

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de Tesina

Diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo como primer evento según sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, medio de traslado al efector y tiempo que asiste a la primer consulta médica, de los pacientes internados en Unidad Coronaria del Hospital Municipal de 3er nivel de atención de la Ciudad de Rosario

Por:

Enf.: Cambria Fernando Rubén

Directora:

Lic.: Demarchi, Angelina Laura

Docente Asesor:

Lic.: Córdoba, Natali

Rosario, 13 de Diciembre de 2017.-

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

A MI MADRE:

Por ser la guía y el apoyo constante
en cada etapa de mi vida, por su
amor y enseñanzas.

A MIS HIJAS:

Quienes son mi motor, y me han enseñado que no existe obstáculos, ni
dificultades en la vida que no podamos superar si estamos juntos.

A MI AMOR:

Le dedico el trabajo de investigación por su
apoyo incondicional y por ser mi Directora de Tesina

¡¡GRACIAS!! Lic.: ANGELINA LAURA DEMARCHI

Un reconocimiento especial por su motivación
constante y el asesoramiento brindado para el logro
del presente proyecto de investigación.

GRACIAS!!! Lic. Natali Córdoba.

Resumen:

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunciones a nivel mundial tanto en los países desarrollados como en los países del subdesarrollo, en Argentina es la primera causa de morbimortalidad, destacándose el síndrome coronario agudo como la primera causa de mortalidad de las enfermedades cardiovasculares.

El objetivo de esta investigación es analizar y describir el diagnóstico del síndrome coronario agudo como primer evento según sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, medio de traslado al efector y tiempo que asiste a la primer consulta médica, de los pacientes internados en unidad coronaria del hospital municipal de 3er nivel de atención de la ciudad de Rosario desde Marzo del 2018 a Marzo 2019.

En relación al estudio se realizará un abordaje metodológico de tipo cuantitativo descriptivo observacional, prospectivo y transversal de la totalidad de los pacientes que ingresen a la unidad coronaria del hospital de 3er nivel la red municipal con el diagnóstico de síndrome coronario agudo como 1er evento. La recolección de datos, se efectuará por intermedio de un cuestionario, que consta de 13 preguntas semi estructurada. El investigador será quien complete dicho instrumento. De igual modo se obtendrán datos de la historia clínica.

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados del estudio. Se aplicara estadística descriptiva a través de una medición nominal, teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y estableciendo frecuencias/porcentajes. Para la reconstrucción de las variables, serán codificadas cada una de las dimensiones y se volcaran en el programa SPSS, Microsoft Excel 2010, y serán presentados cuadros comparativos, tablas de múltiples entradas, para su visualización se realizará y graficas circular. También se utilizara estadística inferencial, teniendo en cuenta la población de estudio.

Palabras Claves: Síndrome coronario agudo, factores de riesgos, tipos de accesibilidad, tiempo de demora a la consulta en hombres y mujeres

INDICE GENERAL

	Pagina
Agradecimiento	2
Resumen y Palabras Claves	4
Índice General	5
Introducción	6
Estado del Arte o Estado actual de conocimiento	7
Propósito de la investigación	10
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	12
Material y Métodos	23
Tipo de Estudio o Diseño	23
Sitio o Contexto de la investigación	23
Población y Muestra	24
Técnica e instrumentos para la recolección de datos	24
Operacionalización de las variables	26
Personal a cargo de la recolección de datos	32
Plan de análisis	32
Plan de trabajo y Cronograma	40
Diagrama de actividades	41
Anexo	43
I. Guía de estudio de convalidación de los sitios	44
A- Resultados de convalidación de sitio	
B- Nota de autorización	
II. Instrumento de recolección de datos	46
A- Formulario de consentimiento informado	
III. Resultado del estudio de convalidación de sitio	54
Bibliografía	55

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunción a nivel mundial tanto en los países desarrollados como en los del subdesarrollo, en nuestro país las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad.

Los diferentes artículos de investigación y de diferentes autores consultados nos indican que las enfermedades cardiovasculares son en la actualidad la principal causa de muerte a nivel mundial entre hombres y mujeres. De estas enfermedades cardiovasculares se observa que las de mayor incidencia corresponden a las enfermedades de las arterias coronarias seguidas por los eventos de accidentes cerebro vasculares (1)

De estas patologías el síndrome coronario agudo (SCA) es la primera causa de defunciones de las enfermedades cardiovasculares. En las mujeres se observa un aumento de la mortalidad posmenopáusica con el diagnóstico del síndrome coronario agudo. Por tal motivo la muerte por SCA en las mujeres es más tarde que en el hombre (2)

Tantos hombres como mujeres manifiestan dolor típico en el síndrome coronario agudo de la misma manera, sin embargo los autores indican que las mujeres suelen presentar dolores atípicos y en ese contexto se discuten diferentes tratamientos y actitudes de la mujer frente al dolor o sensibilidad al mismo (3)

Los factores de riesgos descriptos por la Sociedad Argentina de Cardiología y la Organización Mundial de la Salud demuestran similitudes entre los países desarrollados como en los países que se encuentran en proceso de desarrollo. Suscriben que los factores de riesgos se dividen en dos grandes grupos: Según la OMS y la Sociedad Argentina de Cardiología (4)

No modificables: Edad, Sexo, Diabetes Mellitus, menopausia y Antecedentes Familiares

Modificables: Hipertensión arterial, Dislipidemia, Obesidad, Alcoholismo, Tabaquismo, sedentarismo

El objetivo de esta investigación es analizar el diagnóstico del síndrome coronario agudo como primer evento según sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, medio de traslado al efector y tiempo que asiste a la primer consulta médica, de los pacientes internados en unidad coronaria del hospital municipal de 3er nivel de atención de la ciudad de Rosario desde Marzo del 2018 a Marzo 2019.

Estado del Arte

Es conveniente observar a los diferentes registros emitidos por los autores de artículos, documentos de trabajos realizados sobre enfermedades no transmisibles donde se destaca a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de morbimortalidad y que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio, en función a ellos se mencionan los siguientes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en nota descriptiva del año 2015 dice que las Enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra cosa. Se calcula que en el 2012 murieron por esta causa 17.5 millones de personas representando un total del 31% de todas las muertes registradas en el mundo. Del total de defunciones 7.4 millones se debieron a cardiopatías coronarias. Según la OMS más de las tres cuarta partes de las defunciones por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, dietas malsanas y la obesidad, inactividad física, consumo nocivo de alcohol, hipertensión arterial, hiperlipidemia son fundamental su detección precoz y tratamiento oportuno (1).

En su artículo la Dra. Batista sostiene que en los Estados Unidos de América se producen cada año más de un millón de infartos de miocardio, lo que representa alrededor del 30% de la mortalidad, del mismo modo es demostrado en Alemania que 113000 personas mueren por esta afección y en España constituye la primera causa de muerte para todas las edades y sexos (5).

De acuerdo con las estadísticas de Salud Pública de la República Argentina sobre la base de los certificados de defunción, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte con un 32% del total. No se contaba con información válida y confiable sobre la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares previo a este estudio, dato fundamental, debido a que la cifra de mortalidad no logra capturar el impacto sanitario en términos de calidad de vida, discapacidad y costos relacionados con estas enfermedades (6).

Por su parte el Dr. Gil describió, que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las principales causas de morbimortalidad en el mundo, con proyecciones crecientes para las próximas décadas. Fueron responsables por casi 30% de todos los óbitos en 2004, alcanzando casi 32% de las muertes entre las mujeres y 27 % entre los hombres. En Brasil, registros indican preocupación con la manifestación de las ECV en edades más precoces y alertan para el aumento acelerado de la patología en los próximos años debido al envejecimiento de la población. Entre las ECV están las enfermedades isquémicas, con destaque para la Síndrome

Aguda de Coronarias (SCA), que abarca el Infarto Agudo de Miocardio (IAM - con y sin supra desnivelación del segmento ST) y la Angina Inestable (AI). En 2009, fueron documentados 76.481 óbitos asociados a la SCA, considerando solamente los óbitos por AI e IAM, correspondiendo a 7% del total de óbitos, y representando 24% de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio. Los índices decrecientes de mortalidad registrados en los últimos años están vinculados a la introducción de nuevas modalidades terapéuticas en el área de la salud que resultaron en la reducción de la mortalidad y permitieron mayor sobrevida a los pacientes coronariopatías, con destaque para las terapias de re perfusión del miocardio y desarrollo de nuevos fármacos. A pesar de los significativos avances, la SCA aun representa una de las cuestiones de salud pública más relevante de la actualidad (7).

Por su parte en la Argentina el Dr. Ernesto Paolasso sostiene que el tratamiento del infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST (IMCEST) ha mejorado drásticamente a través del tiempo. La tasa de mortalidad a 30 días disminuyó desde 15-20% en la era pre-trombolítica a 8-10% con la utilización de trombolíticos no fibrino específicos en 1990, posteriormente a 6-8% con los fibrino específicos y a 4,5% con angioplastia primaria (ACTp). El infarto agudo de miocardio (IAM) es la entidad que produce mayor mortalidad y discapacidad en el mundo occidental. Una cuarta parte de los pacientes mueren, y de éstos, un 50% lo hará en la primera hora de evolución, generalmente por taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular (FV) sin haber llegado a un hospital (8).

