y a las entidades gubernamentales relacionadas con la materia una fuente de información veraz acerca de los diferentes aspectos que influyan de una u otra forma en la Promoción, Prevención y atención de la patología objeto del estudio.

### **3. PROPÓSITO**

Tener una visión del comportamiento del infarto agudo del miocardio para prevenir y controlar los factores de riesgo mediante la promoción del autocuidado y la adopción de estilos de vida saludable en la población de Barranquilla planteando hipótesis de estudios que permitan buscar relación entre los factores de riesgos y el infarto agudo del miocardio. De esta manera se generan datos estadísticos, que sirvan de base a las autoridades sanitarias y a la Unidad Hospitalaria Andes de la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla competentes para la planeación y desarrollo de programas de promoción y prevención a los grupos de alto riesgo.

Se suministrara a la comunidad en general un medio informativo y formativo que sirva como material de apoyo en la implementación de los programas educativos y preventivos con respecto a la patología que será objeto de estudio.

Implementación de un programa educativo a los pacientes atendidos den la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla, sobre el fomento del

autocuidado y estilo de vida saludable para desarrollar en coordinación con la unidad de prevención promoción de la Unidad Hospitalaria Andes.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el comportamiento del Infarto Agudo del Miocardio según los factores de riesgo según los factores de riesgos biológicos y socioculturales en pacientes en la Unidad Hospitalaria Andes de la ESE José Prudencio Padilla enero-octubre, año 2004 Barranquilla.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la incidencia del Infarto Agudo en la Unidad Hospitalaria Andes de la ESE José Prudencio Padilla.
- Establecer la prevalencia del Infarto Agudo del Miocardio según el rango de edades.
- Establecer la prevalencia del Infarto Agudo del miocardio según el sexo.
- Determinar los factores de riesgo biológicos en los pacientes infartados tales como:



- Diabetes mellitus
  - Insuficiencia cardiaca congestiva
  - Cardiopatía isquémicas
  - Insuficiencias renales
  - Arteriosclerosis
  - Niveles elevados de colesterol y triglicéridos.
- Identificar antecedentes familiares de tipo biológico en los pacientes infartados tales como:
- Diabetes mellitus
  - Insuficiencia cardiaca congestiva
  - Cardiopatía isquémicas
  - Insuficiencias renales
  - Arteriosclerosis.
  - Niveles elevados de colesterol y triglicéridos.
- Identificar los factores de riesgo socio-culturales tales como:
- Estilo de vida (obesidad, hábitos alimenticios, sedentarismo).
  - Tabaquismo alcoholismo
  - Consumo de drogas.
  - Ocupación
  - Nivel educativo
  - Nivel económico.

## 5. MARCO TEORICO

El infarto agudo del miocardio es el termino que se utiliza para describir a necrosis (necrosis celular) miocárdica irreversible que se produce por un descenso brusco o por una interrupción completa del flujo sanguíneo coronario en un área determinada del miocardio. La zona afectada no solo ya no funcionara mas, sino que puede dificultar el correcto funcionamiento del resto del corazón.

La arteriosclerosis es el responsable de la mayoría de los infartos agudos del miocardio, porque produce un estrechamiento de la luz arterial como reducción del flujo sanguíneo que se acompaña de la reducción de oxígeno al miocardio.

Los tres mecanismos principales responsables de la reducción aguda de la liberación de oxigenación al miocardio son:

- La trombosis arterial coronaria.
- Fisura hemorrágica en la placa.



El espasmo arterial coronario. La manifestación clínica más frecuente del infarto es el dolor precordial intenso o prolongado aplastante de tipo garra y no se quita con nada, que se asocia a menudo con náuseas, vómito, diaforesis (sudoración profusa). Este dolor dura habitualmente 30 minutos y más suele localizarse en la región subesternal precordial izquierda.

El dolor puede irradiarse a la espalda, cuello, mandíbula, brazo izquierdo en la parte cubital.

Otras manifestaciones son:

- Taquicardia o bradicardia.
- Frialdad o temperatura elevada.
- Palidez o cianosis
- Normotensión o hipotensión
- Ansiedad
- Confusión.

Los infartos agudos del miocardio se clasifican en función de su localización en la superficie del miocardio y de las capas musculares afectadas. El infarto

transmural implica las tres capas musculares (endocardio, miocardio y epicardio) y se acompaña de cambios en el electrocardiograma evidentes que demuestren alteración tanto en la despolarización miocárdica (complejo QRS), como en la realización (segmento ST), los cambios de la repolarización están marcados por la presencia de nuevas ondas Q, estas ondas Q son más profundas (superiores a un tercio de la altura de la onda R correspondiente) y más anchas de lo normal (mayores de 0.04 segundos) o de duración superior.

El infarto no transmural se clasifica en subendocárdicos (afecta al endocardio) y subepicárdico (afecta el epicardio). La parte del miocardio puede verse afectada pero en todo su grosor.

Generalmente no se ve la onda Q anómala, por consiguiente el infarto no transmural suele denominarse con frecuencia infarto del miocardio sin ondas Q.

El infarto de pared posterior es consecuencia de la oclusión de la arteria descendente anterior izquierda. Puede esperarse una elevación del

segmento ST en las derivaciones V1 a V4, y se puede aparecer inversión de la onda T en las derivaciones I, V2 y V3 a V5.

Hay una pérdida de la progresión de la onda R positiva en las derivaciones V1 a V6. Un gran infarto agudo del miocardio de pared anterior puede estar asociado con la insuficiencia del bombeo ventricular (V1), shock cardiogénico o la muerte. Debido a que la superficie anterior es tan extensa se subdivide con frecuencia en las secciones anteriores, anteroseptal y anterolateral.

El infarto anterolateral se produce como una consecuencia de una oclusión de la arteria descendente, las derivaciones V1 a V4 del electrocardiograma de 12 derivaciones reflejan la actividad eléctrica de la pared anterior. Hay una pérdida de la progresión de la onda R en V1 y V2, dejando un complejo QS. Las ondas Q se ven en V2 a V4. Normalmente no se observan cambios recíprocos en un infarto agudo del miocardio anteroseptal.

El infarto anteroseptal se produce como consecuencia de la oclusión de la arteria coronaria circunfleja. En un electrocardiograma de 12 derivaciones se observan cambios en las ondas Q y las ondas ST-T, en las derivaciones

V4 a V6, lo que refleja una afectación de la pared lateral inferior o la sección apical izquierda. En las derivaciones inferiores de II, III y AVF se produce cambios recíprocos.

El infarto de pared inferior ocurre cuando hay una oclusión de la arteria coronaria derecha y se manifiesta mediante cambios en el electrocardiograma en las derivaciones II, III y AVF. Los cambios recíprocos se producen en las derivaciones I a AVL, debido a que la arteria coronaria derecha perfunde el nodo sinoauricular, el haz de his proximal y el nodo aurículoventricular, con el infarto de pared inferior pueden aparecer alteraciones en la conducción.

El infarto de pared posterior aparece cuando hay una oclusión de la rama circunfleja de la arteria coronaria izquierda dado que el electrocardiograma de 12 derivaciones estándar no refleja directamente la actividad de la superficie posterior, el infarto agudo del miocardio de pared posterior, el infarto agudo del miocardio de pared posterior se documenta mediante los cambios observados como R alta y depresión del segmento ST en las derivaciones V1 y V2.

La presencia de factores de riesgo cardiovascular se puede detectar en forma temprana en estudios epidemiológicos, tomando como referencia:

- La edad
- El sexo
- Cardiopatías isquemias
- Hiperlipidemias
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia renal
- Diabetes mellitus
- La arteriosclerosis
- Insuficiencias cardiacas congestivas.
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo de drogas alucinógenas.
- Ocupación
- Obesidad
- Hábitos alimenticios inadecuados
- Nivel educativo
- Nivel socioeconómico

- Sedentarismo.

Los grupos poblacionales con edades comprendidas entre los 10 y 20 años, quienes no son considerados como personas de riesgo para desarrollar esta patología, presentan un núcleo de particular interés dadas sus características biológicas, su juventud, su frecuente actividad física y donde en principio no parece pensable, que este grupo sea susceptible a cambios o adaptaciones dentro de las nuevas propuestas de estilo de vida y del marco conceptual de formas de vida saludable<sup>10</sup>.

La necesidad de establecer la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y las primeras causas de muerte en las zonas andinas y a nivel del mar, de nuestro país, ponen de presente la importancia de conocer la prevalencia real de estos factores, además de permitir en un futuro subsiguiente establecer campañas de prevención de este tipo de enfermedades, permitiendo a su vez, una mejor orientación de los recursos económicos y humanos del sistema de salud, para el control y manejo de este importante grupo de enfermedades, lo cual sin duda reanudara un mejor calidad de vida para todos los individuos, sobretodo si se logra la participación de la comunidad en la implementaron de las acciones sanitarias

<sup>10</sup> HANKIS.Reunion de casos de IAM en el año 2004. Población Andina.



preventivas secundarias, pues bien es sabido que resulta cinco veces menos oneroso prevenir que tratar de controlar una enfermedad de estas características.

La experiencia de trabajos similares realizados anteriormente, en personas mayores de 20 años han mostrado que la hipertensión arterial, se encuentra en una tercera parte de la población, la diabetes llega a un 6.5%, en tanto, que estas entidades, al igual que el tabaquismo, la ingesta del alcohol, o la obesidad o las dislipidemias, van creciendo proporcionalmente con la edad, pero con un denominador común, que todas tienen un factor determinante, una dieta rica en grasas saturada, la inactividad física, la ingesta de alcohol u otros factores que con frecuencia son modificables, sin olvidar que otros elemento como los ambientales aun no bien estudiados, también pueden generar alteraciones, cuya verdadera dimensión no es fácil determinar, también es cierto que todos ellos poseen un carácter silencioso difícil de detectar tempranamente, en parte debido a la baja cobertura de nuestros servicios de salud o por falta de información y cultura sanitaria del propio cuidado.