En un estudio observacional retrospectivo realizado en Hospital José María Velasco Ibarra, donde presentaron 52 casos de infarto agudo miocárdico con elevación del segmento ST, el 26,9% se dio en adultos mayores, y de sexo masculino (56%); entre los cuales el hábito de fumar (90,1%), los trastornos lipídicos (73,1%), la hipertensión arterial (55,8%), y la Diabetes Mellitus (48,1%), fueron los principales factores de riesgos y comorbilidades asociadas. Los betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina fueron las opciones terapéuticas más utilizadas (9).

Un estudio realizado por Chavarriaga y col. en la unidad de dolor torácico del Hospital San Vicente Fundación Medellín-Colombia con una muestra de 154 pacientes en el que demostraron los factores de riesgo presentes en los pacientes con SCA en orden de frecuencia fueron hipertensión arterial en 102 (66 %), tabaquismo en 80 (52 %), dislipidemia en 36 (23 %), diabetes mellitus en 27 (17 %) y obesidad en 8 (5 %) de los pacientes. Los episodios de SCA sin elevación del ST (SCASEST) representaron el 63,6 %, de los cuales el 30,5 % se clasificaron como AI, el SCA con elevación del ST (SCACEST) correspondió el 36,4%, la mortalidad hospitalaria fue reportada en 7 % y a los seis meses de 5 %, con una mortalidad

global a los 6 meses de 12 %. El grupo de estudio concluye que las características epidemiológicas de base son similares a las reportadas en la literatura médica internacional, sin embargo la mortalidad es superior (10).

El Dr. Tajer Carlos demuestra que el reconocimiento precoz del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), evita muertes por arritmias y permite adoptar estrategias de reperfusión miocárdica que mejoran la sobrevida. Múltiples barreras se oponen a un tratamiento adecuado de esta patología: la demora en la consulta de los pacientes, no efectuar o interpretar correctamente el electrocardiograma (ECG), el entrenamiento de los médicos de emergencia para adoptar las medidas de reperfusión adecuadas, el acceso a la medicación y la ausencia de redes coordinadas que faciliten la derivación rápida a centros con complejidad suficiente para una estrategia diagnóstica y terapéutica apropiada. Si se demora más de 2 horas, el mejor tratamiento puede ya no aportar el beneficio esperado. Lo que ocurra durante esa hora puede significar la diferencia entre la vida y la muerte ya que en ella se pueden originar lesiones irreparables que ocasionarán la muerte del paciente incluso en los días posteriores (11)

El Ministerio de Salud por intermedio de la Dirección General de Estadística Provincial de Santa Fe indica, que en nuestra provincia, el análisis de las cinco primeras causas de muerte que se realizó teniendo en cuenta aquellas que presentaron la mayor proporción de muertes según el censo de salud que se realizó en la provincia de Santa Fe en el año 2008 para lo cual se consideran las siguientes: enfermedades del sistema circulatorio (incluyen cardiopatías, enfermedades cerebro vasculares entre otras), tumores, enfermedades del sistema respiratorio (incluyen enfermedades agudas y crónicas del sistema respiratorio), causas externas (agresiones, suicidios y accidentes) y diabetes (12).

La importancia que a nivel mundial tienen la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares y por sobre todas ellas la enfermedad del síndrome coronario agudo lleva a presentar nuevos interrogantes para disminuir el daño cardiaco y mejorar la calidad de vida.

Por ultimo a nivel local las enfermedades cardiovasculares, son la primer causa de defunción, dentro de las cuales, el síndrome coronario agudo (SAC) se presenta con la mayor tasa de mortalidad entre hombres y mujeres (12).

Propósito de la Investigación

Esta investigación brindara más herramientas a enfermería para realizar posteriores investigaciones, la cual aporta conocimiento sobre las características de la población en estudio. Estas características de la población darán lugar a nuevos estudios donde se planteara programa de educación a los pacientes que ingresen a la unidad coronaria con diagnósticos de síndrome coronario agudo. Con la finalidad de disminuir el reingreso a la unidad coronaria

Delimitación del Problema

¿Qué relación existe entre el diagnóstico del síndrome coronario agudo como primer evento según sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, medio de traslado al efector y tiempo que asiste a la primer consulta médica, de los pacientes internados en unidad coronaria del hospital municipal de 3er nivel de atención de la ciudad de Rosario desde Marzo del 2018 a Marzo 2019?

Hipótesis:

- La atención temprana del evento del síndrome coronario agudo dentro de la hora oro favorece la recuperación miocárdica aseguran una mejor calidad de vida.
- La caracterización de la población en estudio, favorecerá el desarrollo de un programa de educación para el alta dirigido a pacientes que ingresan a UCO con SCA, con la finalidad de disminuir el número de re internaciones.

Objetivo General

Describir el diagnóstico del síndrome coronario agudo como primer evento según sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, medio de traslado al efector y tiempo que asiste a la primer consulta médica, de los pacientes internados en unidad coronaria del hospital municipal de 3er nivel de atención de la ciudad de Rosario desde Marzo del 2018 a Marzo 2019.

Objetivos específicos:

- Identificar el sexo y la edad de los pacientes que ingresen a la unidad coronaria del hospital con diagnóstico de síndrome coronario agudo.
- Describir los tipos de manifestaciones clínicas del dolor que presenten los hombres y mujeres que se les diagnostique síndrome coronario agudo.
- Identificar el tiempo que asisten a la primera consulta médica de hombres y mujeres.
- Reconocer el tipo de accesibilidad que utilizan los pacientes para recibir la primer atención médica.
- Conocer el nivel de instrucción de hombres y mujeres afectados por el síndrome coronario agudo.
- Definir el tiempo transcurrido desde el comienzo del dolor hasta la primera consulta atención médica.
- Mencionar los factores de riesgos que presentan hombres y mujeres con diagnóstico del síndrome coronario agudo.

Marco Teórico

A lo largo de la historia ha variado el concepto médico para comprender la evolución y estructura de la sociedad, la interacción entre el ambiente y la genética de los seres humanos, las poblaciones son diferentes según el momento histórico económico social y geográfico.

La transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por el aumento de la expectativa de vida, se ha experimentado un incremento en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles

En 2013 todos los Estados Miembros (194 países) acordaron, bajo el liderazgo de la OMS, una serie de mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre ellos el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". El citado plan tiene por objeto reducir para 2025 el número de muertes prematuras asociadas a las ENT en un 25%, y ello a través de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Dos de esas metas mundiales se centran directamente en la prevención y el control de las ECV (OMS).

La Enfermedad Arterial Coronaria también conocida como Cardiopatía Isquémica es una compleja enfermedad inflamatoria, de evolución continua y larga duración, caracterizada por la remodelación de las arterias coronarias, que suministran oxígeno al miocardio produciendo disminución en la perfusión coronaria resultando en un aporte de oxígeno insuficiente para cubrir las necesidades miocárdica de oxígeno y de sustrato metabólico para mantener una función miocárdica adecuada; conduciendo a isquemia miocárdica y necrosis (13)

Según el Dr. José Ricardo Navarro Vargas “Los síndromes coronarios agudos son definidos como los cuadros clínicos que se presentan súbitamente por compromiso de la circulación coronaria. La causa más frecuente es el desbalance entre la oferta y demanda de oxígeno por el músculo cardíaco, secundaria a una obstrucción del vaso coronario a partir de la fractura de la placa de colesterol que yace dentro del vaso, entre las capas íntimas y media. Los fenómenos que se presentan a continuación de la fractura de la placa, comprenden la adhesión y agregación plaquetaria y la formación de un trombo, que si el organismo no logra lizarlo (a través del sistema fibrinolítico), el paciente presenta una inestabilidad eléctrica, probablemente expresada en una taquicardia ventricular o en una fibrilación ventricular.

El Dr. Navarro clasifica a los síndromes coronarios agudos en cuatro:

Angina inestable: Manifestación de dolor intenso en el pecho, con sensación de muerte, acompañado de disnea, diaforesis, sensación de desmayo y que tiene una duración mayor de 15 minutos. La inestabilidad se presenta por que el paciente en reposo continúa con el dolor

torácico o aumento en la frecuencia y en su intensidad. Es una alarma importante para que el paciente acuda a un centro médico.

Infarto Agudo de Miocardio sin supradesnivel del ST: Se caracteriza por lesión y muerte celular en una zona que posteriormente puede ser revascularizada mediante mecanismos fisiológicos fibrinolíticos o antitrombóticos. La clave en la diferencia con el otro síndrome coronario (el infarto con elevación del ST) es que la lesión inicia del endocardio al epicardio, y el electrocardiograma es un registro de la superficie cardiaca, por lo tanto si la lesión no llega hasta el epicardio no va a verse reflejado en el trazado del electrocardiograma.

Infarto Agudo de Miocardio con supradesnivel del ST: Representa una lesión del tejido miocárdico que no fue reperfundida y que requiere de un manejo agresivo, puesto que las consecuencias de acuerdo a la zona de la coronaria obstruida (al porcentaje de músculo cardíaco comprometido) pueden llevar a la muerte. Presenta elevación de marcadores enzimáticos y se pueden apreciar ondas típicas de lesión en el territorio afectado, visualizadas en al menos dos derivaciones del electrocardiograma.

Muerte súbita: A nivel mundial, es la causa más frecuente de muerte en el adulto. Su definición es la muerte que ocurre dentro de un síndrome coronario en la PRIMERA HORA de iniciados los síntomas cardíacos (14).