Todos estos factores de riesgo cardiovasculares se incrementan significativamente a partir de la cuarta década de la vida pero con un periodo de iniciación temprano, el cual se podría detectar si se buscase mas sistemáticamente, o si la tecnología fuese menos costosa y estuviese mas al alcance de los grupos poblacionales de mayor riesgo. Además si se adelantan programas estratificados de prevención, muy probablemente, la aparición de este tipo de enfermedades o de sus complicaciones se verían retardados, lo cual a su vez daría la oportunidad para manejar o estimular otras actividades que permitan recuperar la salud, pues se ha planteado a manera de un bien alcanzable que se debe conservar al máximo como lo sugiere la OMS cuando se sugiere la meta de salud para todos en año 2001<sup>11</sup>.

Los resultados del estudio de los factores de riesgo cardiovascular de la Gobernación del Atlántico por la Secretaria de Salud del Atlántico en agosto del 2004 evaluaron a 1.566 sujetos, donde el 63.1% de los sujetos fueron del sexo femenino y el 36.9% del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 10 y 20 años, con similar distribución entre los dos grupos de

---

<sup>11</sup> LAMBRAÑO Fany.Médico con especialización en Cardiología. Identificación, Prevención y Control de Riesgos Cardiovasculares. Secretaría de Salud del Atlántico. Seminario-Taller. Agosto de 2004.

edad: 10-15 y 16-20 años. Todos tenían algún grado de escolaridad, el 3% eran casados, encontrando factores predisponentes hacia el riesgo .

Según estudios realizados se ha demostrado que el 10.4% de los hombres y el 15% de las mujeres tienen niveles superiores a 200mg/dl en cuanto al colesterol y los triglicéridos se encontraron elevados en el 18.5% siendo mayor en mujeres (26.8%) que en los hombres (8.8%), entonces la prevalencia global de hiperlipidemia fue de 19.4, siendo mayor en las mujeres con el 25.1% y en los hombres un 12.2%, en general se encontró positivo en el 22% para con el infarto Agudo del Miocardio se refiere.

La hipertensión arterial incide en 7.3% globalmente sin diferencia significativa entre hombres y mujeres.

La prevalencia de diabetes mellitus es de un 2.2% sin significancia estadística.

El sobrepeso y la obesidad tiene un 7.2% en mujeres y un 4.2% en hombres siendo esto factor predisponente en mayor numero para el sexo

femenino.<sup>12</sup>

Los fumadores habituales de un cigarrillo diario tienen una prevalencia para enfermedad vascular en hombres con un 12.6%, en mujeres 5.7%, encontrando mayor frecuencia en los grupos de edad de 10 y 15 años, cifras estadísticamente significativa.

Los bebedores habituales con un consumo promedio de 350cc de etanol, su presencia como factor de riesgo es positiva en el 0.9% de los casos, en tanto que el grupo de 16-20 años es del 2.4% y en hombres mayores de 5.2%, mientras que en las mujeres es muy mínima de 0.2%.

Cabe mencionar que los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular en los familiares (padres y abuelos) son la hipertensión, diabetes mellitus la posibilidad esta entre el 1.7% y el 7.9%, esto mayor en abuelos que en los padres. La obesidad fue positivo como antecedente del padre en el 15.3%, la madre en el 21.3%, la abuela materna en el 11.2%, el abuelo materno 18.4%, la abuela paterna 12.4%, abuelo paterno 20%.

---

<sup>12</sup> HANKINS. Reunión de casos de IAM en el año del 2004. Población Andina.

Los antecedentes de estas tres enfermedades, vale decir, hipertensión arterial, diabetes mellitus, y obesidad, fueron mas frecuentes en las madres y el abuelo materno, en tanto que la posibilidad de esta característica es alta en el abuelo paterno.

Al evaluar los factores de riesgo cardiovasculares, tales como, la hipertensión arterial, es positiva el 53%, llegando a identificar por lo menos 4 familiares cercanos de consaguinidad descendente.

En el caso de la diabetes mellitus, hay positividad en el 13.6% en dos miembros de la familia.

En cuanto al consumo de tabaco es positivo por lo menos un miembro familiar el 21.5%, en dos el 12.2%, en tres en el 7.5%, en cuatro en el 2.5%, y en seis el 0.6%.

El antecedentes de ingesta del alcohol en un miembro es positiva el 16.5% dos el 9.3%, en tres 4.8%, cuatro el 0.5%, y en cinco el 0.24%<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> HANKINS. Reunión de casos de IAM en el año del 2004. Población Andina.

Se ha considerado que la actividad física reduce el riesgo en un 50% en personas sanas y en sanos sedentarios en un 20%, por ello se promueve la marcha rápida por lo menos de 30 a 45 minutos tres veces por semana.

Diferentes estudios observacionales han demostrado que una deducción de la ingesta de sodio puede asociarse con reducción del riesgo cardiovascular.



## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de tipo Descriptivo Prospectivo.

### **6.2 UNIVERSO Y MUESTRA**

Universo :Estuvo conformado por todos los pacientes que presenten Infarto Agudo del Miocardio atendidos en la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla de Barranquilla durante el periodo comprendido entre Enero y Octubre del 2004.

Muestra : Fueron seleccionados al azar 20 pacientes.

### **6.3 CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

Todos los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio atendidos en la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla de Barranquilla (durante) Enero.Octubre del año 2004 que hayan fallecido.



## **6.4 VARIABLES**

- La edad
- El sexo
- Cardiopatías isquémicas
- Hiperlipidemias
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia renal
- Diabetes mellitus
- La arteriosclerosis
- Insuficiencias cardíacas congestivas.
- Alcoholismo
- Consumo de drogas alucinógenas
- Tabaquismo
- Ocupación
- Hábitos alimenticios inadecuados
- Sedentarismo.
- Obesidad
- Nivel educativo
- Nivel socioeconómico

## 6.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

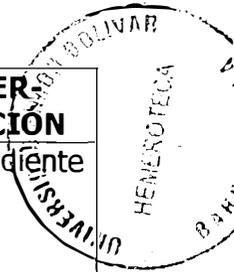
MCROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	NIVEL DE CLASIFICACIÓN	INTER-RELACIÓN
Factores de riesgos Biológicos	Edad	Numero de años que tiene una persona	Cuantitativas.	Razón	30 - 39 40 - 59 60 - 79 80 y más	Independiente
	Sexo	Genero al que pertenece una persona.	Cualitativo.	Nominal	Femenino Masculino	Independiente.
	Antecedentes personales	Enfermedades padecidas por la persona	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatías isquemicas</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Insuficiencias cardiacas</li> <li>• Hiperlipidemias</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Arteriosclerosis</li> <li>• Insuficiencia renal</li> </ul>	dependiente
	Antecedentes familiares	Enfermedades padecidas por los parientes cercanos que predisponen a una patología en especial	cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatía</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Insuficiencia Cardiacas</li> <li>• Hiperlipdemias</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Arteriosclerosis</li> <li>• Insuficiencia renal.</li> </ul>	dependiente



MCROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIICIÓN	NIVEL DE CLASIFICACIÓN	INTER-RELACIÓN
Factores de Riesgo	Alcoholismo	Consumo habitual de sustancias alcohólicas	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Ocasional</li> <li>• Casi nunca</li> <li>• Nunca</li> </ul>	Independiente
Sociales	Consumo de Drogas	Dependencia extrema de sustancias alucinógenas.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocaína</li> <li>• Marihuana</li> <li>• Heroína</li> <li>• Otras.</li> </ul>	Independiente
	Tabaquismo	Número de cigarrillos consumidos habitualmente.	Cualitativo	intervalo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-4 cigarrillos /día.</li> <li>• 5-9 cigarrillos /días.</li> <li>• 10-14 cigarrillos /días.</li> <li>• 15 y más cigarrillos / días.</li> </ul>	Independiente
	Ocupación	Oficio empleo en el que la persona se desempeña.	Cualitativo	nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de ocupación.</li> <li>• Dependiente.</li> <li>• Independiente.</li> <li>• Otros.</li> </ul>	Independiente

MCROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIICIÓN	NIVEL DE CLASIFICACIÓN	INTER-RELACIÓ
	Hábitos Alimenticios	Alimentos Consumidos habitualmente	cualitativos	nominal	Consume grasas diarias Si - No Consume azucres diariamente Si - No Consume sal diariamente Si - No	Dependiente.
	Sedentarismo	Oficio o vida de poca agitación o movimiento	cualitativo	nominal	Es sedentario Si - No	Independiente
	Obesidad	Alimento anormal en la proporción de grasa del tejido adiposo persona con gordura excesiva.	cualitativo	nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Bajo peso</li> <li>• Sobre peso</li> <li>• obesidad</li> </ul>	Independiente
Factores de riesgos culturales	Nivel educativo	Estudios realizados	cualitativo	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Básica primaria.</li> <li>• Básica secundaria</li> <li>• Formación tècnica.</li> <li>• Formación universitaria.</li> <li>• Analfabeta.</li> </ul>	Independiente

MCROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	NIVEL DE CLASIFICACIÓN	INTER-RELACIÓN
	Nivel socio económico.	Estrato social al que pertenece.	Cualitativo.	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrato 0</li> <li>• Estrato 1</li> <li>• Estrato 2</li> <li>• Estrato 3</li> <li>• Estrato 4 o más.</li> </ul>	Independiente



## **6.5 FUENTES Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**6.5.1 Fuente.** La información recolectada para estudio investigativo fueron :

*Primaria:* obtenidos de los pacientes a través de fichas individuales.