Para María Jesús Gómez Palomar con el artículo “Creación y validación de un instrumento para la valoración del dolor isquémico cardíaco”. “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia con daños reales o potenciales del organismo. La valoración del dolor, es subjetiva estará influenciada por la personalidad, la cultura y el ambiente familiar.

Cuando una persona manifiesta dolor se debe actuar en consecuencia sin prejuzgarlo. Las características del dolor, el modo en que el paciente lo describe nos aportarán información sobre su naturaleza (tiende a ser descrito de forma similar por diferentes pacientes en la misma situación)” (15).

Para diagnosticar el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), se utilizan marcadores bioquímicos específicos que nos indican necrosis miocárdica, basándose en la aparición de esos marcadores específicos q reflejan lesión o muerte de las células miocárdicas. Al ingresar el paciente a la unidad coronaria se realiza laboratorio específicos para el diagnóstico del IAM se utilizan los marcadores de las enzimas creatinfosfocinasa (CPK), se encuentra en todos los músculos y se liberan cuando se produce lesión del musculo, el marcador específico de lesión miocárdica es la CPK-MB el aumento de estos marcadores en sangre en el contexto de un SCA identifica a un grupo de pacientes de mayor riesgo.

Todos los marcadores bioquímicos siguen un patrón predecible de liberación relativo al comienzo de la isquemia que es específico. La variación en la cinética de liberación es especialmente aparente con la mioglobina, que puede alcanzar un pico y volver a los valores normales en el transcurso de horas, en comparación con la troponina, que permanece elevada por 7 a 14 días.

Las troponinas I y T son unas proteínas específicas del músculo cardíaco que el cuerpo secreta cuando el corazón está dañado, como ocurre durante un ataque cardíaco. A más daño, mayor será la cantidad troponinas que habrá en la sangre.

Los valores normales de la mioglobina:

Son entre 0 y 85 ng/ml (nano gramos por mililitro). Su concentración en sangre puede elevarse, tras ejercicio intenso, traumatismos o lesiones, se eleva rápidamente dos horas después de un infarto, lo que ayuda a confirmar el diagnóstico. Alcanza su punto máximo entre las 6 y las 9 horas y es eliminada a través de la orina después, volviendo a la normalidad pasadas 24 horas.

Niveles de troponinas cardíacas

Se consideran valores anormales más de 0,1 ng/ml de troponina T y más de 0,4 ng/ml de troponina I. Los valores de troponina empiezan a subir entre las 2 y las 4 horas después del ataque al corazón, alcanzando niveles máximos pasadas entre 10 y 24 horas. Estas concentraciones altas de troponina pueden mantenerse elevadas durante una o dos semanas después.

Los valores normales de CK

En hombres son de 55 y 170 UI/l (unidades internacionales litro) y entre 30 y 135 UI/l en mujeres.

En el caso de la fracción de CK-MB, que varía entre 0 y 7 UI/l, es importante el porcentaje sobre la cantidad total de CK. Mientras que los valores normales son inferiores al 3%, cuando se elevan al 6% existe una probabilidad alta de ataque al corazón (16).

En función del Electrocardiograma J. Willis Hurst expresó: “El tratamiento del síndrome coronario agudo se basa completamente en las anomalías del electrocardiograma. Por ello, la correcta interpretación del electrocardiograma es necesaria ahora más que nunca en la historia de la medicina”

En este aspecto se mantiene lo clásico; se consideran las manifestaciones eléctricas de isquemia que pueden llevar al infarto

La elevación del segmento ST a 0,08 s del punto J en dos derivaciones contiguas con dos puntos de corte: 0,2 mV en hombres y 0,15 mV en mujeres en V2-V3 y/o 0,1 mV en otras derivaciones.

Depresión del segmento ST y cambios de la onda T horizontal o descendente $\geq 0,05$ mV en dos derivaciones contiguas y/o inversión de la onda T $\geq 0,1$ mV en dos derivaciones contiguas con onda R prominente ($R/S > 1$) (17)

Los Factores de riesgos según describe la Organización Mundial de la Salud y la Federación Argentina de Cardiología (FAC) se clasifican en dos grupos: no modificables y modificables

No modificables: Sexo, Edad, Diabetes, menopausia y Antecedentes Familiares

Modificables: Hipertensión arterial, Dislipidemia, Obesidad, Tabaquismo, Etilismo, Sedentarismo

En la República Argentina el Dr. Pérez, Gonzalo E. y Col. describen a los Factores de Riesgos en el Infarto Agudo de Miocardio y los clasifican en: (18).

En relación al sexo Los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad.

Este dato se ha atribuido al hecho de que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector, como queda demostrado por el incremento del índice de enfermedades de corazón en la mujer a partir de la menopausia, cuando desaparece la defensa que le proporcionaban los estrógenos.

Sin embargo, tres de cada diez fallecimientos que se producen en la población femenina de nuestro país están directamente relacionados con la salud del corazón. Esta realidad es desconocida por la mayoría de las mujeres, más preocupadas normalmente por patologías como el cáncer de mama o la osteoporosis. Las mujeres por tanto deben de seguir las mismas pautas de prevención que los hombres.

También se ha demostrado recientemente que el tratamiento con estrógenos después de la menopausia no protege a la mujer de la aparición de enfermedades cardiovasculares. Más bien al contrario, se ha comprobado que el consumo de estrógenos incrementa el riesgo de enfermedades tromboembólicas (19)

En cuanto a la Edad las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad.

Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto

sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo. Debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad (20).

Otro factor de riesgo es la Diabetes definida por la OMS como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

Las diferentes bibliografías consideran como valores normales de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) para evitar daños en el sistema nervioso central.

El exceso de glucosa mantenido daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular como la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio y la muerte cardíaca súbita. También incrementa la posibilidad de enfermedad cerebrovascular o afectación de las arterias periféricas. Por tal motivo puede dañar diferentes órganos: a los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; a los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede requerir diálisis; al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, renales y de la esfera sexual (impotencia) y a las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones. En su artículo describe que a nivel vascular los fenómenos fisiopatológicos que se producen en la disfunción endotelial en el contexto de la diabetes se resumen en los siguientes eventos: Alteración en la biodisponibilidad del Óxido nítrico, el aumento en la producción de vasoconstrictores y alteración en la función del músculo liso vascular.

Expresión anormal de receptores de membrana que aumentan la adhesión y migración celular y estimulan la agregación plaquetaria, con la aparición de fenómenos inflamatorios en la pared vascular (21)

La OMS define a la menopausia natural como el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas y como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica. La edad de presentación está entre los 45 y 55 años, con una media en torno a los 51 años (22)

Estudios de investigaciones describen que gracias a sus hormonas sexuales, las mujeres, generalmente están protegidas de las enfermedades del corazón hasta la menopausia, en ese momento es cuando su riesgo comienza a aumentar. Las hormonas sexuales parecen desempeñar un papel en las enfermedades del corazón. Entre las mujeres menores de 40 años de edad, no es común ver casos de enfermedades del corazón. Pero entre los 40 y 65 años de edad, cuando la mayoría de las mujeres pasan por la menopausia, aumentan apreciablemente

las probabilidades de que una mujer sufra un ataque al corazón. Y, a partir de los 65 años de edad, las mujeres representan aproximadamente la mitad de todas las víctimas de ataques cardíacos (23).

Haciendo mención de los factores de riesgo es la Hipertensión arterial, la presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación. La hipertensión es la presencia continuada o mantenida de valores altos de presión arterial por encima de unos límites considerados normales (24).

La hipertensión es un factor de riesgo ya que supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.

La hipertensión propicia la arterioesclerosis (cúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (obstrucción completa de las arterias) que pueden dar lugar a infarto de miocardio o infarto cerebral. En el peor de los casos, la hipertensión arterial puede debilitar las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte).

Hipertensión Arterial Clasificación

Normal: Sis. <120/80

Prehipert.: 120-139/80-89

Hipert.: Estado I: 140-159/ 90-99

Hipert.: Estado II: >160/ 100

Según el Ministerio de Salud de la República Argentina: la dislipidemia es la alteración en los niveles de lípidos (grasas) en sangre (fundamentalmente colesterol y triglicéridos). El exceso de colesterol en sangre produce la acumulación del mismo dentro de las arterias, fenómeno que se conoce con el nombre de placa. Esto hará que las arterias disminuyan su calibre

y endurezcan, comprometiendo la llegada de oxígeno y nutrientes al órgano al cual irrigan, (corazón, cerebro, miembros inferiores), con la consecuente afectación del mismo (25).

Valores Normales (26):

Triglicéridos >150mg/dl

HDL-Colesterol entre 40- 60 mg/dl

LDL-Colesterol>100mg/dl

VLDL-Colesterol entre 2- 30 mg/dl

Colesterol total >200mg/dl

Al mencionar el sobrepeso y la obesidad, estas constituyen un importante factor de riesgo de defunción, con una mortalidad de alrededor de 3 millones de adultos al año. La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m^2 se consideran obesas (27)

El perímetro de la cintura es un parámetro antropométrico que se utiliza para determinar la grasa acumulada en el abdomen la cual se la denomina: Obesidad abdominal.