*Secundaria:* información de las historias clínicas.

**6.5.2 Técnicas de Recolección de Información.** La recolección de la información se basó en la observación, la revisión de las historias clínicas y las visitas domiciliarias.

**6.5.3 Instrumentos.** El instrumento aplicado a los pacientes con infarto Agudo del Miocardio, atendidos en la ESE José Prudencio Padilla, fue una ficha individual que se llenó con los datos encontrados en las historias clínicas.

La encuesta y la ficha tuvieron un alto grado de confiabilidad ya que se organizó individualmente por pacientes y antes de ponerla en práctica se realizó una prueba piloto.

**6.5.4 Procesamiento de Información.** Los datos que se obtuvieron de las fichas individuales se tabularon de manera sistemática en un programa de Windows 98 llamado Excel (base de datos), en una computadora marca Techmedia.

**6.5.5 Presentación y Análisis.** Recolectada y procesada la información se presentó en tablas de distribución de frecuencia y luego en graficas de barras.

Para analizar los resultados del presente estudio se realizó con métodos aleatorios de frecuencia, proporción, tasa media, y medición estándar.

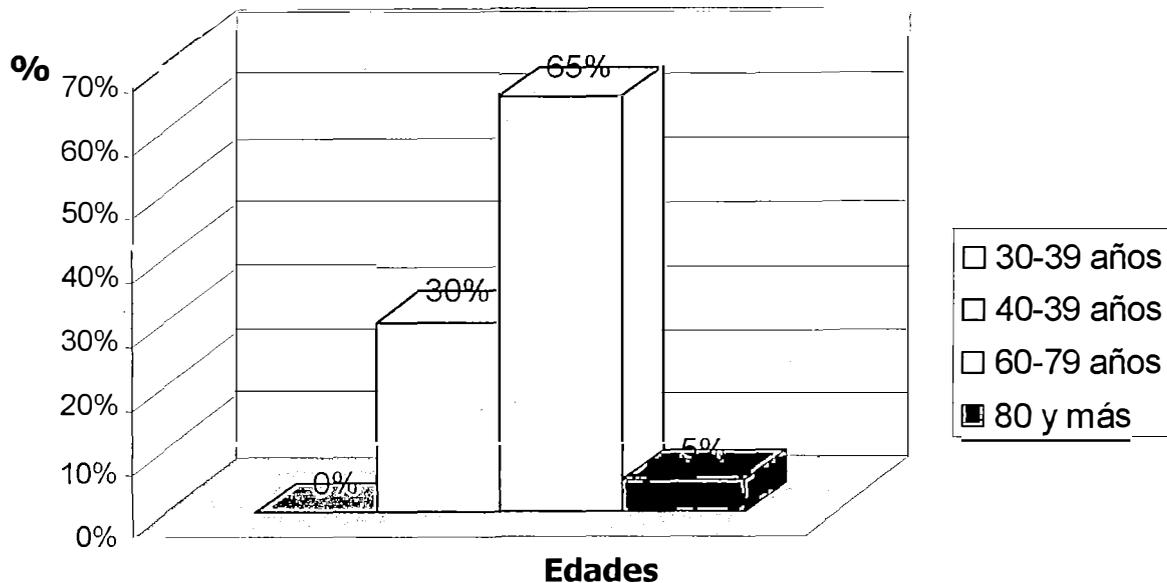
## 7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

**TABLA 1. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según grupo etareo en pacientes de la unidad Hospitalaria Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero –octubre 2004 Barranquilla.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>30 – 39 Años</b>	0	0%
<b>40 - 59 Años</b>	6	30%
<b>60 – 79 Años</b>	13	65%
<b>80 Y Más</b>	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 1. Frecuencia del Infarto Agudo según Grupo Etareo en pacientes de la Unidad Hospitalaria Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla Enero – Octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.



En lo que se puede observar en la tabla y gráfica anterior en lo relacionado con las edades de nuestro estudio se encontró que éstas oscilaron entre 39 y 80 años de edad, la más prevalente fue entre 60-79 años con un promedio de 9,6 (De 2,81).

Además el 65% de los pacientes con IAM tenían entre 60-79 años, y el 0% con IAM tenían 30-39 años.

Por otro lado la mayor frecuencia del IAM según grupo de edad se encontró en los pacientes del grupo 60-79 años con un 65% y los grupos de edades con menor frecuencia fueron de 30-39 con un 0%, 80 y más con un 5%.

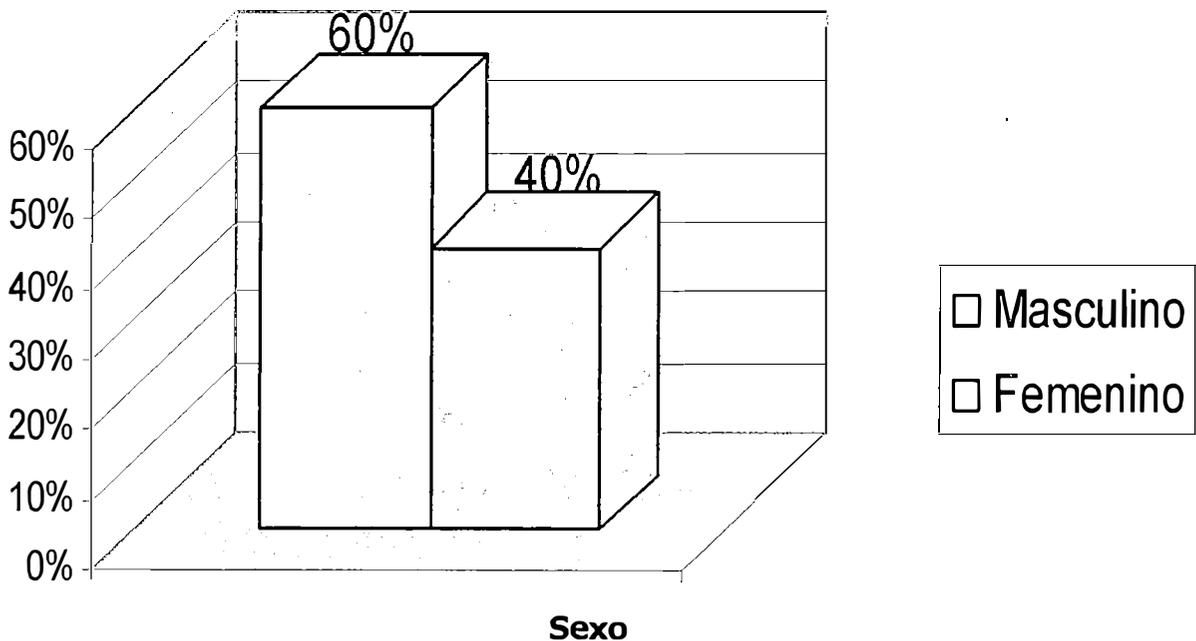
Este resultado difiere del estudio realizado por la gobernación del Atlántico y la secretaria de salud del Atlántico sobre la identificación, prevención y control de riesgos cardiovasculares de agosto 2004 donde se observó la prevalencia en el grupo de 30 a 50 años arrojando un 20 y 25% de la población afectada.

**TABLA 2.** Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sexo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Masculino</b>	12	60%
<b>Femenino</b>	8	40%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 2.** Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sexo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al sexo, se pudo determinar que de todos los pacientes que presentaron IAM el 60% correspondió al sexo masculino y el 40% al sexo femenino.

Este resultado difiere del estudio realizado por la gobernación del Atlántico y secretaria de salud del Atlántico sobre la identificación, prevención y control de riesgo cardiovasculares de agosto 2004 donde se observó que los sujetos del sexo femenino ocupó un porcentaje de 63.1%, mientras que el sexo masculino fue un porcentaje de 36.9%.

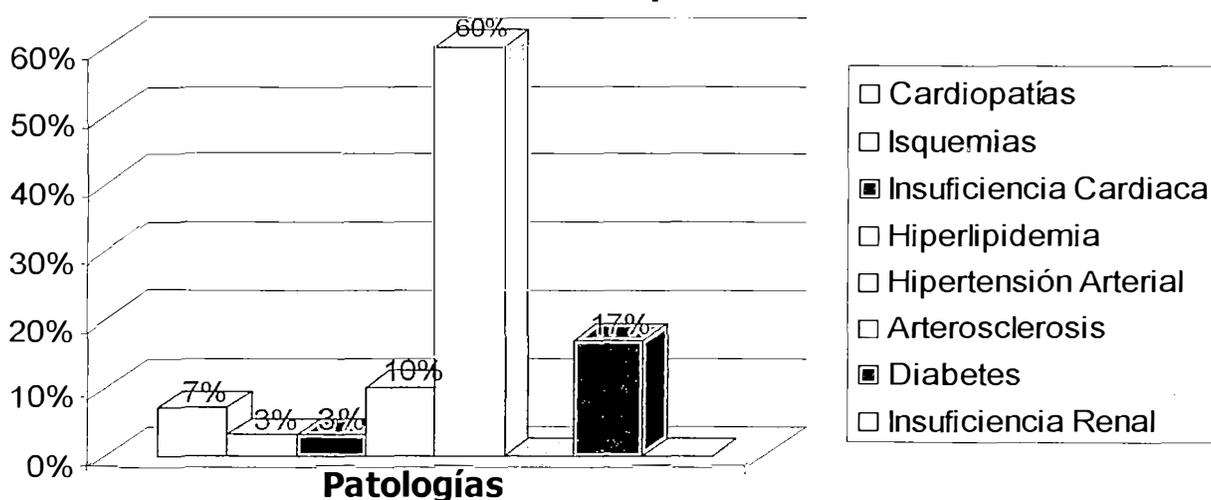


**TABLA 3. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según Antecedentes personales en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

ANTECEDENTES PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cardiopatías	2	7%
Isquemias	1	3%
Insuficiencia Cardiaca	1	3%
Hiperlipidemia	3	10%
Hipertensión Arterial	17	60%
Arteriosclerosis	0	0%
Diabetes	5	17%
Insuficiencia Renal	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 3. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según los antecedentes personales en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto a los antecedentes personales se pudo determinar que el principal antecedente fue la hipertensión arterial con un 60% y las enfermedades con menos prevalencia fueron de un 0% para arteriosclerosis y 0% para la insuficiencia renal.

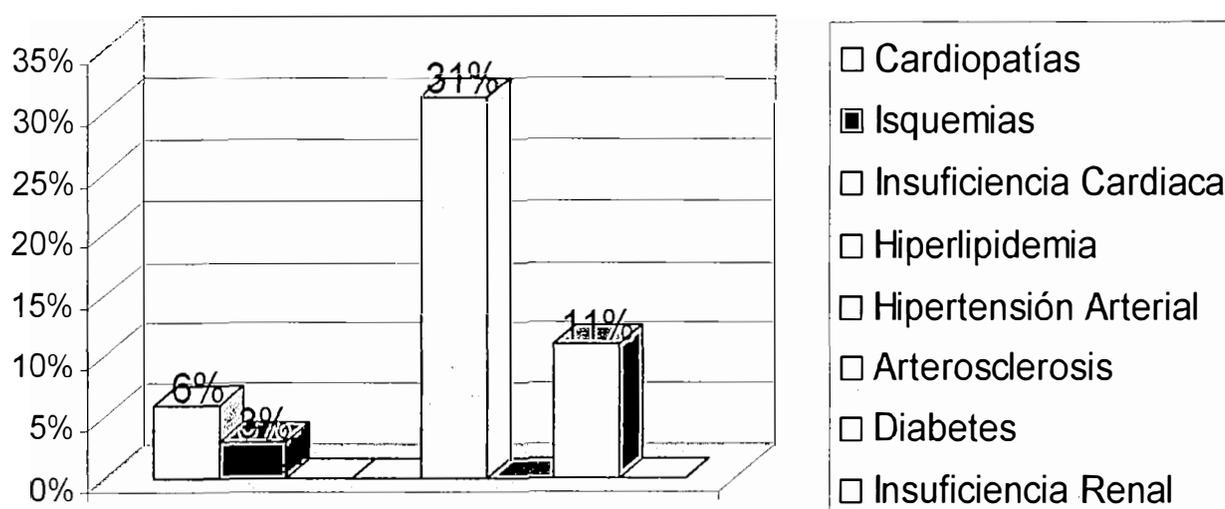
Este resultado coincide con el estudio realizado por Hankins en una reunión de casos de IAM en el año 2004 en la población Andina donde la hipertensión arterial obtuvo un 25.5% de la población afectada.

**TABLA 4. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según antecedentes familiares en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cardiopatías	2	6%
Isquemias	1	3%
Insuficiencia Cardíaca	0	0%
Hiperlipidemia	0	0%
Hipertensión Arterial	11	31%
Arteriosclerosis	0	0%
Diabetes	4	11%
Insuficiencia Renal	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 4. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según antecedentes familiares en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto a los antecedentes familiares se pudo determinar que el principal antecedente fue la hipertensión arterial con un 31% y las enfermedades con menos prevalencia fueron insuficiencia cardiaca, hiperlipidemia e insuficiencia renal con un 0%.

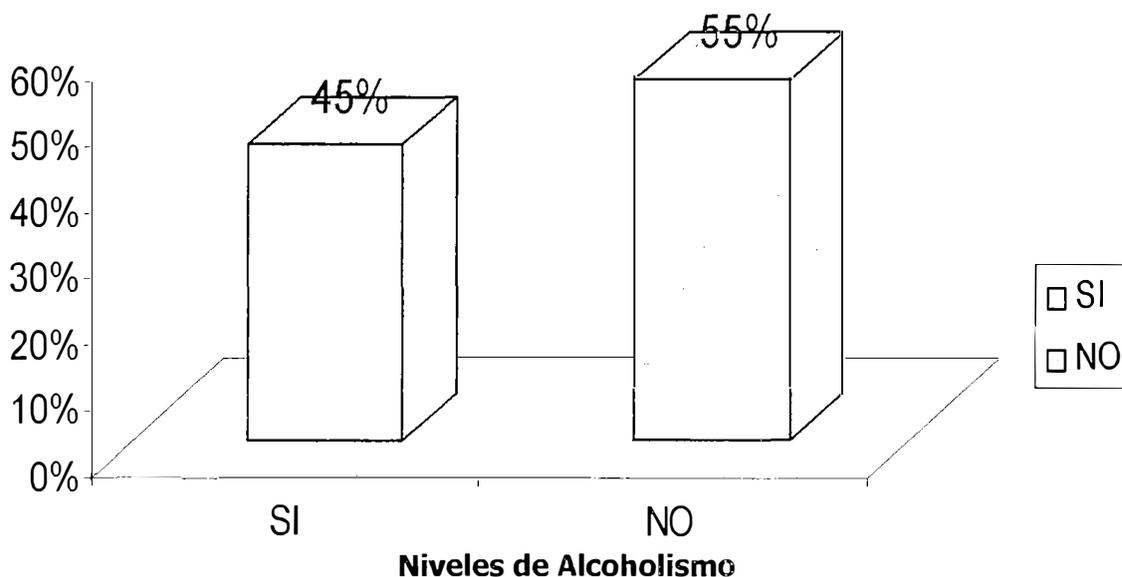
Este resultado coincide con el estudio realizado por la Gobernación del Atlántico y la Secretaria de Salud del Atlántico sobre identificación, prevención y control de riesgos cardiovasculares de agosto 2004, donde se observó prevalencia en la hipertensión arterial positiva con un 53% de la población afectada.

**TABLA 5. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según alcoholismo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

ALCOHOLISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	45%
NO	11	55%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 5. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según alcoholismo en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al alcoholismo se pudo determinar que la mayoría de pacientes no consumen alcohol en un 55%, en cambio un 45% si consume alcohol.

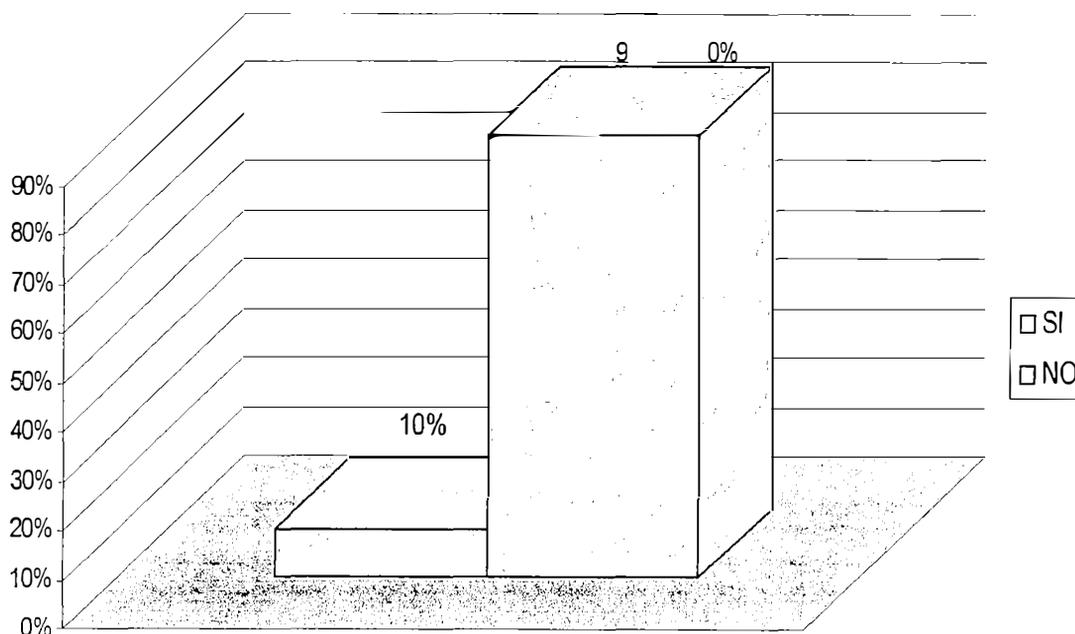
Este resultado difiere del estudio realizado en la población Andina por Hankins en una reunión de casos de IAM con un 33.6% de alteraciones producidas por el alcohol.

**TABLA 6. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el consumo de drogas en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

CONSUMO DE DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	10%
NO	18	90%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 6. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el consumo de drogas en pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al consumo de droga se pudo determinar que el 90% de los pacientes no consumen drogas; y lo que corresponde al 10% restante son los pacientes que si consumen drogas.