Un depósito excesivo de grasa en esta zona incrementa considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por ello, mantener el perímetro abdominal dentro de unos límites razonables es muy importante para el normal funcionamiento del corazón, los vasos sanguíneos, el metabolismo, los huesos y otros órganos de nuestro cuerpo. En la mujer es 88 centímetros y en el hombre, 102 centímetros. La obesidad abdominal (o central) tiene peores consecuencias en el metabolismo, ya que favorece el desarrollo de diabetes y gota. Además quienes la padecen tienen altas posibilidades de acumular grasa también en órganos vitales, lo que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares (28)

Según describe la OMS, se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo (29). El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Tanto la nicotina como el monóxido de carbono producen alteración al sistema cardiovascular, según la Sociedad Española del Corazón.

La nicotina desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que producen daño en la pared interna de las arterias (endotelio), aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación, incrementa los niveles de LDL (colesterol malo) y reduce los de HDL (colesterol bueno). La concentración de nicotina en sangre depende más del grado de inhalación que del contenido de nicotina del propio cigarro (30).

En los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación pero estos son variables y en todos casos arbitrarios, así, y a modo de ejemplo, un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve. (Dr. Carlos Tena Tamayo) Dice que el tabaquismo eleva el riesgo de enfermedad coronaria (infarto) y se incrementa cuando se asocia con hipertensión, diabetes mellitus o colesterol elevado. El consumo de diez cigarros diarios incrementa 18% la mortalidad en hombres y 31% en mujeres. La enfermedad cardíaca en fumadores aparece hasta diez años antes. La inhalación involuntaria del humo (fumador pasivo) incrementa hasta 20% el riesgo cardiovascular (31).

La sociedad española de cardiología en su artículo dice que la ingesta abusiva de bebidas alcohólicas: Puede ocasionar miocardiopatía alcohólica (el corazón se dilata y deja de funcionar adecuadamente). También puede generar infartos al corazón. Su consumo regular eleva los niveles de sodio y calcio en la célula y puede producir hipertensión arterial. Cuando se reduce el consumo en personas con hipertensión se logra disminuir la enfermedad. La ingesta aguda de alcohol (síndrome del día festivo), puede producir arritmias graves en personas sanas incluidos los menores de edad.

Según los expertos, el consumo moderado de alcohol es un promedio de una o dos bebidas por día para los hombres y de una bebida por día para las mujeres.

Una bebida se define como de 44 ml de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 40° tal como whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc. 30 ml de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 50°, 118 ml de vino o 355 ml de cerveza. Pero el excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía.

Además, una bebida típica tiene entre 100 y 200 calorías. Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular (31).

En relación a la actividad física la OMS dice que se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres

de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes (32).

En Argentina se calcula que mueren cada año 39.000 personas de entre 40 y 79 años a causa de la inactividad física (33). Para prevenir problemas de salud futuros, es muy recomendable la práctica regular de algún tipo de ejercicio físico. Las pautas de actividad física recomendadas por la OMS incluyen realizar:

Un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada 5 días por semana; o bien Un mínimo de 20 minutos de actividad física de intensidad alta 3 días por semana.

Se debe elegir un ejercicio que nos resulte agradable y fácil de poner en práctica en nuestra vida diaria, evitando aquellas que supongan una carga excesiva que en pocos días sean difíciles de cumplir y conduzcan a su abandono.

La Asociación Americana del Corazón recomienda realizar entre 30 a 60 minutos diarios de ejercicios aeróbicos, como caminar a un ritmo de 6 km/hr, para reducir el riesgo de sufrir un infarto.

Otro factor de riesgo es que las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón.

En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al cicatrizar las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa.

El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón (34).

EL Dr. Gonzalo E. Pérez expresa que se debe interrogar sobre situaciones de la vida habitual, que hayan generado angustia y/o ansiedad excesiva, en los 3 meses previos al evento analizado. Se consideraron como situaciones estresantes: fallecimiento de un ser querido, inestabilidad laboral, conflictos familiares, divorcios, situaciones de violencia y cirugías (35)

En relación a otra variable de estudio es el Nivel de Instrucción de los pacientes la ley 26.206 lo define como a la estructura del sistema educativo actualización del glosario AGOSTO 2011.

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Es el conjunto organizado de servicios y acciones educativas llevados a cabo por el Estado (nacional, provincial o municipal) o reconocidos y supervisados por él a través de los Ministerios de Educación (u organismos equivalentes) en función de una normativa nacional, provincial o municipal. El sistema educativo comprende los niveles de enseñanza y otros servicios educativos. A su vez, éstos se organizan en distintas modalidades educativas (36).

En relación al tiempo de demora a la primera consulta se debe conocer que la **hora de oro** es el intervalo de tiempo que se extiende desde las primeras manifestaciones clínicas hasta los sesenta minutos posteriores en los que una atención sanitaria lo más rápida posible permite salvar un gran número de vidas. Lo que ocurra durante esa hora puede significar la diferencia entre la vida y la muerte ya que en ella se pueden originar lesiones irreparables que ocasionarán la muerte del paciente incluso en los días posteriores. El Dr. Paolasso describe en su artículo que “El infarto agudo de miocardio (IAM) es la entidad que produce mayor mortalidad y discapacidad en el mundo occidental. Una cuarta parte de los pacientes mueren, y de éstos, un 50% lo hará en la primera hora de evolución, generalmente por taquicardia ventricular (TV) o fibrilación ventricular (FV) sin haber llegado a un hospital.

El riesgo de FV primaria es mayor en las primeras cuatro horas y sus consecuencias fatales se reducen sustancialmente al llegar al hospital. Si ocurre TV/FV, la cardioversión precoz hará la diferencia entre los que sobrevivirán y los que no lo harán; por cada minuto que se retrasa la desfibrilación, la sobrevida disminuye del 7% al 10%. Si ésta se realizara dentro del primer minuto, la sobrevida será del 90%, a los 5 minutos 50% y sólo del 3% a los 12 minutos. Por este motivo, hoy se recomienda la disponibilidad de desfibriladores automáticos externos (DAE) en lugares públicos, los que han mostrado ser seguros y efectivos cuando son operados por sujetos con un mínimo entrenamiento. En la actualidad el pilar de la respuesta pre hospitalaria lo dan los servicios de emergencias médicas (SEM).

Sin embargo, en el mundo real, de acuerdo a los registros, la mortalidad es aún alta en aquellos sujetos que llegan a un hospital: 20% en los pacientes a quienes no se les brinda reperfusión dentro de las 12 horas, 10% en los que son tratados con trombolíticos y 6%-8% en los tratados con ATCp.” (37)

En cuanto al tipo de medio de traslado al hospital se define a la accesibilidad como la posibilidad que tengan todas las personas sin que medien exclusiones de ningún tipo como ser culturales, físicas o técnicas para poder acceder o llegar a un lugar.

Según el artículo refiere que la utilización del Sistema Emergencia Médica (SEM) es muy diversa en la asistencia del IAMCEST en distintos lugares de Europa, varía del 18 al 85% en los diferentes países. La mayoría de los pacientes con IAMCEST llegan al hospital sin la ayuda del SEM. La falta de utilización del SEM se asocia a mayor retraso en el tratamiento y a peor resultado.

Los ensayos clínicos realizados han puesto de manifiesto que el traslado de los pacientes desde hospitales periféricos a centros con Hemodinámica es seguro y se asocia a una reducción del retraso del sistema que se traduce en menor mortalidad. Sin embargo, los datos de registros indican que, en la práctica clínica real, el Tiempo Puerta Balón (TPB) es más prolongado por causas multifactoriales, entre las que se encuentra el retraso en el traslado de los pacientes como consecuencia de factores locales y/o de una mala estrategia de tratamiento.

En comparación con el traslado inter-hospitalario, en caso de traslado directo desde el lugar donde se recoge al paciente a un centro A, el 79,7% de los pacientes con IAMCEST fueron tratados con angioplastia en un TPB <90min, en comparación con el 11,9%.

En el marco de la asistencia del SEM basada en personal paramédico, el traslado directo con activación temprana del laboratorio de cateterismo hizo posible que en un 86% de los pacientes con IAMCEST, el TPB fue <90min (38)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un abordaje metodológico cuantitativo el tipo de estudio será descriptivo. Intentará describir la ocurrencia de fenómenos, situación y contexto, en un tema en el cual ya existe un conocimiento, pero resulta de interés continuar investigando; será prospectivo ya que se incluirán los pacientes que vayan ingresando a la unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo como primer evento; transversal se realizara un corte en el tiempo para realizar la medición de las variables.

SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de realizar la convalidación de sitio (ANEXO I) en un hospital de la red provincial y otro de la red municipal con características similares y con el propósito de controlar la validez interna del estudio, se analizó a ambas instituciones públicas, teniendo en cuenta que ambas cuentan con unidad cuidados intensivos (Unidad Coronaria), donde se encuentran tanto la población como las variables de estudio.

En función de ello, de la disponibilidad, capacidad, y los criterios de elegibilidad, se procedió a seleccionar la Unidad Coronaria del Hospital Municipal de 3er nivel de atención de la red Municipal de Rosario, que posee 10 camas habilitadas, a la que concurren importante cantidad de pacientes de Rosario y el Gran Rosario, el mayor porcentaje de ellos no poseen cobertura para la atención médica. También se puede acceder a la información de las historias clínicas, laboratorios, pudiendo interrogar al personal médico y al personal de enfermería. Para la descripción del sitio, ver (ANEXO III).

El hospital cuenta con el convenio entre la Universidad Nacional de Rosario y la Escuela de Enfermería lo que facilita el trabajo a los estudiantes.