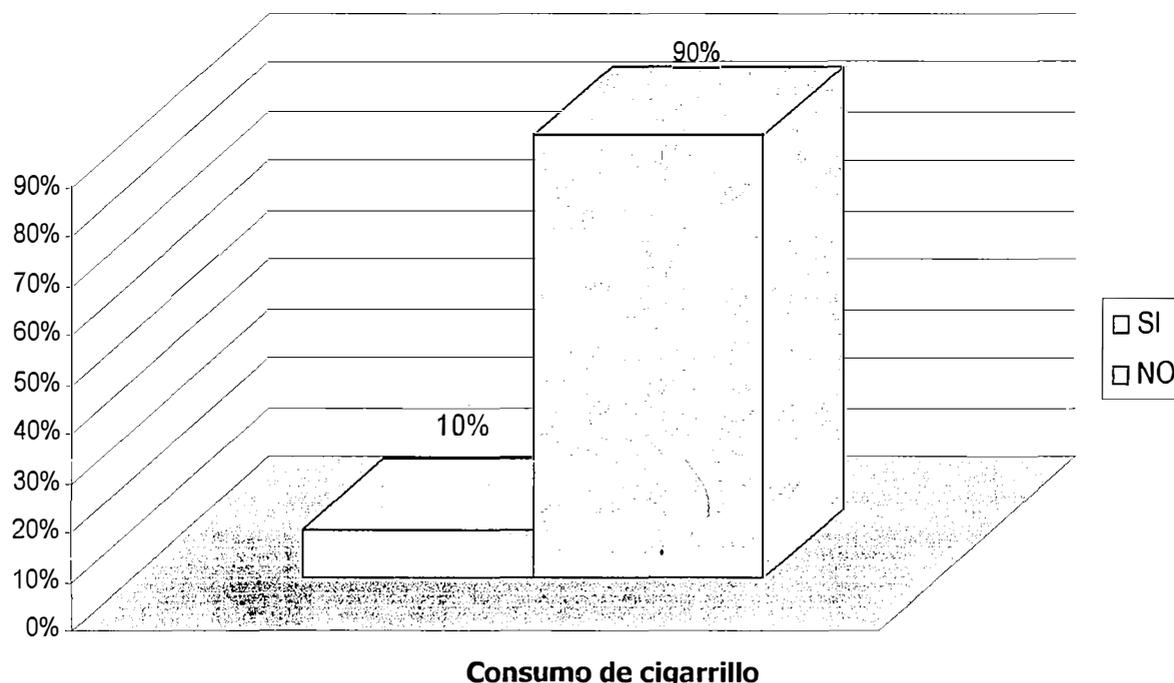
En el estudio hecho en la población de España (Galicia) sobre la prevalencia de factores de riesgos en cuanto al comportamiento social y las formas de vida del individuo que padece un infarto agudo del miocardio no es mucha la diferencia con un 11.2% en el consumo de drogas.

**TABLA 7. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según consumo de cigarrillo por día por pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

CONSUMO DE CIGARRILLO POR DIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 – 4 Cigarrillo Por Día	4	57%
5 – 9 Cigarrillo Por Día	0	0%
10 – 14 Cigarrillo Por Día	1	14%
15 Y Mas Cigarrillo Por Día	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 7. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según consumo de cigarrillo por día por pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al consumo de cigarrillos al día el 57% corresponde de 1 – 4 cigarrillos/día y el 0% corresponde al rango de 5 – 9 cigarrillos/di con un promedio de 1.71 (de 1.52).

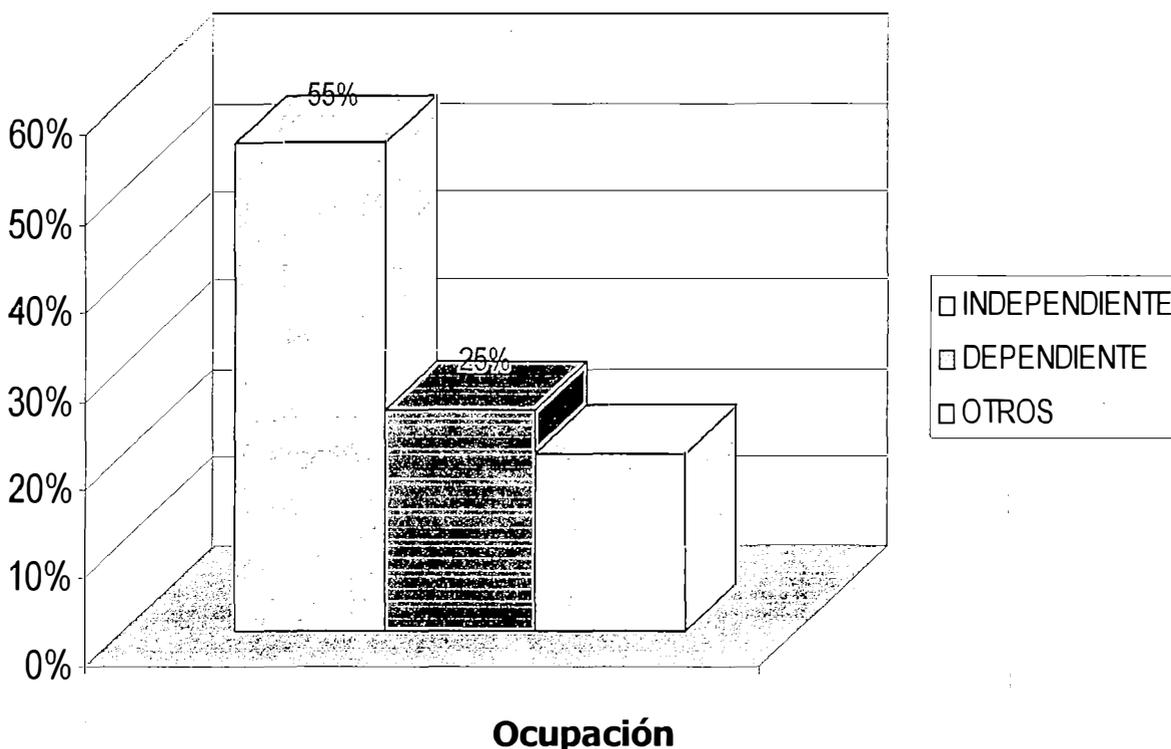
En el estudio hecho en la población de España (Galicia) sobre la prevalencia de factores de riesgo en cuanto al comportamiento social y las formas de vida del individuo que padece un infarto agudo del miocardio con un resultado similar al 55% en el consumo de 1 – 4 cigarrillos al día.

**TABLA 8. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según la ocupación de los pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>INDEPENDIENTE</b>	11	55%
<b>DEPENDIENTE</b>	5	25%
<b>OTROS</b>	4	20%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 8. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según la ocupación de los pacientes de la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.



En cuanto a la ocupación podemos decir que se obtuvo un 55% en los pacientes que trabajan independientemente con relación a los que se ocupan e tras actividades con un porcentaje del 20% de la población afectada.

Estas cifras difiere del estudio realizado en la población de España (Galicia) sobre la prevalencia de factores de riesgo en cuanto al comportamiento social y las formas de vida del individuo que padece un infarto agudo del miocardio con un porcentaje del 46.2% en los sujetos que trabajan independientemente.

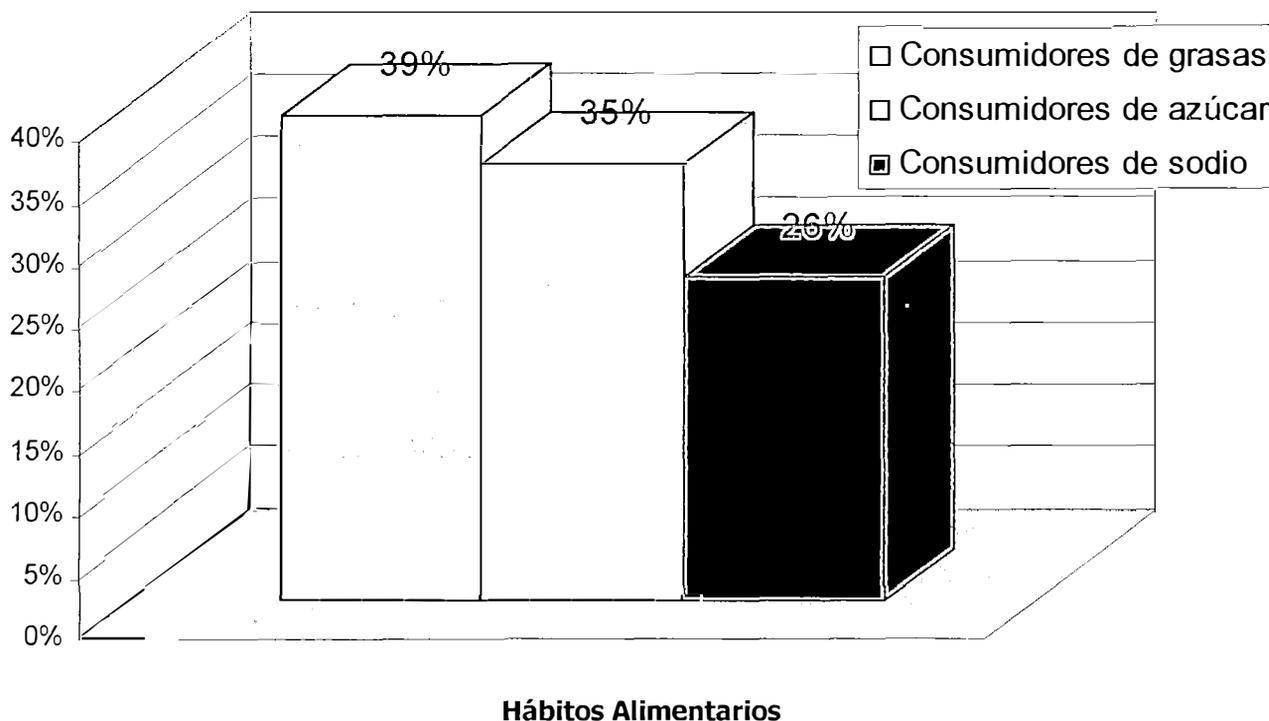


**TABLA 9. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según hábitos alimentarios en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

HÁBITOS ALIMENTARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consumidores de grasas	9	39%
Consumidores de azúcar	8	35%
Consumidores de sodio	6	26%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 9. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según hábitos alimentarios en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto a los hábitos alimentarios podemos decir que se obtuvo un 39% en los pacientes consumidores de grasas con relación a los consumidores de sodio que arrojaron un 26% en el estudio.

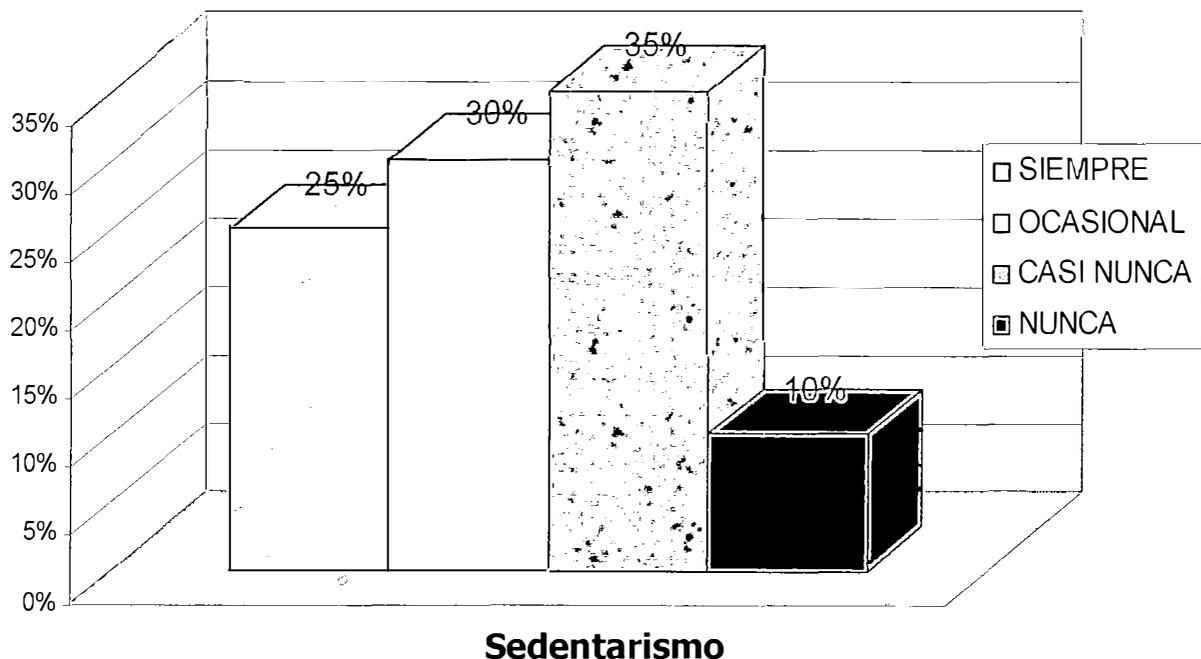
Este resultado difiere del estudio realizado por la Gobernación del Atlántico y la Secretaria de Salud del Atlántico sobre identificación, prevención y control de riesgos cardiovasculares de agosto 2004, donde los sujetos consumidores de sodio obtuvieron mayor prevalencia con un 46.8% en la población de estudio.

**TABLA 10. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sedentarismo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

SEDENTARISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	25%
OCASIONAL	6	30%
CASI NUNCA	7	35%
NUNCA	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 10. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según sedentarismo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al sedentarismo se pudo determinar que casi nunca los pacientes sedentarios padecen de infarto agudo del miocardio con un 35% de la población en estudio.

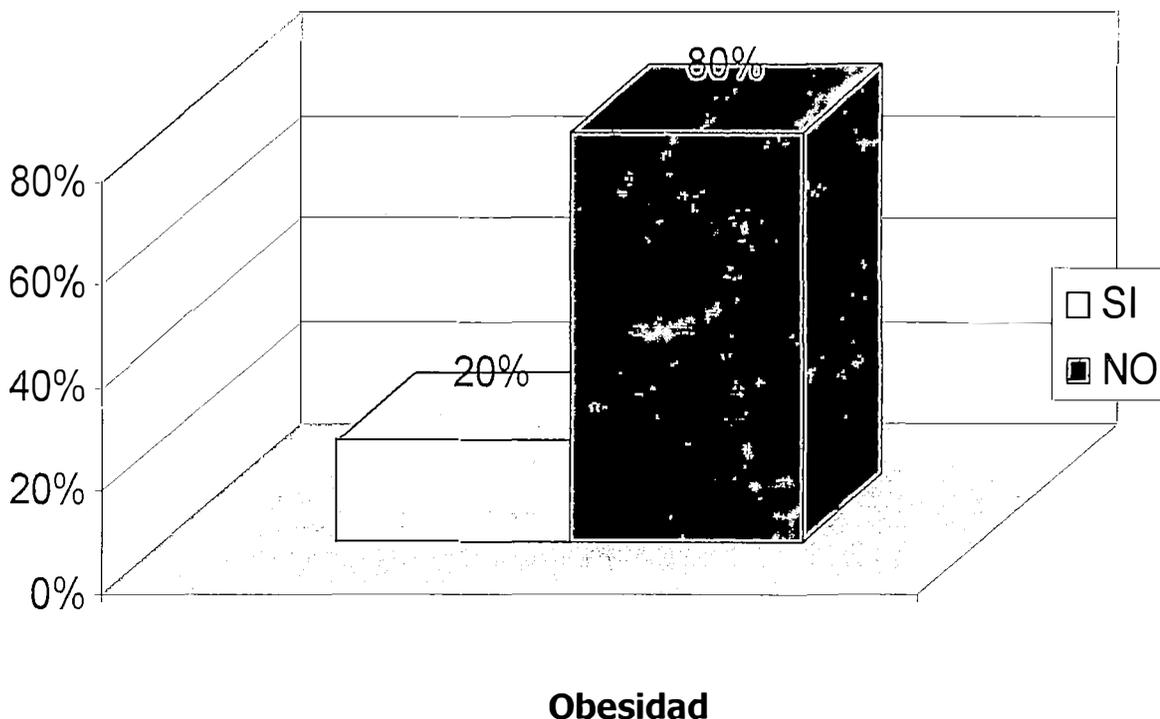
Estas cifras difieren del estudio realizado en la población de España (Galicia) sobre la prevalencia de factores de riesgo en cuanto al comportamiento social y las formas de vida del individuo que padece un infarto agudo del miocardio ya que la variable de sedentarismo arrojó un 40.2% de sujetos sedentarios que desencadenan un infarto.

**TABLA 11. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según obesidad en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

<b>OBESIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	4	20%
<b>NO</b>	16	80%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 11. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según obesidad en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto a la variable obesidad el 80% de los pacientes tiene un peso normal según el índice de masa corporal y un 20% de los sujetos en estudio presentan obesidad.

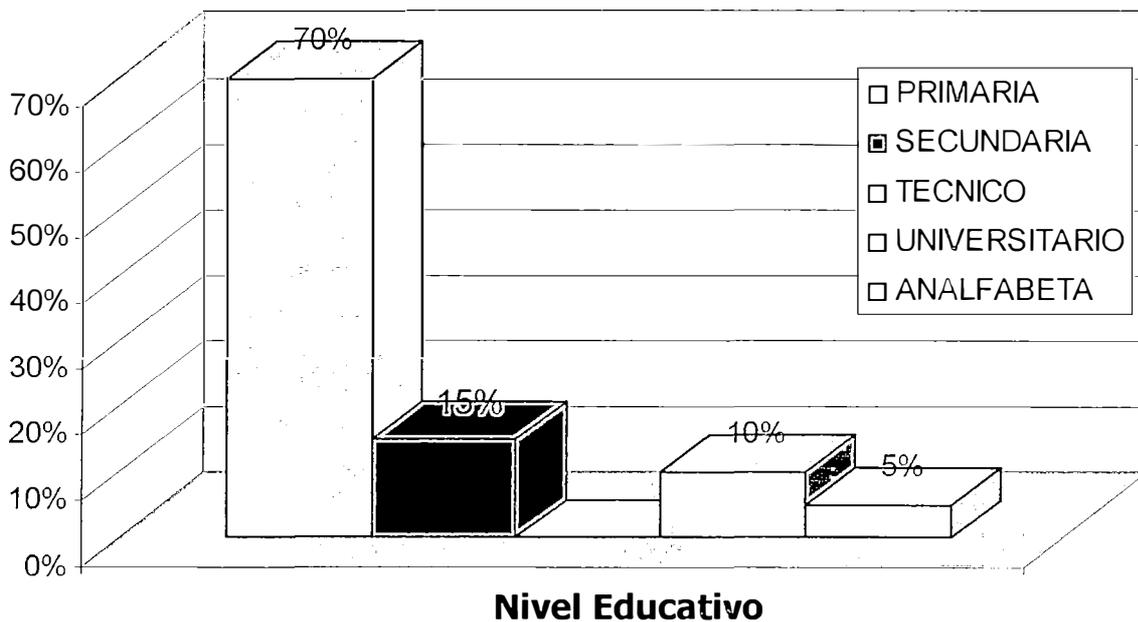
En el estudio realizado por Hankins en una reunión de casos de IAM la variable obesidad arrojó un porcentaje del 10% según los índices de masa corporal respectivamente de cada paciente en estudio.