Posee un Comité de Docencia e investigación interdisciplinario que evalúa los proyectos presentados para, formado por un grupo interdisciplinario, para brindarnos asesoramiento y apoyo en caso de solicitarlo.

Se solicitará previamente autorización para poder realizar el estudio de investigación al Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario de la institución. El comité se encargará de solicitar la autorización a los diferentes departamentos, dirección del hospital, Jefe del departamento de enfermería, jefe médico de la unidad coronaria, jefa de enfermería de la unidad coronaria.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio será la totalidad de los pacientes que ingresan a la unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo como primer evento al hospital de 3er nivel de atención de la municipalidad de Rosario sito en calle Pellegrini 3200 de Marzo 2018 a Marzo 2019. Se calcula estimativamente según el estudio de convalidación que anualmente ingresan a la unidad coronaria 80-100 pacientes con dicho diagnóstico, al tratarse de una población pequeña se decide tomar la totalidad de los pacientes ingresados durante el periodo de un año.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Población: Todos los pacientes que sean diagnosticados con síndrome coronario agudo como primer evento (Angina Inestable, IAM con o sin elevación del ST) internados en el Hospital de 3er. Nivel de atención.

Edad: mayores de 18 años.

Personas: ambos sexo

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Población: con estado de conciencia alterado

Paciente que desarrolle el evento de SCA estando hospitalizada en la institución.

TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, el investigador encuestara a través de un instrumento (cuestionario) que se aplicara al paciente transcurrida las primeras 24hs a 48hs posterior al ingreso a su internación en la Unidad Coronaria dependiendo del cuadro clínico actual del paciente y previa aceptación y presentación del consentimiento informado firmado por el paciente. El mismo consta de 13 preguntas con tipos respuestas cerradas dicotómicas y de opción múltiple que serán completadas por el investigador. Se obtendrá información tanto de fuentes primarias, como de fuentes secundarias (historia clínica, laboratorio) de los pacientes en estudio. Para observar instrumento de recolección de datos, ver (ANEXO II).

Se utilizará como Técnica la encuesta y la recolección de los datos la realizará el investigador, en el cual se utilizará como instrumento un cuestionario debido a que se puede abarcar múltiples

variables, es rápido de responder, anónimo con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple las que serán completadas por el investigador de la fuente primaria y se complementará tal recolección de datos a través de fuentes secundarias como historia clínica (Laboratorio) de los pacientes en estudio. Describiendo las siguientes variables: sexo, edad, tipo de manifestación clínica, factores de riesgos, nivel de instrucción, tiempo que asiste a la primer consulta médica y medio de traslado al efector los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo como primer evento que ingresen a la unidad coronaria del Hospital municipal de 3er nivel de la ciudad de Rosario.

Los principios Éticos; que se tendrán en cuenta en el estudio son:

La presente investigación protegerá la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen.

Autonomía: Al tratarse de un estudio prospectivo, en el que se tomaran datos de las historias clínicas y completaran una encuesta sin identificación individual, se requerirá de consentimiento informado; se obtendrá la autorización respectiva por el Jefe del Servicio de Cardiología, Comité de Docencia e Investigación de la institución. La obtención de datos se realizara en un formulario único y serán manejados con total confidencialidad.

Beneficencia: El estudio no es experimental, los pacientes recibirán un tratamiento óptimo para su patología de base.

No maleficencia: No se llevara a cabo ningún procedimiento de manera directa o indirecta que pudiera inducir daño en los pacientes que formaran parte del estudio.

Justicia: La revisión de historias clínicas de los pacientes se realizarán sin ningún tipo de discriminación, ni situaciones de desigualdad.

Como segundo control de validez interna del estudio, se realizó la prueba piloto del instrumento en 3 pacientes que reúnen las características similares a la población de estudio, donde el paciente acepta firmando el consentimiento informado. Del cual, se obtuvo como resultado una buena comprensión de las preguntas y de las opciones de respuestas, resultando dinámico el registro para el investigador.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables en estudios de medición nominal son:

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores
<p>Diagnóstico del síndrome coronario agudo</p> <p>Dependiente</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Es el desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno por el músculo cardíaco, secundaria a una obstrucción del vaso coronario a partir de la fractura de la placa de colesterol dentro del vaso, entre las capas íntima y media.</p>	<p>1) Signos y Sintomas</p> <p>Tipo de Dolor</p> <p>Características del dolor</p> <p>Tipo de Irradiación</p> <p>Duración del dolor</p>	<p>Retroesternal</p> <p>Precordial</p> <p>Opresivo</p> <p>Ardor</p> <p>Punzante</p> <p>Quemante</p> <p>Hombro</p> <p>Brazo</p> <p>Cuello</p> <p>Espalda</p> <p>Menos de 5 min.</p> <p>5 a 10 minutos</p> <p>10 a 20 minutos</p> <p>Más de 20 min.</p>

		Asociacion desencadenate	Frio
			Estrés
			Esfuerzo
			Otros
		Dolor Alivio	
			Sin medicación
			Con medicación
		2) Lugar de ocurrencia	
			Domicilio particular
			Ámbito Laboral
			Vía Publica
		3)Cual fue la reacción al dolor	
			Llamo al médico
			Llamo a familiar/amigo
			Se acostó
			Continua su actividad
		3) Diagnostico	Angina inestable
			IAM sin supra ST
			IAM con supra ST
			Muerte Súbita

Sexo Independiente Cualitativa	En términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino		Femenino Masculino
Edad Independiente Cuantitativo	La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo		Años cumplidos (dato)
Factores de riesgos Independiente Cualitativa	Hábito de conductas peligrosas o de consumo de determinados productos, en especial drogas, y del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica.	Etilismo Consume Cantidad Frecuencia	No Si <5 vasos 6 a 10 vasos >10 vasos 2 veces a la semana 3 veces a la semana 5 veces a la semana Todos los días

		Tabaquismo	No
		Consume	Si
			Ex tabaquismo
		Cantidad de cigarrillos día	<10 cigarrillos
			10 y 20 cigarrillos
			>20 cigarrillos
		Diabetes mellitus	No
			Si
		Hipertensión arteria	No
			Si
		Obesidad	No
			Si
		Obesidad abdominal	No
			Si

		<p>Obesidad previa en los últimos 5 años</p> <p>Realiza Actividad física</p> <p>Frecuencia con la que realiza actividad física:</p> <p>Colesterol</p> <p>Presencia de Situación estrés en los últimos 3 meses</p>	<p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>3 o más veces por sem.</p> <p>2 veces por semana</p> <p>1 vez por semana</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>Fallecimiento ser querido</p> <p>Conflicto Familiar / divorcio</p> <p>Inestabilidad laboral</p> <p>Otros</p>
--	--	---	---

		Menopausia	No Si
Nivel de instrucción Independiente Cualitativa	Expresa lo aprendido en el transcurso de los procesos académicos	Primaria Secundaria Terciaria Universitario	incompleto completo incompleto completo incompleto completo incompleto completo
Tiempo que asiste a la consulta medica Independiente Cuantitativa	La cronología permite determinar los momentos en los que ocurren determinados hechos o procesos. En una línea de tiempo se puede representar gráficamente los momentos históricos en puntos y los procesos en segmentos.	Hora de inicio del dolor Hora de 1er. consulta profesional	Horas y minutos Horas y minutos

Medio de traslado al efector Independiente Cualitativa	La accesibilidad es la posibilidad que tengan todas las personas sin que medien exclusiones de ningún tipo como ser culturales, físicas o técnicas para poder acceder o llegar a un lugar	Ambulancias	No Si
		Transportes públicos	No Si
		Trasporte privado	No Si

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La persona encargada de realizar la recolección de datos, será el autor del proyecto, quien posee el criterio necesario ya que dicho instrumento ha sido elaborado por el mismo durante la planificación de dicha investigación. Utilizando el instrumento elaborado para tal fin, antes de la recolección de datos es importante destacar la neutralidad y responsabilidad al momento de la recolección de los mismos.

VALIDEZ EXTERNA:

Se podrá utilizar el instrumento en todos los pacientes que ingresen a la unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo por primera vez para caracterizar a la población.

Los resultados de esta investigación podrán aplicarse a través de la educación continua a la población en general que concurra a las unidades coronarias

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados del estudio. Se aplicara estadística descriptiva a través de una medición nominal, teniendo en cuenta las medidas de tendencia central: (Moda, Mediana y Media) y estableciendo frecuencias/porcentajes. Para la reconstrucción de las variables, los datos recolectados, serán codificadas cada una de las dimensiones y presentado cuadros comparativos, tablas de múltiples entradas, se volcaran en el

programa SPSS, Microsoft Excel 2010, y serán presentados para su visualización se realizará y graficas circular.

También se utilizara estadística inferencial, teniendo en cuenta la población de estudio. Por lo cual se consultara con un especialista estadístico

Las variables serán codificadas de la siguiente manera:

V1- Diagnóstico de síndrome coronario agudo como primer evento.

D 1. Signos y Síntomas

SD 1. Tipo de dolor

I 1. Retroesternal (1)

I 2. Precordial (2)

La sub dimensión TIPO DE DOLOR será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

SD 2. Característica del dolor

I 1. Opresivo (1)

I 2. Ardor (2)

I 3. Punzante (3)

I 4. Quemante (4)

La sub dimensión CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR serán analizados en porcentajes y grafico circular para su visualización.

SD 3. Tipos de irradiación

I 1. Hombro (1)

I 2. Brazo (2)

I 3. Cuello (3)

I 4. Espalda (4)

La sub dimensión TIPOS DE IRRADIACION serán analizados en porcentajes y grafico circular para su visualización.

- SD 4. Duración del dolor
- I 1. Menos de 5 minutos (1)
- I 2. 5 a 10 minutos (2)
- I 3. 10 a 20 minutos (3)
- I 4. Más de 20 minutos (4)
- I 5.

La sub dimensión DURACION DEL DOLOR serán analizados en porcentajes y grafico circular para su visualización.

- SD 5. Asociaciones desencadénate
- I 1. Frio (1)
- I 2. Estrés (2)
- I 3. Esfuerzo (3)
- I 4. Otros (4)

La sub dimensión LAS ASOCIACIONES DESENCADENANTES serán analizadas en porcentajes y grafico circular para su visualización.

- SD 6. Como alivio el dolor
- I 1. Sin medicación (1)
- I 2. Con medicación (2)

La sub dimensión COMO ALIVIO EL DOLOR será analizada en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

La suma de porcentajes de todas las sub dimensiones nos indicaran el porcentaje de la dimensión SIGNOS Y SÍNTOMAS. Serán presentadas en porcentajes y en gráficos circular para su visualización

- D 2. Lugar donde ocurrió el evento
- I 1. Domicilio particular (1)
- I 2. Ámbito laboral (2)
- I 3. Vía pública (3)

La dimensión LUGAR DONDE OCURRIO EL EVENTO será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

D 3. Como actuó al comenzar el dolor

- I 1. Llamo al médico (1)
- I 2. Llamo a familiar/amigo (2)
- I 3. Se acostó (3)
- I 4. Continuo con sus actividades (4)

La dimensión COMO ACTUÓ AL COMENZAR EL DOLOR será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

D 4. Diagnostico medico

- I 1. Angina inestable (1)
- I 2. IAM sin Supradesnivel del ST (2)
- I 3. IAM con Supradesnivel del ST (3)
- I 4. Muerte súbita (4)

La dimensión DIAGNOSTICO MEDICO será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

Para la realización del análisis de la variable DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO PRIMER EVENTO se realizara la suma de porcentajes de cada una de las dimensiones y presentadas en gráficos circular. Determinando que a mayor valor de porcentajes demostrara la complejidad del paciente

V2- Sexo

- I 1. Femenino (1)
- I 2. Masculino (2)

La variable SEXO se analizará en porcentaje y grafico de barras.

- V3- Edad
 - I 1. 18-30 años (1)
 - I 2. 31-50 años (2)
 - I 3. 51-70 años (3)
 - I 4. Más de 71 años (4)

La variable EDAD se agrupara en rangos de edad y se representara en gráficos de barra.

V4- Factores de riesgos

D 1. Etilismo

SD 1. Consume

- I 1. No (1)
- I 2. Si (2)

La sub dimensión CONSUME será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

SD 2. Cantidad

- I 1. Menos de 5 vasos (1)
- I 2. 6 a 10 vasos (2)
- I 3. Más de 10 vasos (3)

La sub dimensión CANTIDAD será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

SD 3. Frecuencia

- I 1. 2 veces a la semana (1)
- I 2. 3 veces a la semana (2)
- I 3. 5 veces a la semana (3)
- I 4. Todos los días (4)

La sub dimensión FRECUENCIA será analizado en porcentajes y grafico de barras para su visualización.

D 2. Tabaquismo

SD 1. Consume

- I 1. No (1)
- I 2. Si (2)

I 3. Ex tabaquista (3)

La sub dimensión CONSUME será analizado en porcentajes y gráficos circulares para su visualización.

SD 2. Cantidad de cigarrillos por días

I 1. Menos de 10 cigarrillos días (1)

I 2. 10 a 20 cigarrillos días (2)

I 3. Más de 20 cigarrillos días (3)

La sub dimensión CANTIDAD será analizado en porcentajes y gráficos circulares para su visualización.

D 3. Diabetes mellitus

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión DIABETES MELLITUS será analizada en porcentajes y gráficos de barras para su visualización

D 4. Hipertensión arterial

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión HIPERTENSION ARTERIAL será analizada en porcentajes y gráficos de barras para su visualización

D 5. Obesidad

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión OBESIDAD será analizada en porcentajes y gráficos de barras para su visualización

D 6. Obesidad abdominal

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión OBESIDAD ABDOMINAL será analizada en porcentajes y gráficos de barras para su visualización

D 7. Obesidad previa

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión OBESIDAD PREVIA será analizada en porcentajes y gráficos de barras para su visualización

D 8. Actividad física

SD 1. Realiza actividad física

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La sub dimensión REALIZA ACTIVIDAD FISICA será analizado en porcentajes y grafico barras para su visualización.

SD 2. Frecuencia con la que realiza actividad física

I 1. 3 o más veces por semana (1)

I 2. 2 veces por semana (2)

I 3. 1 vez por semana (3)

La sub dimensión FRECUENCIA CON LA QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA será analizado en porcentajes y gráficos circulares para su visualización.

D 9. Colesterol

I 1. No (1)

I 2. Si (2)

La dimensión COLESTEROL será analizado en porcentajes y grafico barras para su visualización.

D 10. Presencia de situación de estrés en los últimos 3 meses

- I 1. Fallecimiento de ser querido (1)
- I 2. Conflicto familiar/divorcio (2)
- I 3. Inestabilidad laboral (3)
- I 4. Otros (4)

La dimensión PRESENCIA DE SITUACION DE ESTRÉS EN LOS ULTIMOS MESES será analizado en porcentajes y gráficos circulares para su visualización.

D 11. Menopausia

- I 1. No (1)
- I 2. Si (2)

La dimensión MENOPAUSIA será analizada en porcentajes y grafico barras para su visualización.

V5- Nivel de instrucción

D 1. Primaria

- I 1. Incompleta (1)
- I 2. Completa (2)

D 2. Secundaria

- I 1. Incompleta (3)
- I 2. Completa (4)

D 3. Terciaria

- I 1. Incompleta (5)
- I 2. Completa (6)

D 4. Universitaria

- I 1. Incompleta (7)
- I 2. Completa (8)

La variable nivel de instrucción será analizado en porcentajes y gráficos circulares para su visualización.

V6- Medio de traslado al efector

I 1. Ambulancia

I 2. Transporte publico

I 3. Transporte privado

La variable MEDIO DE TRASLADO AL EFECTOR en porcentajes y grafico circular para su visualización.

V7- Tiempo que asiste a la primera consulta médica:

Este resultado se registrara en horas entre el comienzo del dolor y la primera consulta médica.

La variable TIEMPO QUE ASISTE A LA PRIMER CONSULTA MEDICA será analizado transformado en minuto para luego realizar un análisis de tendencia central (media, modo, mediana) y gráficos para su visualización.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Para llevar adelante esta investigación se necesitaran recursos Humanos y Financieros.

- Recolección de datos
- Impresión de los instrumentos elaborados para la recolección de datos
- La recolección de datos se realizará por el o los investigadores (RRHH)
- El tiempo que se utilizara por entrevista personal se considerará de 30 minutos de promedio por pacientes.
- Para el proceso de los datos se utilizara el programa de SPSS, Microsoft Excel 2010 para análisis de datos y para la elaboración de tablas y gráficos de los resultados analizados.
- Realización del informe final.
- Presentación del informe final al Comité de Docencia e Investigación y al Departamento de Enfermería del hospital.

Socialización en jornadas Científicas

DIAGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO

DETALLE DE ACTIVIDAD	RECURSO MATERIAL	RECURSO HUMANO	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINALIZACION
INICIO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	INTRUMENTOS BIROMES	ENF. CAMBRIA FERNANDO	MARZO 2018	MARZO 2019
ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS - ELABORACION DE GRAFICOS - ANALISIS DE LOS RESULTADOS - CONCLUSIONES	COMPUTADORA	ENF. CAMBRIA FERNANDO	MARZO 2019	ABRIL 2019
REALIZACIÓN DE INFORME FINAL		ENF. CAMBRIA FERNANDO	20 ABRIL 2019	30 ABRIL 2019
PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL AL COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN Y AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	IMPRESIÓN DE INFORME FINAL 2 COPIAS	ENF. CAMBRIA FERNANDO	20 DE MAYO 2019	30 DE MAYO 2019
PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL A LOS	PRESENTACION DEL	ENF. CAMBRIA FERNANDO	23 JUNIO	

JEFES MÉDICOS Y JEFE DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD CORONARIA	PROYECTO DE INVESTIGACION		2019	
SOCIALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN JORNADAS CIENTÍFICAS		ENF. CAMBRIA FERNANDO	NOVIE MBRE 2019	DICIEM BRE 2019

ANEXOS

ANEXO I

Guía de convalidación de sitio

- 1- ¿La institución autoriza a realizar el estudio?
- 2- ¿La institución cuenta con UCIC?
- 3- ¿Dónde se encuentra la unidad coronaria?
- 4- ¿Cuántas camas habilitadas tiene?
- 5- ¿Las camas son para uso exclusivo de pacientes con enfermedades cardiovasculares?
- 6- ¿Posee Monitores múltiparametricos?
- 7- ¿Posee Panel de poliductos con oxígeno, aspiración y aire comprimidos?
- 8- ¿La Unidad Coronaria cuenta asistencia ventilatoria (AMR – VNI)?
- 9- ¿Cuenta con Bombas de infusión continua?
- 10- ¿Ingresan a la Unidad Coronaria pacientes con diagnósticos de síndrome coronaria agudos?
- 11- ¿Que la cantidad de pacientes aproximadamente se internan por síndrome coronario agudos como primer evento?
- 12- ¿Cuenta la institución con equipo de salud mental?
- 13- ¿Se puede tener acceso a la historia clínica, laboratorio y electrocardiograma del paciente?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, *Dra. Graciela Simonetti*, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica

que FERNANDO CAMBRIA
DNI 20175150

es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 10 de NOVIEMBRE de 2017.

Dra. GRACIELA SIMONETTI
Prof. Inv. Enf. y Tesina
Esc. Enfermería - FCM

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

*Eligo a Docencia con el 00
favorable de este expediente*

*16/11. Al día de la fecha continúo concurro
c/UNE vigente. Se autoriza*

Atte

Lic. René Alfondón
integrante CSE.

LIC. FERNANDO GÓMEZ
COORDINADOR ESCUELA DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MAT. Nº 1156

13/11/17

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA INVESTIGACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SINDROME CORONARIO AGUDO EN HOSPITAL MUNICIPAL DEL TERCER NIVEL DE ATENCION DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO.

DIAGNOSTICO MEDICO INICIAL

A- ANGINA INESTABLE

B- IAM SIN SUPRADESNIVEL DEL ST

C- IAM CON SUPRADESNIVEL DEL ST

D- MUERTE SUBITA

1- FECHA Y HORA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA

2- SEXO

MASCULINO

FEMENINO

--

3- EDAD

4- ALTURA EN MTR.

IMC

--

5- PESO CORPORAL KGR.

6- ¿QUÉ NIVEL DE ESTUDIO HA ALCANZADO CURSADO?

PRIMARIA

COMPLETO

--

INCOMPLETO

--

SECUNDARIA

COMPLETO

--

INCOMPLETO

--

TERCIARIA

COMPLETO

--

INCOMPLETO

--

UNIVERSITARIA

COMPLETO

--

INCOMPLETO

--

7- ¿USTED PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

I-	DIABETES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
II-	HIPERTENSION	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
III-	COLESTEROL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
IV-	OBESIDAD	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
V-	OBESIDAD ABDOMIAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

VI- OBESIDAD PREVIA (últimos 5 años)

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

VII- MENOPAUSIA

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

VIII- ¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FISICA?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

IX- ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA USTED ACTIVIDAD FISICA?

1 VEZ POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
2 VECES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
3 O MAS VECES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>

X- ¿USTED EN LOS ULTIMOS 3 MESES A PASADO POR ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

NO REFIERE

FALLECIMIENTO DE SER QUERIDO

CONFLICTOS FAMILIARES

INESTABILIDAD LABORAL

OTROS

XI- ¿USTED CONSUME BEBIDA ALCOHOLICA?

NO

SI

XII- ¿CON QUE FRECUENCIA CONSUME BEBIDAS CON ALCOHOL?

TODOS LOS DIAS

2 VECES POR SEMANA

3 VECES POR SEMANA

5 O MAS VECES A LA SEMANA

XIII- ¿QUÉ CANTIDAD DE BEBIDA ALCOHOLICA?

MENOS DE 5 VASOS

ENTRE 6 Y 10 VASOS

MAS DE 10 VASOS

XIV- ¿USTED CONSUME TABACO?

SI

NO

EX FUMADOR

XV- ¿CUANTOS CIGARRILLOS POR DIAS?

MENOS DE 10 CIGARRILLOS

10 A 20 CIGARRILOS

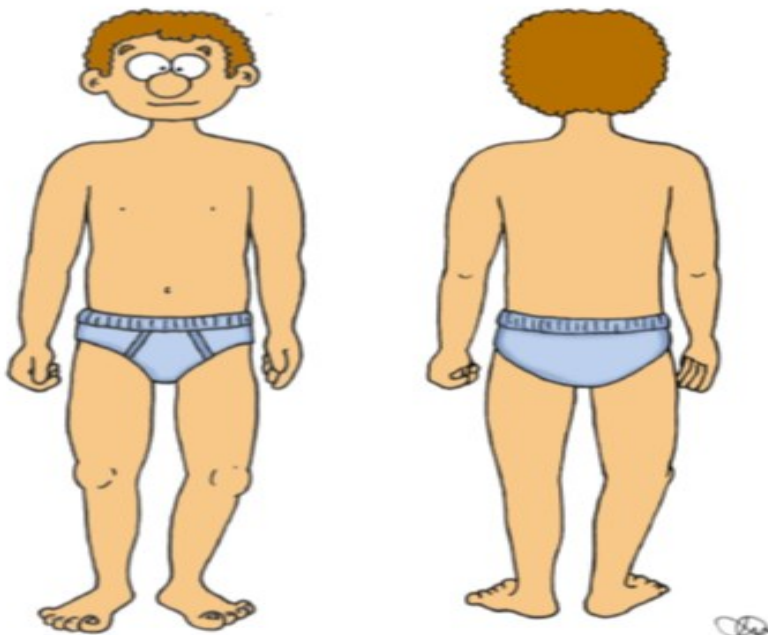
MAS DE 20 CIGARRILLOS

8- ES DE IMPORTANCIA RECUERDE.....

¿CUANDO COMENZO EL DOLOR? ¿A QUE HORARIO
APROXIMADAMENTE?

¿FECHA Y HORA EN QUE REALIZO USTED LA PRIMER CONSULTA
MEDICA?

9- IDENTIFIQUE EN EL SIGUIENTE DIBUJO DONDE SENTIO EL DOLOR



10- DE ACUERDO A SU APRECIACION

A- ¿HACIA DONDE SE EXTENDIO EL DOLOR?

CUELLO	<input type="checkbox"/>
HOMBROS	<input type="checkbox"/>
ESPALDA	<input type="checkbox"/>
BRAZO	<input type="checkbox"/>

B- ¿USTED COMO DESCRIBIRIA EL DOLOR?

PRESION EN EL PECHO	<input type="checkbox"/>
ARDOR	<input type="checkbox"/>
PUNZANTE	<input type="checkbox"/>
QUEMANTE	<input type="checkbox"/>

C- ¿EL DOLOR CUANTO DURO APROXIMADAMENTE?

-5 MINUTOS	<input type="checkbox"/>
5 A 10 MINUTOS	<input type="checkbox"/>
10 A 20 MINUTOS	<input type="checkbox"/>
MAS DE 20 MINUTOS	<input type="checkbox"/>

D- ¿QUÉ CREE QUE DESENCADENO EL DOLOR?

ESTRÉS	<input type="checkbox"/>
ESFUERZO	<input type="checkbox"/>
FRIO	<input type="checkbox"/>
OTROS.....	<input type="checkbox"/>

E- ¿EL DOLOR ALIVIO?

SIN MEDICACION	<input type="checkbox"/>
CON MEDICACION	<input type="checkbox"/>

11- ¿DONDE ESTABA USTED AL MOMENTO DE COMENZAR CON ESTOS SINTOMAS?

DOMICILIO PARTICULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VIA PUBLICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

12- ¿CUAL FUE SU REACCION CUANDO SINTIO EL DOLOR?

CONTINUA SUS ACTIVIDADES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SE ACOSTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LLAMO ALGUN FAMILIAR	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ACUDIO AL MEDICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

13- ¿COMO LLEGO USTED A OBTENER LA ASISTENCIA MEDICA?

AMBULANCIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE PUBLICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE PRIVADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....

Acepto voluntariamente a colaborar con el investigador Cambria Fernando Rubén y doy mi consentimiento para incorporarme en la investigación de “La evolución del síndrome coronario agudo” que el llevara adelante. Se me ha explicado que la misma tiene como finalidad de contribuir a reducir al máximo los factores de riesgo y contribuir de esta manera a lograr cambios en el comportamiento de la población con las enfermedades cardiovasculares.

El estudio tendrá una duración estimada de 30 minutos que consiste en responder un cuestionario de respuestas múltiples y se recopilara datos de su historia clínica sobre sus antecedentes personales en relación a la enfermedad.

También se me informo que no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio. La información de este estudio de investigación podría conducir para la prevención para el futuro de los pacientes con patologías coronarias y no se realizaran estudios invasivos por lo que no existen riesgos concernientes a la obtención de datos de la investigación.

Entendí que tengo derecho a no ingresar en este estudio y sé que puedo tomar la decisión de abandonar la investigación cuando lo desee sin tener que dar ninguna explicación y sin que eso afecte mi cuidado médico.

He leído y entiendo la información de este estudio, he tenido el tiempo suficiente para considerar mi participación en el mismo y soy consciente de que es completamente voluntaria.

Entendí que mis datos personales, así como la información privada que se me pida, serán usados únicamente por el investigador que trabaja en este estudio y que mi nombre no será revelado en ningún caso y se mantendrá la confidencialidad de toda la información facilitada.

Antes de dar mi consentimiento para participar en la investigación, dejo constancia de que he sido informado acerca del objetivo de la misma y de que no se me realizaran procedimiento para la investigación y que el investigador ha contestado a todas mis preguntas.

Para dar mi consentimiento, tanto el investigador como yo firmamos dos copias de este formulario, siendo una para mí y la otra para el investigador.

Nombre y apellido del investigador

DNI:.....

Firma del investigador

Fecha:.....

Nombre y apellido del Paciente.....

DNI:.....

Firma del Paciente.....

Fecha:.....

ANEXO III

RESULTADO DE LA CONVALIDACION DE SITIO

Se realiza convalidación de sitio en la unidad coronaria del hospital de 3 er. nivel de atención dependiente de la Municipalidad de Rosario.

Para la realización de la investigación se debe solicitar autorización al Comité de Docencia e Investigación del Hospital.

La institución cuenta con una unidad coronaria, que se encuentra ubicada en el primer piso de internación, posee 10 camas habilitadas de las cuales 9 son útiles al momento de realizar la convalidación, son exclusivas para pacientes que padecen patologías cardiovasculares.

La unidad posee en cada cama monitores múltiparamétricos, de las cuales dos de ellos son para mediciones hemodinámicas, los paneles de cabeceras abastecen a través de los poliductos oxígeno, aire comprimido y aspiración central.

La unidad cuenta con tres respiradores artificiales y poseen la modalidad de ventilación no invasiva (VNI) con una máscara para dicha ventilación

Cada cama posee bombas infusoras de simple y doble canal destinada para la administración continua de drogas vasoactivas. Según refiere la jefa de enfermería y el jefe médico de la unidad a ellas ingresan pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, dando como referencia que como primer evento son aproximadamente entre 80 y 100 casos anuales.

De ser necesario y con el consentimiento de los pacientes se cuenta con un servicio de salud mental, dicho servicio pasa diariamente por la unidad.

Se puede tener acceso a las historias clínicas y exámenes complementarios ya que estas se encuentran dentro de la sala al alcance de todo el personal, también se puede entrevistar al personal de enfermería y médicos.

Por tal motivo se selecciona dicha unidad debido a que cumple con los criterios de elegibilidad para realizar dicha investigación.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. OMS. Organización mundial de la salud OMS. Enfermedades cardiovasculares.. [Online].; 2015 [cited 2017 julio 22. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
2. Sosa Liprandi MI,HPS,&SLÁ. Sosa Liprandi, María I., Harwicz, Paola S., & Sosa Liprandi, Álvaro. (2006). Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina. Revista argentina de cardiología, 74(4), 297-303. Recuperado en 17 , de http. [Online].; 2006 [cited 2017 AGOSTO 17. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185037482006000500007&lng=es&tlng=es.
3. Rohlfs, Izabella. Género y enfermedad isquémica del corazón. Gaceta Sanitaria, 18(Supl. 2), 55-64. [Online].; 2004 [cited 2017 agosto 17. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500008&lng=es&tlng=en.
4. Ferrante D&M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. [Online].; (2007) [cited 2017 agosto 17. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482007000100005&lng=es&tlng=es.
5. Batista González Marilina EBYc[2D[2A0, 4 1. Caracterización del infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en Centro Médico Diagnóstico Integral Ezequiel Zamora de Venezuela. [Online].; 2015 [cited 2017 agosto 7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400008&lng=e.
6. Ferrante D y col. ¿Cuántos infartos hay en la Argentina? [Online].; 2007 [cited 2017 agosto 10. Available from: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid.37482007000300002.
7. GIL, Gislaine Pinn et al. Evolución clínica de los pacientes hospitalizados por el primer episodio de síndrome coronario agudo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Online].; 2012 [cited 2017 agosto 7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500003s>.
8. Paolasso Ernesto y Col. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento st pag.53. Última revisión 2013 de la Guía y Recomendaciones sobre el Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Coronarios Agudos. [Online].; 2013 [cited 2017 agosto 7. Available from: http://www.fac.org.ar/1/comites/isquem/Guias_SCA_FAC_2011.pdf.
9. Martín, Gustavo Moreno. Incidencia y manejo del infarto agudo miocárdico con elevación del segmento ST. [Online].; 2014 [cited 2017 agosto 7. Available from: <http://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/14>.
10. Chavarriaga J y col. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. ActaMed Colomb 2014; 39: 21-28. [Online].; 2014 [cited 2017 agosto 7. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n1/v39n1a07.pdf>.
11. Tajer, Carlos. censo de infarto agudo de miocardiocon elevacion del segmento st/2015. [Online].; 2015 [cited 2017 agosto 7. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp->

content/uploads/2015/10/consenso-IAM-con-elevacion-ST-2015.pdf.

12. index santa fe. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe. [Online]. [cited 2017 agosto 8. Available from: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/128722/636232/file/02%20Primer%20Informe%20sala%20de%20situacion%20para%20web.pdf>.
13. Radico F, col. Angina de Pectoris e isquemia miocárdica en ausencia de enfermedad obstructiva de la arteria coronaria: consideraciones prácticas para el diagnóstico Tests.VOL. 7, NO. 5. [Online].; 2014 [cited 2017 9 9. Available from: <http://www.interventions.onlinejacc.org/content/jint/7/5/453.full.pdf>.
14. José Ricardo Navarro Vargas. síndrome coronario agudo. [Online].; 2011 [cited 2017 agosto 10. Available from: <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.pdf>.
15. Gomez Palomar, MariaJesus y col. Creación y validación de un instrumento para la valoración del dolor isquémico cardiaco. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/68_04.pdf. 2016 Aug; XXIII(68): p. 45-52.
16. Iparraguirre, Pomes. [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 8. Available from: <http://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/prosac-4-1.pdf>.
17. Ricardo., Lorenzo. El electrocardiograma en el infarto agudo de miocardio. [Online].; 2013 [cited 2017 agosto 10. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013.
18. Pérez, Gonzalo E. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina: Registro CONAREC XVII. [Online].; 2013 [cited 2017 julio 8. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/3462.pdf>.
19. Dr. Esteban López de Sa.. factores de riesgos sexo-genero. [Online]. [cited 2017 agosto 10. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/sexo-genero.html>.
20. institute, texas heart. Factores de riesgo cardiovascular. [Online]. [cited 2017 agosto 10. Available from: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm.
21. Dr. Rodrigo Julio A., Dr. Iván Galleguillos O. Diabetes Y Enfermedad Vascolar Periférica 2009. [Online].; 2009 [cited 2017 agosto 10. Available from: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/15_Dr_Julio.pdf.
22. organizacion mundial de la salud. investigacion sobre la menopausia en los años 90. [Online]. [cited 2017 agosto 8. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41984>.
23. institute, texas heart. Factores de riesgo cardiovascular, sexo. [Online]. [cited 2017 septiembre 10. Available from: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm.
24. Molina Díaz R y col. JNC- 7º INFORME. reporte. Jamaica.; Grupo de HTA de la SAMFYC; 2003. Report No.: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html>.
25. Dr. Esteban López de Sa. riesgo cardiovascular dislipidemia. [Online].; 2012 [cited 2017 agosto 10. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo->

[cardiovascular/colesterol.html](#).

26. ministerio salud de la nacion argentina. valores normales colesterol. [Online].; 2010 [cited 2017 septiembre 8. Available from: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/hiperlipemia-colesterol>.
27. Dr. Manuel Moreno. definicion y clasificacion de la obesidad. [Online].; 2012 [cited 2017 septiembre 8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>.
28. fundacion corazon. factores de riesgos/ obesidad abdominal. [Online].; 2017 [cited 2017 agosto 10. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/obesidad-abdominal.html>.
29. oms. factores de riesgos/ tabaquismo. [Online]. [cited 2017 septiembre 8. Available from: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>.
30. sociedad española del corazon. prevencion cardio vascular/fumar-tabaco. [Online]. [cited 2017 septiembre 9. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html>.
31. Dr. Tamayo, Carlos Tena. Comision nacional contra las adicciones. [Online]. [cited 2017 agosto 13. Available from: <http://www.diamundialdelcorazon.com/2012/09/efectos-del-consumo-de-drogas-en-el-corazon>.
32. OMS. actividad fisica. [Online]. [cited 2017 agosto 8. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
33. ministerio de salud de la nacion,. actividad fisica. [Online].; 2013 [cited 2017 septiembre 10. Available from: <http://www.msal.gov.ar/prensa/>.
34. medlineplus.gov. estres y su salud. [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 8. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>.
35. Pérez Gonzalo E., Costabel Juan P., González Nicolás, Zaidel Ezequiel, Altamirano Marcela, Schiavone Miguel et al. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina: Registro CONAREC XVII. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2013 Oct [citado 2017 Se. Pérez Gonzalo E., Costabel Juan P., González Nicolás, Zaidel Ezequiel, Altamirano Marcela. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. [Online].; 2013 [cited 2017 septiembre 10. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482013000500003&lng=es.
36. ministerio de educacion argentino. sistema educativo. [Online].; 2011 [cited 2017 agosto 8. Available from: <http://educacion.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/15/2016/05/glosario-educativo.pdf>.
37. Paolasso Ernesto, Julio Bono y col. GUÍAS de manejo de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST. [Online].; 2011-2012 [cited 2017 septiembre 7. Available from: http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n3/exclusivo_online/exclusivo_01/excl_online.php.
38. Orlando Caruso, Raquel Saá Zarandón. Manejo y tratamiento pre-hospitalario y hospitalario del infarto agudo de miocardio. [Online].; 2015 [cited 2017 septiembre 10. Available from:

http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/exclusivo_online/exclusivo_online01/infarto-agudo-miocardio.php.