**TABLA 12. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según nivel educativo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRIMARIA</b>	14	70%
<b>SECUNDARIA</b>	3	15%
<b>TECNICO</b>	0	0%
<b>UNIVERSITARIO</b>	2	10%
<b>ANALFABETA</b>	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 12. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según nivel educativo en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuánto al nivel educativo se pudo observar que los pacientes con estudio primarios ocupó un 60% con relación a los técnicos que ocuparon un 0%.

En el estudio realizado en la población Andina sobre la prevención y control de infartos se observó mayor prevalencia en sujetos con estudios universitarios con un 63.4% lo cual difiere dicha cifra para con nuestro estudio.

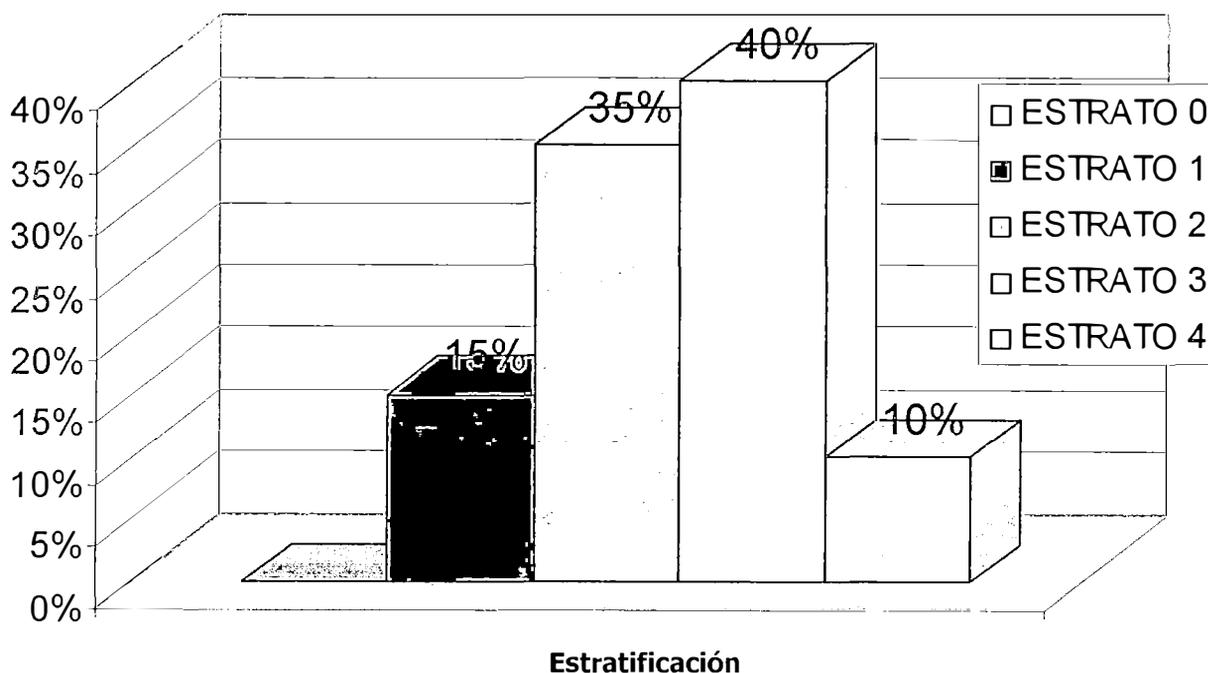


**TABLA 13. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el nivel socioeconómico en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>ESTRATO 0</b>	0	0%
<b>ESTRATO 1</b>	3	15%
<b>ESTRATO 2</b>	7	35%
<b>ESTRATO 3</b>	3	40%
<b>ESTRATO 4</b>	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

**GRAFICA 13. Frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio según el nivel socioeconómico en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla enero-octubre 2004 Barranquilla.**



**FUENTE:** Información obtenida a través de la historia Clínica y fichas individuales, clínica los Andes.

En cuanto al nivel socioeconómico el resultado arrojado fue del 40% en el estrato 3 con relación al estrato 1 con un 15% en la población de estudio.

En el estudio realizado en la población Andina sobre la prevención y control de infartos se observó mayor prevalencia en los sujetos de estrato 2 con un 38.2% cifra que no tiene diferencia significativa con respecto nuestra investigación.

## **7. CONCLUSIONES**

En el anterior trabajo de investigación se aplicó un estudio descriptivo prospectivo, para determinar el comportamiento del IAM, según los factores de riesgo biológicos y socioculturales en pacientes de la unidad hospitalaria José Prudencio Padilla en donde la totalidad de estos pertenecen a la población afectada en esta institución queriendo además plasmar la problemática en salud que vive hoy en día nuestra sociedad barranquilla especialmente en la Institución antes mencionada, la cual se analizó cada una de las diferentes variables encontrándose la edad como factor predisponente a un 65%, en los pacientes estudiados entre los 60 y 79 años;

No obstante también se evidenció un alto porcentaje del 60% en género masculino y teniendo concomitante como HTA con un 60% y un 35% como antecedentes familiar, cabe mencionar que los hábitos alimenticios juegan un papel importante para desencadenar el infarto agudo del miocardio, ya que el consumo de grasas ocupó un 39% en la investigación, los factores socioeconómicos afectan tanto la salud mental como física del individuo encontrándose un 55% de la población en estudio que no cuentan con una estabilidad laboral y por ende económica (trabajo independiente).

A su vez teniendo en cuenta un 70% obtuvo un bajo nivel educativo (primaria). Entre los factores socioculturales que no fueron predisponentes para desencadenar IAM encontramos que los pacientes no alcohólicos con un 55%, los que no son fármaco dependientes con un 90%, los que fuman de 1-4 cigarrillos por día con un 35%, los de peso normal con un 70%, los de estrato de acuerdo a socioeconómico #3 con un 40%.

## **8. RECOMENDACIONES**

Según los resultados obtenidos en este estudio, se crea la necesidad de promover aun más, estrategias que orienten a la calidad de un servicio óptimo y eficaz.

Implementar capacitación continua al personal de salud que labora en la institución, dándoles a conocer medidas preventivas relacionadas.

Evaluar la calidad del programa de hipertensión arterial que actualmente se está elevando en la Unidad Hospitalaria los Andes de la E.S.E José Prudencio Padilla, observando si hay en ellas debilidades, la cual podamos convertir en fortalezas.

Exponer los resultados obtenidos de la anterior investigación a las autoridades competentes de la institución, para que conozcan la magnitud del problema, y actúen así de manera oportuna.

Implementar hábitos saludables a través de actividades educativas, físicas e institucionales para disminuir la tasa de morbimortalidad en riesgo de HTA.

Crear nuevos programas que contribuyan a disminuir el alto índice de IAM, en la población de 60-79 años a través de actividades lúdicas y recreativas (talleres, charlas, integración).

## **9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **9.1 RECURSOS**

**9.1.1 Recurso Humano.** Está conformado por la docente y el grupo de investigación.

**9.1.2 Recurso Financiero.** Este proyecto fue financiado por el grupo de estudiantes.

**9.1.3 Factibilidad.** La viabilidad de este trabajo fue posible gracias a la colaboración brindada por la Unidad Hospitalaria Los Andes de la E.S.E. José Prudencio Padilla y su talento humano quien nos facilitó información valiosa para nuestra investigación.

Cabe mencionar que existieron limitantes en el inicio de este proyecto, ya que estaba enfocado en otras instituciones como era el caso de la Clínica de la Costa que por falta de acceso a las historias clínicas y en el Hospital Universitario de Barranquilla por los frecuentes paros laborales y posteriormente el cierre de dicha institución no cumplían las expectativas

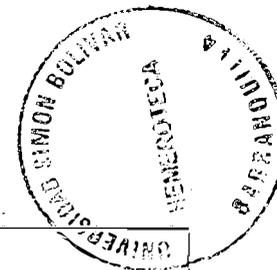
para llevar a cabo la investigación y la elaboración del proyecto anteriormente mencionado.

### 9.1.3 Presupuesto

CONCEPTO	VALOR
Transporte	\$ 80.000
Fotocópias	\$ 80.000
Trascripción e impresión	\$ 100.000
Internet	\$ 140.000
Compra CD y Disquetes	\$20.000
Almuerzos	\$ 50,000
Asesorías Técnica	\$10.600.000
Empastes del trabajo	\$20.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.090.000</b>

#### 9.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>TIEMPO EN SEMANAS MES DE MAYO DEL 2004</b>	
I SEMANA	Esta primera semana se dio inicio con la escogencia del tema, para ello nos basamos en la alta incidencias de casos de muerte por infarto agudo del miocardio que ha venido padeciendo nuestra población e indagar en cuanto a que factores de riesgo mas prevalecen en las personas que sufren de esta enfermedad.
II SEMANAS	Luego que escogimos el tema central del proyecto empezamos a indagar en que institución hospitalaria escogimos para la aplicación del proyecto, se escogió al (Hospital Universitario y a la Clínica de la Costa, con el fin de hacer un paralelo entre una población de estrato socioeconómico bajo con una de estrato socioeconómico alto).
III SEMANAS	Continuamos con la investigación bibliografía del tema escogido, consultamos en muchos libros, revistas, enciclopedias, diccionarios, todo en base al tema de las enfermedades cardiovasculares específicamente infarto agudo del miocardio.
IV SEMANA	La investigación se profundizo por parte de páginas de Internet buscando la incidencia de esta enfermedad en regiones de Colombia y en países potenciales como Estados Unidos, Japón, Europa.



<b>MES DE JUNIO 2004</b>	
I SEMANA	Dimos inicio con la escogencia del titulo del proyecto buscamos la asesoria de Ing. Jesús Rodríguez.
II SEMANA	Dimos inicio con los aspectos teóricos, como son el planteamiento del problema, basándonos en la realidad que estamos viviendo, seguimos con la justificación.
III SEMANA	Elaboramos los objetivos tanto generales como específicos el propósito del proyecto y por último la elaboración del marco teórico.
IV SEMANA	Se mandaron a elaborar cartas de autorización en cada Institución para el permiso de realizar dicho proyecto.
<b>MES DE JULIO 2004</b>	
I SEMANA	Nos trasladamos a las instituciones hospitalarias, con el fin de recolectar datos acerca del ingreso de pacientes con diagnósticos de infarto agudo del miocardio, esta misma se elaboraron los aspectos metodológicos.
II SEMANA	Se comenzó con la tabulación de los datos obtenidos, cuadros de operacionalización de variables, determinamos las variables base de nuestro estudio.
III SEMANA	En esta semana nos reunimos para elaborar el instrumento que se aplicara en la población

	objeto de estudio.
<b>MES DE AGOSTO 2004</b>	
I SEMANA	Se iniciaron al realizar las debidas correcciones hechas por la docente Tayde Monterrosa con respeto a la investigación en las secciones de asesoria..
II SEMANA	Se realizó una investigación más a fondo de datos estadísticos para que la investigación sea aun más completa.
III SEMANA	Se inicia la prueba piloto para tener la certeza de que nuestro instrumento es una fuente de información confiable..
IV SEMANA	Se inicia la búsqueda de información en las instituciones de base para nuestro estudio.
<b>MES DE SEPTIEMBRE 2004</b>	
I SEMANA	Se asistió a la asesoria de la docente Tayde Monterrosa para realizar las correcciones.
I I SEMANA	Nos trasladamos a las instituciones de base para nuestro estudio a realizar el formato de la ficha individual, pero encontrando inconvenientes en el Hospital Universitario de Barranquilla por un paro de trabajadores.
III SEMANA	Nos trasladamos a la Clínica de la Costa para llevar a cabo la ficha final individual, pero se encontró como inconveniente que el gerente de esta institución tiene restringidas las historias clínicas por un estudio interno de la institución.

IV SEMANA	Se hicieron las coerciones pertinentes para dejar el proyecto listo debido a que la próxima semana será sustentado y presentado ante las altas directivas de investigación.
<b>MES DE OCTUBRE 2004</b>	
I SEMANA	Se realizó la presentación y sustentación del proyecto de investigaron siendo este aprobado.
II SEMANA	La docente Tayde Monterrosa nos autorizó para suspender la investigación en las instituciones antes mencionadas y buscar información en los pacientes infartados de la Empresa del Estado José Prudencio Padilla.
III SEMANA	Nos trasladamos a la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla para buscar en archivos las historias clínicas de los pacientes infartados en el periodo de enero-octubre para diligenciar la ficha individual.
IV SEMANA	Después de diligenciar la ficha con los datos encontrados en las historias clínicas, se hicieron las respectivas visitas domiciliarias para terminar la búsqueda de información.
<b>MES DE NOVIEMBRE 2004</b>	
I SEMANA	Nos reunimos en las instalaciones de la Universidad Simón Bolívar para realizar la tabulación general de la información.

II SEMANA	Se elaboraron las tablas de distribuciones y frecuencia para realizar posteriormente el plan de presentación de la información.
III SEMANA	Análisis de la información para realizar formulas de moda, media, mediana y desviación estándar.
IV SEMANA	Entrega de la investigación a la docente.

## BIBLIOGRAFÍA

BERKOW, Robert. Manual Merk. Mark –H Brees MD Editores. Décima edición Española. Madrid (España). Paginas: 1675-1687.

DICCIONARIO DE MEDICINA MOSBY, Grupo Editorial, Océano S.A.; Barcelona (España) 2000.

DICCIONARIO DE MEDICINA. Grupo Océano Mosby. Editorial S.A. Edición en español. Impreso en España. Páginas: 718-719.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. Mac-Graw Hill Interamericana. 14 Edición.

DISTRISALUD, Información de la Secretaria Distrital de Salud de Barranquilla.

EMSA. Editorial Maldonado. [Iladiba.com.co](http://Iladiba.com.co)

FELLENCO, José. Que es infarto. 2001  
Infarto. Información del Pulsomed y patrocinada por Sanitas. Enero de 2004.

FERRI. Consultor Clínico. Horcourt /Océano. Páginas 291 -292.

FREGGIARO, Eduardo Luis. Foro Bioquímico. Divulgación Científica.

GARRARA, José Fernando. Infarto Agudo del Miocardio. Página: 46,55.

GUIJARRO, Gustavo. Hospital Universitario San Cecilio de la facultad de Medicina.

INDUSTRIAS ROCHE S.A. [www.cardionet.roche.com.ar](http://www.cardionet.roche.com.ar)

LAMBRAÑO Fany. Medico con especialización en cardiología.  
Identificación, prevención y control de Riesgos Cardiovasculares. Secretaria de Salud del Atlántico. Seminario-taller. Agosto de 2004

LOPEZ ALVAREZ, José Luis. Medico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Guía Clínica del Infarto Agudo del Miocardio.  
[www.medline.com](http://www.medline.com).

MASSON. Colección Netter Ilustraciones Médicas. Tomo 4. Corazón. Páginas: 212-215.

MENDEZ RUIZ, Manuel. Colección de artículos sobre Cardiopatía. Istemica.[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

NUEVO DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ESPASA, Editorial Espasa Calpe, Barcelona (España) 1998

PAZ Raúl. Revistas Médicos No.36.[www.revistamedico.com.htm](http://www.revistamedico.com.htm)

PIÑÓN Jorge. SANDRINO Sánchez Maribel. FLOREZ Podadera Heidy, Hospital Universitario Abel Santamaría.. Rev. Cubana Med. 2003, 42(5).

Qué es Infarto. 26 de Noviembre 2001.

[www.drscope.com/cardiología/pac/infarto](http://www.drscope.com/cardiología/pac/infarto).

[www.contusalud.com/website/enfermedades/infarto-agudo](http://www.contusalud.com/website/enfermedades/infarto-agudo).

JARAMILLO-E Natalia. Licenciada, UJ

[www.albarra.org/Guias/](http://www.albarra.org/Guias/)

PINEDA MD. Mauricio– MARTIZ. Hernando

# ANEXOS

## **Anexo A. PLAN DE INTERVENCIÓN**

### **JUSTIFICACIÓN**

Una de las principales causas de muerte en algunos países son las enfermedades cardiovasculares. En Colombia por cada 100.000 personas 467 hombres y 330 mujeres padecen estas enfermedades, al evaluar los factores de riesgos mas prevalentes encontramos que la hipertensión arterial ocupa un 53% de la población por tal motivo el ministerios de salud emana una resolución la 0412 del 25 febrero 2000, en donde establece los programas de promoción y prevención de las enfermedades mas prevalentes.

Por lo tanto se hace imprescindible la realización de un programa de control en hipertensión arterial, utilizando medidas intensivas que con llevan a disminuir índices de morbimortalidad logrando mayores beneficios con soluciones alternas para los grupos de alto riesgo.

#### **✓ OBJETIVO**

Implementar estrategias que vayan encaminadas a incentivar a los pacientes atendidos en la Unidad Hospitalaria Andes ESE José Prudencio Padilla a que se realicen controles de hipertensión arterial para así disminuir el índice morbimortalidad y evaluar el tratamiento terapéutico y farmacológico.

### ✓ **POBLACIÓN OBJETO**

Hombres y mujeres en edades de 30-80 y más, los cuales se realizaron controles de tensión arterial en la Unidad Hospitalaria Andes ESE José Prudencio Padilla, por medio de informaciones educativas brindadas mínimas dos veces al mes evitando así que vuelva nuevamente la enfermedad.

### ✓ **DEFINICIÓN**

El control de HTA se hace con el fin de disminuir complicaciones sistemáticas en los pacientes y específicamente de las alteraciones cardiovasculares ya que la HTA produce una vasoconstricción debido a la resistencia periférica que obstaculizan el paso de la sangre por medio de las venas y las arterias y también disminuye el oxígeno que es elevado por la misma produciendo así una isquemia y de un infarto total o parcial del músculo cardíaco.

## **Anexo B. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

- ✓ Implementar estrategias de promoción y prevención a través de folletos y carteleras que incentiven al paciente a mantener un control continuo sobre su enfermedad.
  
- ✓ De antemano se dará a conocer a los pacientes mediante un boletín informativo quien coordinará el programa educativo y desarrollo, brindado por una enfermera jefe entrenado en promoción y prevención.
  
- ✓ Los pacientes tendrán la capacidad de reconocer los implementos a utilizar como son tensiómetros fonendoscopio, papelería específica para el control y la educación, marcadores, tableros, videos bean, retroproyector, etc.
  
- ✓ A través de charlas los pacientes aprenderían a identificar la sintomatología propia de su patología, como son cefalea intensa, fosfeno, rubicundez, visión borrosa, fatiga, inestabilidad entre otros.

- 2 - ENFERMEDADES
- 3 - ENFERMEDADES CORONARIAS
- 3 - INFARTO MIOCARDIO
- 4 - CARDIOLOGIA
- 5 - ENFERMEDADES DEL MIOCARDIO
- 6 - HIPERTENSION ARTERIAL
- 7 - ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS