

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE ESMERALDAS**



ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TEMA:

CONDICIONANTES DE SALUD QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN EL ADULTO JOVEN DE 25 – 40 AÑOS QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE ENERO – MAYO DEL 2014.

AUTOR:

VILELA ESPAÑA OTTO FABRICIO

DIRECTORA:

LCDA. ÁNGELA ARIAS

ESMERALDAS – ECUADOR

HOJA DE DISERTACIÓN

TRABAJO DE TESIS, APROBADO LUEGO DE HABER DADO CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL REGLAMENTO DE GRADO DE LA PUCESE, PREVIO A OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Director (a) de disertación

Lector (a) 1

Lector (a) 2

Directora de Escuela

Fecha.....

AUTORÍA

Yo, OTTO FABRICIO VILELA ESPAÑA con C.I. 080302792-9 declaro que, el presente trabajo de investigación que realicé previo a obtener el título de Licenciado en

Enfermería, en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, los conceptos, ideas, expresiones, comentarios, resultados, conclusiones y recomendaciones, son de mi completa autoría, auxiliándome en su construcción la bibliografía detallada al final del documento, los mismos que me han permitido generar mis propias teorías, opiniones y análisis sobre el problema planteado.

En tal virtud, el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor.

.....
C.I. 080302792-9

DEDICATORIA

De una manera especial les dedico con cariño y mucho orgullo a mis PADRES Otto Lee Vilela Angulo y Risci Eugenia España Mosquera, por haberme dado la vida y lo mejor de ellos, por enseñarme cariño, esfuerzo y humildad, además de brindarme su confianza y entusiasmo, ya que más allá de ser mis padres son mis más grandes amigos, por ello nunca me cansaré de

agradecerles por su apoyo incondicional, para culminar mi carrera, celebrar mis triunfos y ser críticos en mis equivocaciones, para ser de mí una persona con carácter y útil a la sociedad.

A mis hermanas: Viviana, Daniela y Mariney Vilela que han estado presente en cada momento y brindado apoyo en todo este proceso de formación, para de esta forma cumplir con mis metas.

A mi esposa y a mis hijos quienes han sido una fuente constante de apoyo, inspiración y esmero, depositando su confianza, en cada reto que se me ha presentado, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, en la búsqueda de mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser la fuerza y luz que guía mis pasos en pos de alcanzar la meta propuesta.

A todas las personas que en forma directa o indirecta me han apoyado en el emprendimiento de esta etapa que realmente empieza hoy, la misma que es parte fundamental de mi desarrollo como profesional.

A todos los docentes que durante la carrera impartieron sus conocimientos académicos y

experiencias, inculcando valores éticos y morales. En especial a la Lcda. Ángela Arias por su asesoría en este importante trabajo y a la Lcda. María Teresa Torres por haber hecho de la institución, una incubadora de profesionales de calidad.

ÍNDICE

PRELIMINARES

<u>HOJA DE DISERTACIÓN</u>	i
<u>AUTORIA</u>	ii
<u>DEDICATORÍA</u>	iii
<u>AGRADECIMIENTO</u>	iv
<u>ÍNDICE</u>	v
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.5 OBJETIVOS	11
<u>1.6 HIPOTESIS.....</u>	<u>12</u>

SEGUNDA PARTE

ESQUEMA MARCO TEORICO.....	13
2. ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES.....	14
2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS ECV.....	15
2.2 CONDICIONANTES CARDIOVASCULARES.....	42
2.2.1 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR.....	43
2.2.2 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	43
2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	44
2.3 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	53
2.4 ADULTO JOVEN	54
2.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO JOVEN	54
2.4.2 DESARROLLO PSICO-SOCIAL DEL ADULTO JOVEN.....	54
2.4.3 DESARROLLO AFECTIVO.....	55
2.4.4 DESARROLLO LABORAL.....	55
2.5 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ECV.....	56
2.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENFERMERÍA.....	58
2.6.1 ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	61
2.6.2 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.....	62
<u>2.7 HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA.....</u>	<u>65</u>
2.7.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	66
2.7.3 CONSULTA EXTERNA.....	67

TERCERA PARTE

3. METODOLOGÍA.....	69
3.1 TIPO DE ESTUDIO	69
3.2 TIPO DE DISEÑO.....	69
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.4 ÁREA DE ESTUDIO.....	70

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70
3.6 VARIABLES	71
3.6.1 DEPENDIENTES	71
3.6.2 INDEPENDIENTE.....	71

CUARTA PARTE

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS	72
DISCUSIÓN	94

QUINTA PARTE

CONCLUSIONES.....	96
RECOMENDACIONES	98

SEXTA PARTE

BIBLIOGRAFÍA	99
WEBGRAFÍA.....	100
GLOSARIO.....	101

SEPTIMA PARTE

ANEXOS

PROPUESTA.....	102
MODELO DE GUIA DE ENCUESTA.....	106
MODELO DE GUIA DE OBSERVACION.....	110

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRÁFICO # 1	72
TABLA Y GRÁFICO # 2	73
TABLA Y GRÁFICO # 3	74
TABLA Y GRÁFICO # 4	75
TABLA Y GRÁFICO # 5	76
TABLA Y GRÁFICO # 6	77
TABLA Y GRÁFICO # 7	78
TABLA Y GRÁFICO # 8	79
TABLA Y GRÁFICO # 9	80
TABLA Y GRÁFICO # 10	81
TABLA Y GRÁFICO # 11	82
TABLA Y GRÁFICO # 12	83
TABLA Y GRÁFICO # 13	84
TABLA Y GRÁFICO # 14	85
TABLA Y GRÁFICO # 15	86
TABLA Y GRÁFICO # 16	87
TABLA Y GRÁFICO # 17	88
TABLA Y GRÁFICO # 18	89

TABLA Y GRÁFICO # 19	90
TABLA Y GRÁFICO # 20	91
TABLA Y GRÁFICO # 21	92
TABLA Y GRAFICO # 22	93

RESUMEN

El objetivo de este trabajo investigativo fue Identificar los condicionantes que influyeron en el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares en los adultos Jóvenes (25 - 40 años) que fueron atendidos en la consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha, de enero - mayo del 2014. El estudio utilizado fue de carácter descriptivo, analítico, con un diseño transversal, mediante la cual se evaluó al paciente, familiar, a través de técnicas como la encuesta y entrevista, donde se describieron los principales determinantes predisponentes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que tienen los adultos jóvenes, sustentando así el análisis e interpretación de forma teórica y numérica de los resultados. El 70% de los encuestados son de etnia mestiza, el 22% afro ecuatorianos y 8% blancos, de los cuales el 81% han desarrollado hipertensión, mientras que un 19% tiene diabetes, el 46% de los usuarios son fumadores, el 54% son no fumadores, de la misma forma se encontró un 54% de los usuarios que consumen alcohol, y un 46% que no consume alcohol, el 59% de usuarios no realizan ejercicio, mientras que el 41% realiza actividad física deportiva como recreación, estas conductas asumidas por los adultos jóvenes quienes en su mayoría no tienen una idea clara de cómo afrontar la enfermedad y sus complicaciones. Conclusiones. Los factores más relevante que influyen en mayor medida al desarrollo de enfermedades cardiovasculares en los pacientes en estudio son: el sedentarismo, los hábitos nocivos, la cultura de alimentación inadecuada, predisposición hereditaria, estos factores poseen un alto porcentaje de exposición, deteriora su salud con mayor celeridad, el estado emocional también juega un papel muy importante en la aparición de las enfermedades cardiovasculares.

Palabras Claves

Factores de riesgo, Enfermedades Cardiovasculares, Estilos de vida, Adulto-Joven.

ABSTRACT

The objective of this research work was identify the factors that influenced in the development of Cardiovascular Disease in the Young and adult between (25-40 years) were treated in hospital outpatient Delfina Torres de Concha, from January to May 2014. The study used was descriptive, analytical, with a crossover design, in which the patient, family, through techniques was evaluated as the survey and interview, where the main predisposing determinants for the development of cardiovascular disease were described character which have young adults, which underpins the analysis and interpretation of theoretical and numerical form of the results. 70% of respondents are of mixed ethnicity, 22% Afro-Ecuadorians and 8% white, of which 81% developed hypertension, while 19% have diabetes, 46% of users are smokers, 54 % non-smoker just as are 54% of users who use alcohol, and 46% do not consume alcohol, 59% of users do not exercise, while 41% do sports physical recreation activity as found these behaviors undertaken by young adults who mostly have no clear idea how to cope with the disease and its complications. Conclusions. The most important factors influencing further development of cardiovascular disease in the patients studied are: physical inactivity, harmful habits, the culture of poor diet, hereditary predisposition, these factors have a high percentage of exposure, their health deteriorates more rapidly, emotional state also play an important role in the onset of cardiovascular disease.

Keywords

Risk Factors, Cardiovascular Diseases, Lifestyles, Adult-Youth.

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la expectativa de vida aumentada en forma progresiva en la población mundial de una manera rápida y continua en países desarrollados y mucho más lenta en países en vía de desarrollo esperando que no antes de un lapso de 25 a 40 años, esta tendencia continúa aumentando lo cual tendrá un enorme impacto en la estructura de nuestra sociedad que cada día envejecerá más rápido presa de enfermedades crónicas degenerativas como es la ECV.

El hecho más recalable de la ECV lo presenta el incremento de enfermedades debido a las consecuencias, económico-sociales, a los diferentes estilos de vida, siendo este un grave problema actual, para la salud pública y privada. Por lo que existe mucha información sobre las ECV en el Ecuador y el mundo. Según la Organización mundial de la salud, la ECV es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, siendo la primera causa de mortalidad al ocasionando 17 millones de muertes al año. Las ECV son las responsables de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebro-vasculares, de los cuales entre el 40-70 % son fatales en países desarrollados. Se estima que este problema es mucho mayor en países en vías de desarrollo y se considera que millones de personas padecen los factores de riesgo que no son comúnmente diagnosticados.

Las evidencias muestran que las ECV es el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, algunos presentes desde la infancia. En la mayoría de los países latinoamericanos se ha experimentado una compleja transformación de las condiciones de salud; según la OPS, las ECV son un problema de salud pública por su alta prevalencia y porque constituyen la principal causa de muerte de la población adulta en la mayoría de los países en vías de desarrollo; se espera que su frecuencia siga aumentando debido a cambios económicos y demográficos que estarían contribuyendo el incremento de los factores de riesgo.

En el Ecuador las ECV durante el año 2013, se ubicaron dentro de las 10 principales causas de morbilidad provincial en la que las personas con mayor grado de afectación son los adultos jóvenes y los adultos mayores, de acuerdo a la estadística facilitada por la Dirección Distrital de Salud de Esmeraldas con datos desde el año 2011 hasta el año

2013; estas muestran que no son enfermedades aisladas y que vienen ganando terreno en la población de los Adultos Jóvenes.

En el Hospital Delfina Torres de Concha de la provincia de Esmeraldas la enfermedad cardiaca hipertensiva en el año 2013 se ubicó entre las 5 causas principales de morbilidad, situación que es preocupante, ya que la aparición de esta enfermedad es debido a la exposición excesiva a los condicionantes que son motivo de esta investigación.

La prevención y control en las ECV: una de las estrategias a seguir consiste en aumentar la concientización sobre estas enfermedades, promoviendo entornos saludables para la población; promoción a nivel de las escuelas con el programa escolar “un día con tu corazón” con la finalidad de tratar de intervenir la tendencia al aumento de estos factores, haciendo especial énfasis en aquellos donde su prevalencia es muy alta, y así prevenir las muertes prematuras y las discapacidades causadas por las ECV.

Espero este estudio contribuya a la enorme tarea que implica la concientización en cuánto a la prevención de las ECV en la ciudad de Esmeraldas, impulsados desde la Consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un grupo heterogéneo de patologías que afectan tanto al sistema circulatorio como al corazón, de ahí se deriva su nombre (cardiovascular), entre las cuales podemos mencionar a: arteriosclerosis, hipertensión arterial (presión alta), cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (apoplejía), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías.

El crecimiento acelerado de la ciudad nos lleva a tener un ritmo de vida igual, nos hace tener en cuenta que la situación de hoy en día es muy opuesta a la de hace décadas atrás, por ejemplo, anteriormente los individuos debían caminar grandes distancias para poder comer, ahora, basta con levantar el teléfono y la comida estará en el domicilio. Cada vez es más común ver la exposición excesiva a factores como: el tabaco, el alcohol, las dietas nocivas, ya que se han convertido en el implemento infaltable de los espacios de diversión de la población juvenil; al igual que el sedentarismo, considerando que antes se debía caminar varias cuadras para llegar algún lugar, en la actualidad se movilizan a dos cuadras en vehículos, se ha perdido la costumbre de ejercicios, caminatas y actividades que contribuyan a mantener un buen estado de salud.

Resulta preocupante en los últimos años el incremento de enfermedades cardiovasculares en jóvenes menores de 40 años, donde al parecer los infartos, arritmias y la muerte súbita llegaron para quedarse, producto de la exposición excesiva a los factores de desencadenantes como: estilos de vida poco saludables, el exceso de tóxicos y de alcohol, el consumo de tabaco, dieta inadecuada, factores psicosociales, entre otras, son muy significativas para agravar este tipo de enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) las reconoce como la principal causa de morbi-mortalidad en todo el mundo, ya que estas son las responsables de un tercio de la mortalidad y un décimo de la morbilidad anual. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En el 2008 según la (OMS) se calcula que murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo, 7,3 millones con el 45% de las muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones con el 51% de las muertes por ECV, el 16,5% de las muertes anuales son atribuibles a la hipertensión. Las muertes por ECV

afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios, se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y ECV, y se prevee que sigan siendo la principal causa de muerte.¹

En la mayoría de los países occidentales se encuentran asociadas a la raza, la edad que se encuentra relacionada con el tiempo requerido para el desarrollo de las lesiones o a la duración de la exposición de los factores de riesgos. 32 millones de Accidentes vasculares coronarios y cerebrales por año; sólo son la punta del iceberg, billones no detectados se encuentran en alto riesgo cardiovascular.

Los estudios que han analizado la tendencia creciente de las enfermedades cardiovasculares en los países con ingresos medios y bajos y la tendencia descendente en los países de altos ingresos, concluyen que el factor que determina ambas tendencias en mayor medida es el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular; no solamente es más elevada la tasa de mortalidad ajustada por edad en los países en desarrollo, sino que también es mayor el porcentaje de muertes por enfermedad cardiovascular en gente joven en estos países respecto a los países desarrollados.²

La distribución de la mortalidad cardiovascular no es homogénea dentro de los países pertenecientes a la Unión Europea. Los países con mayor tasa de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca son los países Bálticos, Hungría y Eslovaquia (todos por encima de 200 muertes por 100.000 habitantes en 2009), mientras que Francia, Portugal, Holanda, Luxemburgo y España tienen las tasas menores (por debajo de 50 muertes por 100.000 habitantes).³

En Europa, Estados Unidos, América Latina y el Caribe las enfermedades crónicas no transmisibles se ubican en los primeros lugares como las causas de morbilidad y mortalidad en los adultos-jóvenes y adultos mayores. Las ECV concentraron 31% del total de las defunciones. Se espera que durante los próximos 10 años ocurran 20.7 millones de muertes más en la región.⁴

¹ www.who.int/mediacentr

² ciencia.urjc.es/bitstream/10115/11546/1/Epidemiolog

³ ciencia.urjc.es/bitstream/10115/11546/1/Epidemiolog

⁴ www.paho.org/saludenlasamericas

En Costa Rica y Argentina representan la primera causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 30 años. En Costa Rica para todos los grupos de edad, son la causa de alrededor de 33% del total de las defunciones ocurridas. En el año 2000, las defunciones por ECV para América Latina y el Caribe concentraron casi 50% de las enfermedades no transmisibles, sin embargo, se estima que para 2020 representarán 50% de las enfermedades no transmisibles, y su proporción en el total de las causas aumentará de 34% en 2010 a 37% en 2020.

La situación en el Ecuador no es diferente a lo que ocurre en el resto de países de América Latina y el Caribe, donde las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) como diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y obesidad, se han convertido en un problema de salud pública en crecimiento, y el tema de calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas ha venido cobrando importancia, ya que la sobrelvida de la población mundial en general han aumentado, lo que conlleva a un incremento de personas con patologías crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento en sí mismo. En los últimos 10 años, las causas de muerte de la población ecuatoriana reflejan una reducción de las enfermedades transmisibles y un incremento de las crónicas no transmisibles y las relacionadas con la interacción social, persistiendo las enfermedades transmisibles y aumentando la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los datos preliminares del Censo de Población realizado en el país por el INEC, en el Ecuador se registraron 14.306.876 habitantes al 5 de diciembre del 2010, un 14,6% más que lo reportado en el censo del 2001, donde el número más alto de personas adultas no tiene una adecuada calidad de vida. La tasa de mortalidad general masculina en 2010 fue 49,6 por 10.000 habitantes apenas unas 3 décimas menos que en 2008. Ese año las principales causas de muerte fueron las agresiones y los homicidios (32,3), seguidos de los accidentes de tránsito (31,6). Las dos primeras causas de mortalidad masculina en 2010 fueron los accidentes de tránsito (37,2 por 100.000 habitantes) y enfermedad hipertensiva (31,3). La tasa de mortalidad femenina en 2010 alcanzó a 37,8 por 100.000 habitantes, similar a la de 37,1 observada en 2008; en ambos años la primera causa de muerte fue la diabetes sacarina (26 en 2008 y 31,6 en 2010), seguida por enfermedad cerebrovascular (24,9 en 2008) y enfermedad hipertensiva (29,6 en 2010). En este

listado aparece también la neoplasia maligna del útero, en séptimo lugar (10,2 por 100.000 habitantes).

El estudio epidemiológico, en 1998 en Ecuador se presentaron 26.938 casos de hipertensión (221 por cada 100 mil habitantes); después de nueve años, en el 2007, al realizar el mismo estudio, la cifra se triplicó y 67.570 personas padecieron la afección, que en un 80% se asocia con el sobrepeso y diabetes En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas.

El Ministerio de Salud, en 2009 se registró una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 6,5 por 100.000 habitantes; para 2010 el INEC informó que esa tasa asciende a 14,1 por 100.000 habitantes.⁵

De acuerdo a datos de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido desde 1994. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país. El Archipiélago de Galápagos le sigue en importancia y su incidencia es mayor en la mujer. En Ecuador de cada 10 muertes 6 corresponden a ENT.

La provincia de Esmeraldas actualmente cuenta con 190.000 habitantes aproximadamente, en la misma, las Enfermedades Crónicas como la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial son la principal causa de morbilidad y mortalidad respectivamente.

A partir del año 2011 al 2013, la estadística nos muestra que una tendencia creciente en referencia a las enfermedades cardiovasculares, esencialmente representada por la enfermedad cardíaca hipertensiva la cual se ubica entre las 5 principales causas de morbilidad a nivel nacional.

En el año 2013 se ubicaron dentro de las 10 principales causas, de morbilidad provincial en la cual, las personas con mayor grado de afectación son los adultos jóvenes y los adultos mayores, la estadística facilitada por la Dirección Distrital de Salud de Esmeraldas con datos desde el año 2011 hasta el año 2013, muestra que no son enfermedades aisladas, que vienen ganando terreno en la población de Adultos Jóvenes.

⁵ www.paho.org/saludenlasamericas

En el Hospital Delfina Torres de Concha donde se lleva un registro diario de las patologías de mayor demanda de atención, encontramos que, la enfermedad cardiaca hipertensiva en el año 2013 se ubicó entre las 5 causas principales de morbilidad, situación que es preocupante, ya que la aparición de esta enfermedad es debido a la exposición excesiva a los condicionantes que son motivo de esta investigación. En el área de consulta externa donde se desarrolló la investigación, dentro del grupo etario objeto de estudio, se reportaron 178 casos de enfermedades hipertensivas, llegando a un total de casos atendidos de 737, lo que representa un problema de salud pública que demanda mucha atención.

Estos datos estadísticos son alarmantes debido a que existen aún muchos casos de enfermedades cardiovasculares no reportadas, dentro de las que se encuentran, la aterosclerosis, miocarditis entre otras.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las condicionantes de salud que predisponen al riesgo cardiovascular?
- ¿Cómo podemos mejorar los estilos de vida de la población de estudio?
- ¿Cómo influye la medicina preventiva en la salud de la población?

JUSTIFICACIÓN

Las Enfermedades Cardiovasculares en la actualidad se las conoce como asesinos silenciosos o también como el mal del nuevo mundo debido al lugar que estadísticamente se han ganado, ya que son las primeras causas de morbi-mortalidad en los países en vías de desarrollo.

La problemática planteada amerita investigarse por las siguientes razones: Por ser un tema de significado social, considerando las dificultades que experimentan las personas que sobrellevan estas patologías, ya que los usuarios que sufren de enfermedades cardiacas como la hipertensión son muy propensos a desarrollar daños sistémicos, como una insuficiencia renal, lo que representa elevados costos económicos y sociales en su manejo diagnóstico y tratamiento, situación que influye de forma directa en la relación familiar al presentarse dependencia parcial, por la necesidad del individuo de un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud.

Los resultados de esta investigación apuntan hacia el desarrollo y fortalecimiento de mejorar la calidad de vida y condiciones de atención en salud en los pacientes que sobrellevan las enfermedades en estudio; por ello el presente trabajo de investigación está dirigido hacia la población entre 25 y 40 años de edad, diagnosticados como usuarios cardiovasculares que reciben atención en el Hospital Delfina Torres de Concha del Cantón Esmeraldas

Considerando la problemática de las enfermedades cardiovasculares en la ciudad, y con la finalidad de conocer las condicionantes de salud que influyen en la aparición y desarrollo de estas patologías así como el disminuir las complicaciones causadas por la dichas enfermedades, mediante el fomento de los estilos de vida saludable, implementando estrategias que permitan al usuario la prevención y autocuidado de su salud. Ejecutando un programa educativo y de motivación, ajustada a las necesidades de los usuarios participantes de la investigación, familia y comunidad, considerando que la educación debe ir dirigida al paciente, familia y su entorno, puesto que estas constituyen un factor de alto riesgo para adquirir estas enfermedades, lo que contribuirá al mejoramiento del estado de salud del individuo, que se verá reflejado en el bienestar de la familia y la comunidad.

Conociendo la importancia del rol del personal de enfermería, en la educación motivación y tratamiento de los pacientes cardiopatas, la presente investigación está encaminada a fortalecer la labor del profesional de enfermería que realiza su trabajo en la Consulta Externa, promoviendo la salud preventiva en el cuidado de los usuarios que reciben atención médica en esta casa de salud, ya que el bienestar del individuo, familia y comunidad es la razón de ser del personal de salud.

Esta investigación fundamenta su valía al considerar los estilos de vida poco saludable que muchas personas llevan en la actualidad debido a su ritmo de vida acelerado, y la exposición exagerada a los factores de riesgo, que es de donde nace el interés de realizar el presente trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los condicionantes que influyen en el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares en los adultos Jóvenes (25 - 40 años) atendidos en la consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha, periodo enero - mayo del año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el porcentaje de hipertensión y diabetes en pacientes encuestados en la consulta externa.
- Determinar el porcentaje de los estilos de vida que predisponen a desarrollar Enfermedades Cardiovasculares.
- Describir los métodos de prevención y autocuidados utilizados por los Usuarios con Enfermedades Cardiovasculares.
- Promover actividades de educación para la salud por parte del personal de enfermería que permitan disminuir la exposición a los factores de riesgo en los usuarios como en los familiares.

HIPÓTESIS

- Las personas que reciben atención médica de cardiología y medicina interna en el área de consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha, mantienen unos estilos de vida poco saludable, lo que será un factor fundamental en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.
- Si los adultos jóvenes conocen los factores que predisponen la aparición de las enfermedades cardiovasculares, se presentarán menos casos en la consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas y de esta manera se logrará crear conciencia y disminuir las complicaciones en este grupo de riesgo.
- La Prevalencia de las enfermedades cardiovasculares disminuirá si intervenimos como personal de salud sobre el ambiente familiar, estado de salud, hábitos y estilos de vida del usuario, mediante programas de educación en salud, dirigidos a los pacientes y su entorno.
- La etnia incide en las diferentes complicaciones asociadas a la ECV.
- El factor genético son desencadenantes para padecer una complicación asociada a la ECV.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

2. Enfermedades cardiovasculares

2.1 Clasificación

2.1.1 Fiebre Reumática Aguda

2.1.2 Cardiopatías Reumáticas Crónicas

2.1.3 Enfermedad Hipertensiva

2.1.4 Cardiopatía Isquémica

2.1.4.1 Angina De Pecho

2.1.4.2 Infarto Agudo De Miocardio

2.1.4.3 Cardiopatía isquémica crónica

2.1.4.4 Muerte súbita cardiaca

2.1.5 Arritmia

2.1.6 Insuficiencia Cardiaca

2.1.7 Enfermedades Cerebrovasculares

2.2 Condicionantes Cardiovasculares

2.2.1 Valoración Del Riesgo Cardiovascular

2.2.2 Estimación Del Riesgo Cardiovascular

2.2.3 Clasificación de los Factores De Riesgos Modificables

2.3 Antecedentes Patológicos Familiares

2.4 Adulto Joven

2.5 Incidencia Y Prevalencia De Enfermedades Cardiovasculares

2.6 Educación Para La Salud En La Enfermería

2.7 Hospital Delfina Torres De Concha

2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Son enfermedades del corazón (cardio) y de los vasos sanguíneos (vascular) provocadas por un adelgazamiento en las arterias el cual frecuentemente se debe a la acumulación de placa (formada por grasa y tejido) en las arterias.⁶ Consisten esencialmente en el estrechamiento de las arterias que irrigan el corazón y el cerebro, de manera que la circulación sanguínea se reduce notablemente. Si la arteria queda completamente obstruida, habitualmente por un coágulo sanguíneo, se produce un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular con graves complicaciones y consecuencias como la detención del flujo sanguíneo del corazón, la disminución de la llegada de oxígeno elemento vital de sus células y la muerte de una parte o de todo el órgano.

Por la falta de interés hacia la atención médica de parte de la población económicamente activa y pasiva tanto trabajadores públicos como privados de entre los 25 y 65 años usuarios y jubilados; su alto índice de masa corporal, el aumento del colesterol y los triglicéridos en la alimentación son una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos aumentos causan las conocidas enfermedades cardiovasculares las cuales son las responsables de 17.5 millones de muertes en el mundo cada año. (Izaguirre L.2007).⁷

Las enfermedades cardiovasculares muchas veces se presentan sin dolor y sin síntomas obvios. Por esa razón, a menudo no se tratan. Esto puede llevar a problemas de salud todavía más serios, como el ataque al corazón, el derrame y el daño a los riñones. Lo que es especialmente peligroso de las enfermedades cardiovasculares es que uno puede padecer más de una condición a la vez sin siquiera saberlo.⁸

En el Ecuador las enfermedades cardiovasculares son la segunda causa de muerte causadas por el aumento en el índice de masa corporal, triglicéridos y colesterol; tienen un alto índice de mortalidad del 21.6% en hombres entre (45 a 59 años), mientras que son más acentuadas, en mujeres en el grupo de (45 a 59 años) con un 35.9% (Lozada, P.2007).⁹

⁶ <http://www.vivasaludable.org/know-your-risks/cardio-definition.phf>

⁷ <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/675/2/06%20ENF%20407%20TESIS.pdf>

⁸ http://www-tc.pbs.org/americanfamily/pdf/cardio_esp.pdf

⁹ <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/675/2/06%20ENF%20407%20TESIS.pdf>

2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS ECV

El término ECV es un concepto genérico que empleamos para referirnos a un conjunto de patologías y enfermedades diversas en sus causas o etiología y en sus manifestaciones clínicas (signos y síntomas). Según la versión X de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-X) los grandes grupos de las enfermedades del aparato circulatorio son:¹⁰

a) FIEBRE REUMÁTICA AGUDA

La FR se desarrolla en niños y adolescentes después de una faringitis por EBHGA (Estreptococo pyogenes). La bacteria ataca las células epiteliales del tracto respiratorio superior y produce una serie de enzimas, mediante las cuales produce daño e invade los tejidos humanos. Luego de un periodo de incubación de entre 2 a 4 días, la invasión al organismo provoca una respuesta inflamatoria con 3 a 5 días de dolor de garganta, fiebre, malestar general, cefalea y elevación del conteo de leucocitos. En un pequeño grupo de paciente la infección conduce a FR varias semanas después que las molestias de garganta se han resuelto. Únicamente la infección faríngea inicia o reactiva la FR.

El contacto directo con secreciones orales o respiratorias transmite el organismo y el hacinamiento aumenta la transmisión. Los pacientes permaneces infectados por varias semanas después que se ha resuelto el caso agudo y pueden servir de reservorios para infectar a otros.

El EBHGA es un coco gran positivo que con frecuencia coloniza la piel y la orofaringe. Estos organismos pueden producir enfermedades supurativas como faringitis, impétigo, celulitis, miositis, neumonía e infección puerperal, pero también pueden estar asociadas con enfermedades no supurativas como la FR y la glomerulonefritis postestreptocócica.

La cardiopatía reumática aguda frecuentemente puede provocar pancarditis, la que se caracteriza por endocarditis, miocarditis o pericarditis. La endocarditis se manifiesta con una insuficiencia valvular mitral y aórtica. Se desarrollan cicatrices importantes en las válvulas durante un periodo que va de meses a años después del ataque agudo de la FR y episodios recurrentes pueden causar un daño valvular progresivo.

¹⁰ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

La válvula mitral es la que se afecta más frecuente y más seriamente (65-70% de pacientes); la válvula aórtica se afecta en 25% y ocupa el segundo lugar. La mitral es deformada únicamente en el 10% de los casos, casi siempre asociada con lesiones mitral y aórtica. Afecciones de la válvula pulmonar son raras. Insuficiencia valvular severa durante la fase aguda puede provocar un fallo cardiaco congestivo, incluso la muerte (1% de los pacientes). Mientras que la disfunción miocárdica durante la FR aguda está primariamente relacionada con miocarditis o secundariamente a falla cardiaca congestiva, no se conoce para la insuficiencia cardiaca. Cuando hay pericarditis, raramente afecta la función cardiaca o pericarditis constrictiva.¹¹

Signos y Síntomas

El cuadro clínico clásico va precedido, 2-3 semanas antes, por una Faringoamigdalitis estreptocócica, con enrojecimiento amigdalar, con exudado o no, petequias en paladar, adenopatías submaxilares o laterocervicales, disfagia, fiebre alta o moderada, dolor abdominal y, a veces, escarlatiniforme, apareciendo posteriormente la sintomatología propia de la enfermedad.¹²

Criterios mayores

- Artritis: Es poliarticular, aguda y migratoria, curando sin secuelas. Presente en el 75% de los casos
- Carditis: Es una pancarditis que se aprecia en la 3ª semana en forma de soplo cardiaco de nueva aparición, cardiomegalia, insuficiencia cardiaca congestiva, pericarditis. Puede verse en el 40 – 50% de los casos.
- Eritema marginado: Es rosado fugas y no es pruriginoso; a veces es anular. Poco frecuente (1-7% de casos).
- Nódulos subcutáneos: Son duros, indoloros, presentes en el 10% de los casos.
- Corea minor o de Sydenham: Se considera una manifestación tardía. Afecta a niñas adolescentes. Cursa con movimientos incordados, muñecas, irritabilidad, torpeza y alteraciones del carácter. Se presenta en el 2% de los casos.

¹¹ http://jaimebueso.files.wordpress.com/2008/10/fiebre_reumatica.pdf

¹² <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-fiebre-reumatica.pdf>

Criterios menores

- Síndrome febril: alto o moderado, de 10 a 15 días de duración.
- Artralgias: Son dolores generalizados sin inflamación.
- Historia previa de FR: Tras el ataque inicial tienden a aparecer de nuevo
- Reactantes de la fase aguda. VSG y PCR elevadas; leucocitosis; alfa-2 y gammaglobulinas aumentadas.
- Alteraciones ECG: Alargamiento del espacio P-R que indica un enlentecimiento en la conducción auriculoventricular.

Signos de infección estreptocócica

Son imprescindibles para establecer el diagnóstico. Se pueden demostrar por la existencia de una escarlatina reciente, por el cultivo faríngeo o por el título de antiestreptolisinas elevado (más de 333 UTodd) o por otros antígenos estreptocócicos.¹³

Diagnóstico

Con el fin de clarificar el diagnóstico de fiebre reumática, la American Heart Association ha asociado y modificado los criterios que se conocen como criterios de Jones. (Tabla I)¹⁴

Tabla 1. Criterios de Jones para el diagnóstico de Fiebre Reumática.

Criterios Mayores	Criterios Menores	Evidencia de infección estreptocócica
Carditis	Fiebre	ASO elevado o en ascenso
Poliartritis	Poliartralgia	Otros anticuerpos estreptocócicos elevados
Corea	Fiebre reumática previa	Cultivo faríngeo positivo
Eritema marginado	VES y/o PCR alta	Prueba antigénica rápida
Nódulos subcutáneos	Leucocitosis	Escarlatina reciente
	PR prolongado en el EKG	

Fuente: salud de altura.

Para el diagnóstico de FR se deben cumplir los siguientes criterios:

Dos criterios mayores más la evidencia de infección reciente por el EBHGA.

¹³ <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-fiebre-reumatica.pdf>

¹⁴ http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf

Un criterio mayor y dos menores, más la evidencia de infección reciente por el EBHGA.

La historia clínica y el examen físico continúan siendo la base para el diagnóstico de FR y cardiopatía reumática. En todo paciente con sospecha de FR debe realizarse un EKG.

-Los pacientes que no cumplen con estos criterios no deben ser considerados como fiebre reumática y es un error tratarlos como tales.¹⁵

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial es amplio por la baja especificidad de muchos hallazgos clínicos y de laboratorio. (Tabla 2)¹⁶

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de fiebre reumática.

Artritis reactiva
Artritis séptica
Artritis crónica juvenil
Lupus eritematoso sistémico
Otras enfermedades del tejido conectivo
Artritis gonocócica
Endocarditis infecciosa
Miocarditis viral
Miocardopatías
Enfermedad de Kawasaki
Drepanocitosis
Reacción a medicamentos
Septicemia
Leucemia
Tuberculosis
Enfermedad de Lyme
Enfermedad del suero
Sarcoidosis
Corea no reumática

Fuente: salud de altura

b) CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS CRÓNICAS

La cardiopatía reumática está causada por las lesiones de las válvulas cardiacas y el miocardio derivada de la inflamación y la deformación cicatrizal ocasionadas por la fiebre reumática, enfermedad que a su vez está causada por EBHGA y por lo común se manifiesta como una laringotraqueobronquitis o amigdalitis («anginas») en los niños.

¹⁵ http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf

¹⁶ http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf

En todo el mundo, casi 2% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares están relacionadas con la cardiopatía reumática, mientras que 42% están vinculadas con la cardiopatía isquémica y 34% con las enfermedades cerebrovasculares.¹⁷

La podemos dividir en dos fases: activa y inactiva o residual. La cardiopatía activa o carditis, es la fase de inflamación del corazón, y constituye una parte de reumatismo. La cardiopatía reumática, inactiva o residual, es el periodo de exclusivos trastornos médicos resultantes de los estragos causados por un previo ataque de la infección.¹⁸

Anatomía patológica.- los cambios patológicos en la cardiopatía reumática, son paralelos a las etapas de la enfermedad. En la carditis activa encontramos los caracteres de la inflamación, mientras que en la fase inactiva las lesiones son las del tejido cicatrizal y adherencias.¹⁹

Miocarditis.- La lesión activa se caracteriza en el miocardio por la formación de los cuerpos de aschoff. Estas colecciones se hallan más frecuente en la porción basal de la pared ventricular, y suelen ser perivasculares y localizarse en el sub-endocardio. Si la inflamación activa remite los nódulos, se convierten en pequeños focos de tejido fibroso. Aunque estas lesiones características son de distribución focal. El miocardio resulta difusamente debilitado, y aparece dilatación. Contrariamente a lo que se cree, con frecuencia, el curso de la cardiopatía reumática indica, claramente, que las principales causantes de la aparición de insuficiencia cardiaca son los trastornos miocárdicos y no los valvulares.

Endocarditis y valvulitis.- La endocarditis de la fiebre reumática aguda produce valvulitis verrucosa que da lugar a las lesiones cardíacas permanentes más graves. Está constituida por lesiones verrucosas situadas en la base o los bordes de una o varias válvulas cardíacas. Al principio estas lesiones no son más que una masa de material eosinofílico con las propiedades tintoriales de la fibrina, pero al progresar aparece un tejido de granulación con vascularización y fibrosis progresiva. En la mayor parte de los casos afecta a la parte izquierda del corazón. En la base y bordes de la válvula, las

¹⁷ http://www.ecured.cu/index.php/Cardiopat%C3%ADa_reum%C3%A1tica

¹⁸ <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>

¹⁹ <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>

células se orientan en forma de empalizada, formando ángulos rectos con la base, y a menudo tienen núcleos alargados de tipo Aschoff.²⁰

A menudo se observa engrosamiento y una zona de rugosidad en la aurícula izquierda, sobre la base de del velo posterior de la válvula mitral (parche de MacCallum).

Las alteraciones anatomopatológicas afectan al anillo valvular y a los velos valvulares, las cuerdas tendinosas suelen acortarse y engrosarse como resultado de la cicatrización posterior. A medida que avanzan las lesiones, se forma tejido de granulación, y hay vascularización y fibrosis progresiva.

Cuando cursa con engrosamiento cicatricial y adherencia de las comisuras valvulares y las cuerdas tendinosas, origina grados variables de insuficiencia y estenosis valvular. La deformidad con alteraciones funcionales del corazón ocurre con más frecuencia en las válvulas mitral y aórtica, con menos frecuencia en la tricúspide y casi nunca en la pulmonar.²¹

Pericarditis El pericardio pierde su apariencia lustrosa, se congestiona, queda recubierto de fibrinas y se vuelve áspero. Las células endoteliales se congestionan y ocurre la proliferación capilar. Probablemente, en la mayoría de los casos, se derrama algún exudado seroso. Tanto en la fase fibrinosa como en la efusiva, puede tener lugar la resolución, que consiste, simplemente, en un engrosamiento cicatrizal del pericardio sin adherencias; o, bien, en el proceso curativo pueden concurrir dichas adherencias, entre la hoja parietal del pericardio y la pleura tejidos mediastínicos y diafragma.²²

Signos y síntomas de la carditis

Signos de probabilidad.- Desarrollo de insuficiencia cardiaca congestiva durante un acceso de fiebre reumática; Aparición de frote pericárdico; Desarrollo de nuevos soplos; Marcado aumento de volumen del corazón. (Siempre que estos signos aparezcan durante un brote de reumatismo agudo).

Signos presuntivos.- Dolor y sensibilidad cutánea anormal en área precordial, taquicardia en disociación con la temperatura, ruido de galope, nódulos subcutáneos y el

²⁰ <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula/tema11/freuma3.php>

²¹ <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula/tema11/freuma3.php>

²² <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>

desarrollo de fibrilación auricular en algún paciente son signos físicos de lesiones valvulares reumáticas, particulares en individuos jóvenes.

Signos electrocardiográficos.- Ondas P, melladas y ensanchadas, intervalos PR, prolongados, atipias ventriculares, engrosamiento, melladuras y, a veces, hasta imágenes de bloqueo de rama. Cambios de segmento ST, especialmente, desviaciones positivas. Alteraciones de la onda TY ya en la forma, ya en el voltaje, ya por inversión neta.

Síntomas.- Insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias y dolores cardiacos.

Signos físicos.- Los de las diversas valvulopatias ocasionadas por las valvulitis reumáticas.

Curso de la enfermedad.- se describen cuatro tipos de curso clínico:

1º Tipo fulminante agudo, en el cual la enfermedad sigue un curso rápido, con elevada temperatura y leucocitosis, signos acentuados de insuficiencia cardiaca y muerte entre unos pocos días y varios meses. Este tipo es raro, sobre todo en adultos.

2º Tipo activo crónico, en él se desarrolla carditis reumática activa, pero al disminuir las manifestaciones de actividad, no llegan a desaparecer del todo y estos pacientes siguen el curso de una infección subaguda o crónica, durante muchos meses o años.

3º Tipo recurrente: es este el tipo clínico más frecuente. Los periodos de actividad ocurren cada pocos años, separados los periodos de inactividad más o menos cortos.

4º Tipo persistente, inactivo: este tipo clínico se inicia con un ataque de carditis que, después de unos meses, se vuelve inactivo. La curación se establece con o sin dilatación cardiaca o enfermedad valvular.

Diagnostico.- El diagnostico de cardiopatía reumática quedara resuelto dando respuesta a los siguientes puntos:

1º En un paciente con fiebre reumática, se debe resolver si el corazón está o no atacado. Cuestión más bien académica, especialmente en los niños, porque es tan frecuente algún grado de carditis en el reumatismo agudo, que debe considerarse que el paciente la tiene mientras no se demuestre lo contrario.

2° Si un niño tiene síntomas vagos, que pueden ser o no reumáticos. En este caso, si alguna manifestación reumática llega a definirse, el problema quedaría reducido al primer punto. En caso contrario, debe observarse cuidadosamente al niño y emplear los medios de que disponemos hasta llegar al verdadero diagnóstico.

3° Este último punto de vista lo plantea el paciente con manifiesta enfermedad valvular cardiaca inactiva, en la que ha de resolverse si el factor original fue la fiebre reumática o cualquier otra causa. Si hay el antecedente de fiebre reumática y los signos físicos de valvulopatía, es casi seguro que el problema queda resuelto en favor de la etiología reumática, debe tenerse en cuenta que esta entidad arroja el mayor porcentaje de valvulopatía.

c) ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico de la HTA y los efectos beneficiosos de su tratamiento.

Actualmente, la OMS-SIH, que con objeto de reducir la confusión y proporcionar a los clínicos de todo el mundo unas recomendaciones más uniformes, ha acordado adoptar en principio la definición y la clasificación establecidas por el JOINT NATIONAL COMMITTEE de Estados Unidos en su sexto informe (JNC VI).

Así pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.

En la siguiente tabla, (Tabla I), se presenta la clasificación de los valores de la presión arterial en adultos de más de 18 años, que no estén tomando medicación antihipertensiva y que no sufran enfermedades agudas simultáneas a la toma de presión arterial

DEFINICIONES Y CLASIFICACION DE LOS VALORES DE PRESION ARTERIAL

CATEGORIA	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)
Optima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal-alta	130-139	85-89
Hipertensión de Grado1 (ligera)	140-159	90-99
Hipertensión de Grado 2 (moderada)	160-179	100-109
Hipertensión de Grado 3 (grave)	>179	>109
Hipertensión sistólicaAislada	>139	<90

Cuando la presión arterial sistólica y diastólica está en categorías distintas, debe seleccionarse la más alta para clasificar al hipertenso.

Los términos “ligera”, “moderada” y “grave”, utilizados en recomendaciones previas de la OMS-SIH, corresponderían a los Grados 1, 2 y 3 respectivamente. La denominación ampliamente utilizada de “Hipertensión límite” pasa a ser un subgrupo de la hipertensión

Grado 1. Debe resaltarse que el término “hipertensión ligera” no implica un pronóstico uniformemente benigno, sino que se utiliza simplemente para contrastarlo con las elevaciones más intensas de la presión arterial. A diferencia de lo que sucedía en recomendaciones previas, en este informe no se tratan por separado la hipertensión sistólica aislada ni la hipertensión del anciano. Estos dos trastornos se analizan ahora dentro del texto principal, puesto que su tratamiento es, como mínimo, igual de eficaz que el tratamiento de la hipertensión esencial clásica en individuos de mediana edad para reducir el riesgo cardiovascular.²³

²³<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

TIPOS DE HIPERTENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Más del 90% de los casos no tiene una causa única ni conocida y por eso se denomina hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática. Es la que padece la gran mayoría de los pacientes.²⁴

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

En un pequeño grupo, puede identificarse una causa, a veces tratable, responsable del aumento de las cifras de presión arterial, se trata de la hipertensión arterial secundaria, las mismas que se pueden producir por las siguientes causas.²⁵

- Hipertensión de origen renal
- Hipertensión de origen endocrino
- Hipertensión de origen psicógeno
- Hipertensión de origen neurológico
- Hipertensión por medicamentos
- Hipertensión por aumento del volumen intravascular
- Hipertensión por alteraciones vasculares
- Hipertensión relacionada con la gestación

HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA (HSA)

A medida que los adultos van envejeciendo, la PA sistólica tiende a elevarse y la PA diastólica tiende a descender.

Cuando la PA sistólica media es mayor o igual a 140 y la PA diastólica media es menor de 90 mmHg el paciente es clasificado como poseedor de una HSA.

El crecimiento de la presión del pulso (sistólica menos diastólica) y la presión sistólica predice el riesgo y determinan el tratamiento.²⁶

²⁴ <http://www.geosalud.com/hipertension/tipos.htm>

²⁵ <http://www.geosalud.com/hipertension/tipos.htm>

²⁶ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA EN EL PACIENTE JOVEN

En niños mayores y adultos jóvenes, más a menudo en varones la combinación de un crecimiento estatural rápido y la gran elasticidad de las arterias acentúa la amplificación normal de la onda de pulso entre la aorta y la arteria braquial (donde se mide la PA), dando lugar a una presión sistólica elevada en la arteria braquial pero con unas presiones diastólicas y media normales. No obstante, la presión sistólica aórtica es normal.²⁷

HIPERTENSIÓN DIASTÓLICA AISLADA (HDA)

Es más frecuente en adultos jóvenes. Se define como PA sistólica menor de 140 mmHg y PA diastólica igual o superior a 90 mmHg. Aunque generalmente se cree que la presión arterial diastólica es el mejor predictor de riesgo en pacientes menores de 50 años, algunos estudios prospectivos sobre hipertensión diastólica aislada han llegado a la conclusión de que su pronóstico puede ser benigno. Esta cuestión aún está bajo controversia.²⁸

HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA (HBB) O HIPERTENSIÓN AISLADA DE LA CONSULTA

Se define habitualmente como la persistencia de una PA media elevada en la consulta de más de 140/90 mmHg y la presencia de lecturas ambulatorias al despertar con una media inferior a 135/85 mmHg. Ocurre entre el 15-20% de las personas con una hipertensión en estadio 1. Los pacientes con HBB pueden progresar hacia una hipertensión sostenida y necesitan ser seguidos de manera cuidadosa mediante lecturas la PA tanto en consulta como en domicilio.²⁹

HIPERTENSIÓN ENMASCARADA O HIPERTENSIÓN AMBULATORIA AISLADA

Es menos frecuente que la anterior pero más problemática para detectarse, se encuentra la condición inversa a la bata blanca: una PA normal en la consulta y elevación de la PA en el domicilio o en el trabajo. Existe la evidencia de que tales pacientes presentan un

²⁷ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

²⁸ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

²⁹ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

mayor daño de los órganos diana y tiene un mayor riesgo que los sujetos que permanecen normotensos durante todo el tiempo.³⁰

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA O POSTURAL

Se define como la reducción de la PA sistólica en al menos 20 mmHg y la diastólica en al menos 10 mmHg hasta 3 minutos después de mantenerse en ortostatismo (de pie). Si se produce de manera crónica, puede deberse a un problema de regulación del sistema nervioso autónomo. Estos pacientes pueden presentar una profunda hipotensión cuando están de pie y grave hipertensión cuando se acuestan durante la noche.³¹

HIPOTENSIÓN POSTPRANDIAL

Se produce asta en un tercio de las personas mayores, generalmente no se produce en personas jóvenes. Es más probable que se presente en personas con hipertensión arterial o con trastornos que afecten a los centros del cerebro que controlan el sistema nervioso autónomo (que regulan los procesos internos del organismo) Ejemplos de tales trastornos son la enfermedad de Parkinson, la atrofia multisistémica (síndrome de Shy-Drager) y la diabetes.

Los intestinos requieren una gran cantidad de sangre para la digestión. Cuando la sangre fluye hacia los intestinos después de una comida, la frecuencia cardíaca aumenta y los vasos sanguíneos de otras partes del organismo se contraen con el fin de ayudar a mantener la presión arterial. Sin embargo, en algunas personas mayores, estos mecanismos pueden ser inadecuados: la sangre fluye normalmente hacia los intestinos, y los vasos sanguíneos no se contraen lo suficiente para mantener la presión arterial. Por consiguiente, se produce una caída de la presión arterial.

La hipotensión postprandial puede producir mareos, aturdimientos, desvanecimientos y caídas. Si una persona mayor experimenta estos síntomas después de comer, los médicos deben medir la presión arterial antes y después de las comidas para determinar si la causa reside en la hipotensión postprandial.³²

³⁰ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

³¹ <http://www.geosalud.com/hipertension/clasificacion.htm>

³² MANUAL MERCK tomo 2 sección 3 enfermedades cardiovasculares página 179.

Síntomas de la hipertensión arterial.

Los signos y síntomas típicos de la hipertensión arterial periférica incluyen:

- La claudicación: fatiga, pesadez, cansancio, calambres en los músculos de las piernas (glúteos, muslos, o pantorrillas) durante actividades como caminar o subir escaleras. Este dolor o la incomodidad desaparece una vez que se acaba la actividad o durante el descanso. Muchas personas no reportan este problema a sus médicos porque piensan que es parte natural del envejecimiento o que se debe a otra causa.

Calambres o dolor en las piernas y/o los pies durante el descanso que muchas veces interrumpen el sueño.

Llagas o heridas en los dedos de los pies, en los pies o en las piernas que tardan en sanar, que sanan mal o que no sanan.

Cambio de color en la piel de los pies, inclusive que se tornan pálidos o azules.

Temperatura más baja en una pierna que en la otra.

- Falta de crecimiento de las uñas y del vello de los dedos de los pies y las piernas.³³

d) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica es la enfermedad del miocardio producida por la falta de riego sanguíneo en él, o más concretamente por la desproporción entre el aporte del flujo sanguíneo coronario (que puede ser normal) y las necesidades miocárdicas (que pueden estar muy elevadas). Puede manifestarse en forma de episodios agudos, temporales o crónicos.³⁴

La isquemia puede deberse a un aumento de las necesidades del miocardio, o también a una disminución de la capacidad de transporte de oxígeno, pero en la mayoría de los casos la CI se debe a una reducción de flujo por aterosclerosis obstructiva.³⁵

³³ <http://www.geosalud.com/hipertension/hipertension-arterial-periferica-signos-sintomas.html>

³⁴ <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enciclopedia/C/Paginas/Cardiopatia%20isquemica.aspx>

³⁵ <http://www.veoapuntes.com/MEDICINA/3/ANATOMIA%20PATOLOGICA/16.%20CARDIOPATIA%20ISQUEMICA.pdf>

Una manifestación común de la cardiopatía coronaria es la muerte súbita, esto es, el fallecimiento inmediato por la inestabilidad eléctrica del corazón que ocurre frecuentemente durante el infarto agudo de miocardio y que produce una arritmia (fibrilación ventricular), irreversiblemente mortal si el afectado no recibe atención médica inmediata.³⁶

Las manifestaciones clínicas de la CI son consecuencia directa del aporte insuficiente de oxígeno al corazón, y hay principalmente 4:

ANGINA DE PECHO: La angina de pecho es el dolor torácico intermitente producido por una isquemia miocárdica transitoria y reversible, con tres variantes principales.

Angina estable: Consiste en dolor torácico episódico asociado a ejercicio o a cualquier forma de aumento de la demanda de oxígeno del miocardio (como taquicardia o hipertensión).

El dolor se describe como una sensación subesternal aplastante que irradia al brazo o a la mandíbula izquierda (dolor referido).

Se asocia normalmente a una estenosis fija con más de un 75% de la luz arterial comprometida de una o más arterias coronarias; este aporte basta en condiciones de reposo, pero se hace insuficiente en el ejercicio.

El dolor se alivia con reposo o con administración de vasodilatadores periféricos (p.e. nitroglicerina) que disminuyan el retorno venoso y reduzcan el gasto cardiaco; la nitroglicerina también puede llegar a producir vasodilatación coronaria en dosis altas.

Angina variable: Aparece en reposo por vaso espasmo coronario, requiriéndose un vaso sin lesiones estenóticas, o bien con placas ateroscleróticas no circunferenciales (porque si afectaran todo el perímetro del vaso no podría producirse vasoconstricción).

No está clara la etiología de esta lesión, pero si es cierto que responde rápidamente a la administración de vasodilatadores.

Angina inestable: Se caracteriza por un aumento de la frecuencia del dolor, con una dosis de ejercicio cada vez menor para desencadenar el episodio. Los episodios son más intensos y duraderos que en una angina estable. Se asocia a la complicación de una

³⁶ <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enciclopedia/C/Paginas/Cardiopatía%20isquémica.aspx>

placa aterosclerótica con trombosis parcial superpuesta, embolia distal del trombo y/o vaso espasmo.

Es precursora de una isquemia más grave y potencialmente irreversible (debida a una oclusión coronaria completa) y por ello se denomina ANGINA PREINFARTO.

La angina se manifiesta con dolor precordial con irradiación que puede ser al brazo izquierdo, lo cual es muy común, aunque también puede irradiarse a la mandíbula.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

El infarto de miocardio o ataque cardíaco se trata de la necrosis del tejido muscular cardíaco debida a isquemia.

Como su causa etiopatogénica es la aterosclerosis, su frecuencia aumenta con la edad, sobre todo con presencia de otros factores de riesgo como el tabaquismo, hipertensión o diabetes.

Cualquier forma de oclusión arterial es susceptible de originar un IAM pero la mayoría están provocados por trombosis aguda arterial coronaria, por rotura de una placa arteriosclerótica.

Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST: Se caracteriza por lesión y muerte celular en una zona que posteriormente es 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 cardíaca, por lo tanto si la lesión no llega hasta el epicardio (no es transmural) no va a verse reflejado en el trazado del EKG.

Este cuadro es tan grave como el otro infarto, porque es una manifestación de una obstrucción coronaria severa, sin embargo su manejo difiere porque a pesar de recibir las mismas opciones terapéuticas de un síndrome coronario (ver más adelante) no se debe trombolizar.³⁷

³⁷ <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.pdf>

Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación 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 de marcadores enzimáticos y se pueden apreciar ondas típicas de lesión en el territorio afectado, visualizadas en derivaciones contiguas del EKG.³⁸

Características clínicas

Un infarto de miocardio suele estar precedido por una molestia o dolor torácico subesternal, aplastante e intenso que puede irradiar al cuello, mandíbula o brazo izquierdo.

El dolor dura desde 20 minutos hasta varias horas y no se alivia con nitroglicerina ni en reposo.

Hay pacientes que cursan asintomáticos (INFARTO SILENTE) lo cual es frecuente en diabéticos con neuropatía periférica, y en ancianos.

El pulso generalmente es rápido y débil, y el paciente está sudoroso y nauseoso, particularmente si el infarto es en la pared posterior.

La disnea es frecuente y se debe al deterioro contráctil y la disfunción del aparato de la válvula mitral, lo que origina congestión y edema pulmonares.

Los infartos masivos son los que afectan a más del 40% de la masa contráctil del ventrículo izquierdo y originan shock cardiogénico.

Consecuencias y complicaciones

Disfunción contráctil: Un IM afecta a la función de bombeo del VI aproximadamente en función a su tamaño.

Suele existir un cierto grado de insuficiencia cardíaca con hipotensión, congestión pulmonar y edema pulmonar.

Se produce un shock cardiogénico (insuficiencia grave de bombeo) en torno al 10-15% de pacientes con un infarto grande (aproximadamente > 40% del VI), con una elevada tasa de mortalidad, de cerca del 70%.

³⁸ <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.pdf>

Arritmias: Después de un IM muchos pacientes presentan arritmias responsables de muchas de las muertes súbitas.

Las arritmias asociadas al IM son las siguientes:

- Bradicardia sinusal
- Bloqueo cardíaco
- Taquicardia
- Extrasístoles ventriculares
- Taquicardia ventricular
- Fibrilación ventricular

Rotura miocárdica: Se trata de una complicación causante de, aproximadamente, $\frac{1}{4}$ de las muertes asociadas al IAM.

Incluye las siguientes complicaciones:

- Rotura de la pared libre del miocardio con hemopericardio y taponamiento cardíaco (normalmente mortal).
- Rotura del tabique interventricular
- Rotura de un musculo papilar (insuficiencia mitral grave).

La rotura puede aparecer en casi cualquier momento después del infarto, pero es más frecuente de 3-7 días después, ya que la cicatriz no tiene suficiente resistencia.

Pericarditis: Habitualmente se produce una pericarditis fibrosa o hemorrágica 2-3 días después de un infarto transmural, que habitualmente desaparece espontáneamente con el tiempo.

Se trata de la manifestación epicárdica de la inflamación miocárdica subyacente.

Expansión del infarto: Debido al debilitamiento del musculo necrótico, puede haber distensión, adelgazamiento y expansión desproporcionados de la región infartada.

Trombo mural: La combinación de una pérdida local de la contractilidad (produce estasis) con la lesión endocárdica (trombógena), favorece la trombosis mural con potencial tromboembolismo.

Aneurisma ventricular: Se debe normalmente a un infarto anteroseptal transmural que se cura con la formación de una cicatriz delgada.

Los aneurismas ventriculares pueden causar trombo mural, arritmias e insuficiencia, pero no se rompen.

Disfunción del musculo papilar: Se produce con poca frecuencia o por consecuencia de una rotura, pero causa insuficiencia mitral postinfarto.

Se debe a disfunción isquémica de un musculo papilar con fibrosis y acortamiento posteriores del mismo, o también puede deberse exclusivamente a la dilatación ventricular.

Insuficiencia cardiaca tardía: Es una complicación propia de la cardiopatía isquémica crónica.

El riesgo de presentar complicaciones, y su pronóstico tras un infarto dependen del tamaño y la localización del mismo, y del grosor de la pared lesionado.

Los pacientes con infartos transmurales anteriores tienen peor pronóstico que los que tienen infartos posteriores.³⁹

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

La CI crónica o Miocardiopatía Isquémica es una insuficiencia cardiaca progresiva que responde a una lesión miocárdica isquémica, frecuentemente con un infarto de miocardio previo.

Se debe a la descompensación cardiaca postinfarto después del agotamiento de la hipertrofia del miocardio viable.

Otras veces puede haber una obstrucción coronaria grave sin infarto previo, pero con disfunción miocárdica difusa.

Los corazones de individuos con CI crónica suelen estar aumentados de tamaño y tienen dilatación e hipertrofia ventriculares izquierdas, con aterosclerosis moderada-grave de las coronarias, a veces con oclusión total.

El endocardio muestra engrosamiento fibroso parcheado con posibles trombos murales.

Los principales hallazgos microscópicos son:

- Hipertrofia miocárdica

³⁹<http://www.veoapuntes.com/MEDICINA/3/ANATOMIA%20PATOLOGICA/16.%20CARDIOPATIA%20ISQUEMICA.pdf>

- Vacuolización subendocárdica difusa de los miocitos
- Fibrosis por infartos previos

Clínicamente se caracteriza por la aparición gradual de insuficiencia cardiaca grave con episodios eventuales de angina e infarto.

MUERTE SÚBITA CARDIACA:

Se define como, la muerte que ocurre dentro de un síndrome coronario (y a causa de él) en la PRIMERA HORA de iniciados los síntomas cardiacos (angina de pecho). En nuestro medio se han presentado dificultades en anotar este diagnóstico cuando el paciente ingresa al centro hospitalario y fallece a la hora de iniciados los síntomas cardiacos, quizá porque no está implementado un registro de paro, que entre muchas otras cosas sirve para llevar estrictamente el tiempo del continuum del paro cardiaco; en segundo lugar, porque los médicos siguen anotando en el certificado de defunción como causa básica de muerte “el paro cardiaco”. La muerte súbita puede ser causada por mutaciones en genes codificantes de 4 familias de proteínas: sarcoméricas (miocardiopatía hipertrófica)- citoesqueléticas (miocardiopatía dilatada)- desmosómicas (displasia arritmogénica del ventrículo derecho) y canalopatías (S. de brugada- S de QT largo).⁴⁰

Síntomas

Éstos son algunos de los síntomas:

Dolor o malestar en el pecho (angina de pecho); otros se asemejan más a una indigestión. También se puede sentir dolor en los hombros, los brazos, el cuello, la mandíbula o la espalda.

Falta de aire (dificultad para respirar): por lo general ocurre antes o al mismo tiempo que las molestias en el pecho.

- Otros síntomas: sudores fríos, náuseas, mareos.⁴¹

⁴⁰ <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.pdf>

⁴¹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/magazine/issues/fall09/articles/fall09pg22-23.html>

e) ARRITMIA

El corazón bombea casi 5 litros de sangre por el organismo por minuto. Incluso en reposo, el corazón late (se dilata y contrae) entre 60 y 100 veces por minuto. Estos latidos son provocados por impulsos eléctricos que se originan en el marcapasos natural del corazón, el nódulo sinusal o sinoauricular (nódulo SA). El nódulo SA es un grupo de células ubicadas en la parte superior de la cavidad superior derecha del corazón (la aurícula derecha).⁴²

Una arritmia es una alteración del ritmo cardiaco que hace que este palpite demasiado despacio, demasiado rápido o irregularmente.

- Un ritmo cardiaco anormalmente rápido se denomina taquiarritmia o taquicardia.
- Un ritmo cardiaco anormalmente lento se denomina bradicardia.
- Otros ritmos cardiacos irregulares simplemente se les llaman arritmias.⁴³

ORIGEN DE LAS ARRITMIAS

Alteraciones del automatismo

Un aumento de automatismo en el nódulo sinusal produce taquicardia sinusal, y una disminución del automatismo, bradicardia sinusal. Si un foco no sinusal (o ectópico) aumenta su automatismo y sustituye al sinusal, origina una taquicardia.

Con frecuencia hay un trastorno mixto, estando deprimida la función sinusal, lo que permite que entre en funcionamiento otros centros automáticos más bajos (ejemplo son el ritmo idionodal e idioventricular).

Alteración de la transmisión del estímulo

Si existe la dificultad para el paso del estímulo en el tejido perisinusal, se origina un bloqueo sino-auricular.

Si la dificultad está en la unión auriculo-ventricular se origina un bloqueo auriculo-ventricular.

⁴² http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Cond/arrhy_sp.cfm

⁴³ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/arrhythmia/spanish/ct0991s6.pdf>

Alteraciones mixtas

Ejemplos son la enfermedad de nódulo sinusal, la reentrada, el parasístole, los ritmos de escape, etc.⁴⁴

CAUSAS DE LAS ARRITMIAS

Arritmias en ausencia de cardiopatía: Toma de antidepresivos tricíclicos y otros medicamentos, alteraciones electrolíticas (sobre todo hipopotacemia por diuréticos), ingesta de excitantes (drogas, café), junto con tabaco y estrés, hipoxemias severas por neumopatías agudas o crónicas descompensadas, etc.

Arritmias en presencia de cardiopatía: Prolapso mitral, valvulopatías, cardiopatía isquémica, etc. a veces se recogen antecedentes de muerte súbita familiar (miocardiopatía hipertrófica). Las primeras son esporádicas. Las segundas, puesto que existe en general un sustrato anatómico, son repetitivas o recurrentes.⁴⁵

Síntomas.

La presencia o ausencia de síntomas y los tipos de síntomas específicos, dependen del estado del corazón y del tipo de arritmia. Los síntomas también dependen de la gravedad, frecuencia y duración de la arritmia. Algunas arritmias no producen síntomas de advertencia. Contra la creencia popular, las palpitaciones no siempre indican que la persona padece una arritmia.⁴⁶

Síntomas de bradicardia

- Sensación de cansancio, falta de aliento, mareo o debilidad.

Síntomas de taquicardia

- Un pulso fuerte en el cuello o latidos irregulares acelerados en el pecho.
- Malestar en el pecho, debilidad, falta de aliento, sudoración y mareo.

f) INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardiaca (IC) es el estadio terminal de múltiples procesos cardiológicos. Es una situación grave, progresiva e irreversible a la que potencialmente pueden abocar la mayoría de los pacientes cardiopatas. No se trata de una enfermedad

⁴⁴ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/curso%20arritmias%20para%20enfermeria.pdf>

⁴⁵ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/curso%20arritmias%20para%20enfermeria.pdf>

⁴⁶ http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Cond/arrhy_sp.cfm

concreta, sino de un amplio síndrome, y de aquí surge la dificultad para establecer una única definición universalmente aceptada. Una de las más habituales establece que la IC es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para proporcionar los requerimientos metabólicos del organismo, o bien cuando esto sólo es posible a expensas de una elevación de la presión de llenado ventricular. M. Packer propone una definición especialmente útil para comprender su fisiopatología y sus manifestaciones clínicas, y afirma que la IC es un síndrome clínico complejo que se caracteriza por anomalías de la función ventricular izquierda y de la regulación neurohormonal, que conlleva intolerancia al ejercicio, retención de líquidos y disminución de la longevidad.

Desde un punto de vista clínico, se entiende por IC el conjunto de síntomas y signos semiológicos que aparecen como consecuencia de la disfunción ventricular, de la afectación valvular o del aumento de la carga ventricular. En este sentido, las posibles manifestaciones son muy diversas, y de aquí que se hayan enunciado unos criterios para facilitar su diagnóstico.⁴⁷

Síntomas

Los síntomas permiten determinar qué lado del corazón no funciona adecuadamente.

Si el lado izquierdo del corazón no funciona bien (insuficiencia cardíaca izquierda), se acumulan sangre y mucosidades en los pulmones. El paciente pierde fácilmente el aliento, se siente muy cansado y tiene tos (especialmente de noche). En algunos casos, los pacientes expulsan un esputo sanguinolento al toser.

Si el lado derecho del corazón no funciona bien (insuficiencia cardíaca derecha), se acumula líquido en las venas porque la sangre circula más lentamente. Los pies, las piernas y los tobillos comienzan a hincharse. Esta hinchazón se denomina «edema». A veces el edema puede extenderse a los pulmones, el hígado y el estómago. Debido a la acumulación de líquido, el paciente tiene la necesidad de orinar con mayor frecuencia, especialmente de noche. La acumulación de líquido además afecta a los riñones, reduciendo su capacidad para eliminar sal (sodio) y agua, lo cual puede dar lugar a una insuficiencia renal. Cuando se trata la insuficiencia cardíaca, los riñones generalmente vuelven a funcionar normalmente.

⁴⁷<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/insuc ar.pdf>

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) se presenta cuando el débil bombeo del corazón causa una acumulación de líquido llamada «congestión» en los pulmones y otros tejidos del cuerpo. A veces los términos «insuficiencia cardíaca» e «insuficiencia cardíaca congestiva» se usan como si fueran sinónimos, pero la insuficiencia cardíaca congestiva es en realidad un tipo específico de insuficiencia cardíaca.

A medida que la insuficiencia cardíaca empeora, el corazón se debilita y comienzan a manifestarse los síntomas. Además de los que se mencionan más arriba, la insuficiencia cardíaca puede causar los siguientes síntomas:

- Dificultad para respirar o permanecer acostado, porque se pierde fácilmente el aliento.
- Cansancio, debilidad e incapacidad para hacer ejercicio o realizar actividades físicas.
- Aumento de peso debido al exceso de líquido.
- Dolor en el pecho.
- Falta de apetito o indigestión.
- Venas hinchadas en el cuello.
- Piel fría y húmeda.
- Pulso rápido o irregular.
- Agitación, confusión, falta de concentración y problemas de la memoria.⁴⁸

g) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

La Organización Mundial de la Salud define la ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular. En esta definición se incluyen la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia no traumática, y la lesión por isquemia

La clasificación más simple de la ECV es la siguiente:

ECV Isquémica: En este grupo se encuentra la Isquemia Cerebral transitoria (ICT), el infarto cerebral por trombosis, el infarto cerebral por embolismo y la enfermedad lacunar.

ECV Hemorrágica: En este grupo se encuentra la hemorragia intracerebral (parenquimatosa) y la hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

⁴⁸ http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Cond/chf_span.cfm

La clasificación rápida del ECV permite predecir su pronóstico, identificar y modificar los procesos fisiopatológicos con el objetivo de reducir la lesión en la fase aguda y el riesgo de recurrencia, planear las medidas de soporte inmediato para el paciente, solicitar los estudios paraclínicos adecuados y a largo plazo, su programa de rehabilitación.

El Instituto Nacional para Enfermedades Neurológicas y ECV de los Estados Unidos (NINDS) ha planteado una clasificación un poco más completa, de acuerdo con los mecanismos patológicos, la categoría clínica, y la distribución arterial. El grupo de estudio del Banco de Datos de ECV plantea una clasificación que de manera intencional se hace sobre los resultados de investigación etiológica.⁴⁹

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA

Trombótico: Existe una estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal (troncos supra aórticos), producida generalmente por la alteración aterosclerótica de la pared de la arteria, por lo que a menudo se suele denominar mecanismo aterotrombotico. Aunque lo más frecuente es el trombo se forme en una lesión aterosclerosa, este mecanismo también puede ocurrir en otro tipo de lesión vascular.

Embolica: Cuando la oclusión de una arteria, habitualmente intracraneal, está producida por un embolo originado en otro punto del sistema vascular. El embolo puede tener diversas fuentes: a) arterial (embolismo arteria-arterial), al desprenderse el trombo de la pared de una arteria intracraneal, de un tronco arterial supra-aórtico o del cayado aórtico; b)cardiaco (embolo corazón-arteria); c) de la circulación sistémica, si existe un defecto del tabique auricular (embolia paradójica) y en las fistulas arteriovenosas pulmonares. Los émbolos pueden ser ateromatosos, fibrino-plaquetarios, de colesterol, de elementos sépticos, de aire, de grasa, de material cartilaginoso, de células tumorales o de cuerpos extraños.

Hemodinámica: Esta ocasionado por un bajo gasto cardiaco, hipotensión arterial o bien durante una inversión de la dirección del flujo sanguíneo por fenómeno de robo en un territorio arterial, cuyo segmento proximal presenta una oclusión o estenosis significativa. La perfusión cerebral en esa zona se ve entonces críticamente disminuida, al no existir flujo colateral compensatorio o ser insuficiente. También pueden

⁴⁹<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/insucar.pdf>

producirse infartos de origen hemodinámico en la región limítrofe de dos territorios arteriales principales, dando lugar a los llamados infartos frontera.⁵⁰

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICA

El ictus hemorrágico consiste en la extravasación de sangre en el interior del espacio subaracnoideo, como consecuencia de la rotura espontánea, no traumática, de un vaso sanguíneo, arterial o venoso, por diversos mecanismos. Los factores etiológicos de la HIC y la HSA se señala en detalle en la actualización “hemorragia intracerebral. Hemorragia subaracnoidea”.

Hemorragia Intracerebral

La etiología más frecuente de la HIC espontánea es la HTA y probablemente después, aunque en una proporción mucho menor, la angiopatía amiloide. Otras posibilidades etiológicas abarcan desde las malformaciones vasculares (aneurismas, malformaciones arteriovenosas, cavernomas), fármacos (antitrombóticos, simpaticométicos), tóxicos (alcohol, cocaína, algunos venenos), enfermedades hematológicas (discrasias sanguíneas, coagulopatías) y artropatías inflamatorias cerebrales, hasta los tumores primarios o metastásicos.

Hemorragia Subaracnoidea

La causa más frecuente (85% de los casos) de la HSA espontánea (no traumática), es la rotura de un aneurisma congénito, siguiéndole en frecuencia la HSA perimesencefálica no aneurismática (10%), debida posiblemente a un sangrado venoso y cuyo pronóstico es excelente. Tras la rotura aneurismática, las posibilidades etiológicas en la HSA se distribuyen en una amplia miscelánea de causas infrecuentes (vasculopatías, tumores, fármacos, etc.).⁵¹

A. ATEROSCLEROSIS

La aterosclerosis es una enfermedad que consiste en la acumulación de placa en las arterias. Esta placa está compuesta principalmente de grasa, colesterol y calcio. A medida que pasa el tiempo, las arterias se estrechan y disminuye el flujo de sangre y oxígeno a los órganos vitales del cuerpo. Esto puede producir problemas severos como

⁵⁰ <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n72a13191296pdf001.pdf>

⁵¹ <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v10n72a13191296pdf001.pdf>

infartos, embolias cerebrales (conocidos como accidentes cerebrovasculares) y hasta la muerte.

La aterosclerosis puede afectar cualquier arteria en el cuerpo. Se conoce como enfermedad coronaria cuando tapa las arterias del corazón y es una de las principales causas de muerte en el mundo. También puede tapar las arterias carótidas, que llevan sangre al cerebro y por ello, causar embolias cerebrales. Otros órganos vitales afectados por la falta de oxígeno incluyen los riñones. Las extremidades del cuerpo como piernas y brazos también pueden sufrir de aterosclerosis, llegando a amputaciones en el peor de los casos.

Usualmente la aterosclerosis no produce síntomas hasta muy tarde en el progreso de la enfermedad. Hace falta un estrechamiento muy severo de las arterias para producir síntomas como dolor de pecho, dificultad para respirar o dolor en las piernas. Es muy frecuente que el primer síntoma sea una emergencia como un infarto o una embolia cerebral.

Muchos factores aumentan el riesgo de aterosclerosis. Estos incluyen la diabetes, presión alta, fumar, historia familiar de infartos, obesidad y falta de ejercicio.

El diagnóstico de aterosclerosis se realiza en la visita médica por medio de la historia clínica del paciente y de unas pruebas de sangre o estudios adicionales.

- El tratamiento de la aterosclerosis incluye cambios de estilo de vida, además de medicamentos y procedimientos médicos que pueden incluir cirugía.⁵²

h) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PROPIAS DE LA MUJER

PREECLAMPSIA

Se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero solo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome de HELLP, pero también forma de hemorragias

⁵² http://cardiohispano.org/pdfs/Atherosclerosis_SP.pdf

cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, CID, etc. que explican que sean una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados.

En el feto, se suele acompañar de insuficiencia placentaria que suele manifestarse por enlentecimiento o restricción del crecimiento intrauterino (RCrIU), que puede llegar a provocar la muerte fetal.⁵³

ECLAMPSIA

Se denomina así a las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preclamsia e hiperreflexia. Supone un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.⁵⁴

En los países occidentales y en algunos países en vías de desarrollo las ECV cuya patología subyacente es la arterioesclerosis y la trombosis arterial consecuyente. Dentro de estas enfermedades se encuentran, entre las de mayor renombre, la cardiopatía isquémica, la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva que es la de mayor prevalencia, parte de la insuficiencia cardíaca, algunos aneurismas y las trombosis arteriales. En algunos ámbitos y países, se tiende a denominar enfermedad cardiovascular, a la cardiopatía isquémica, pero ello es impreciso y da lugar a confusión, puesto que en determinadas circunstancias al hablar de enfermedad cardiovascular se incluye también el ictus.⁵⁵

⁵³ http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf

⁵⁴ http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf

⁵⁵ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

2.2 CONDICIONANTES CARDIOVASCULARES

Los condicionantes o riesgo cardiovascular son una condición personal que aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares determinada por un periodo de tiempo. Esa probabilidad puede aumentar o disminuir dependiendo de los factores de riesgo cardiovascular y del estilo de vida de cada individuo.

Un factor de riesgo puede estar implicado en la etiopatogenia de la enfermedad, o asociarse con la misma. Para que se le pueda atribuir un papel etiológico son necesarias varias premisas: que sea anterior al comienzo de la enfermedad; que exista una relación entre la intensidad del factor de riesgo y la patología cardiovascular; que dicha relación persista en las diferentes poblaciones estudiadas; y que se demuestre una reducción en la prevalencia de la enfermedad al disminuir o eliminar dicho factor de riesgo.⁵⁶

Los factores de riesgo son todos aquellos que por su misma naturaleza anuncian la presencia de una enfermedad, los mismos pueden ser producto de las prácticas habituales o de carácter genético-biológicos, como también cultural. De acuerdo a lo señalado por: Potter, P. y Perry, A. (op. cit.)⁵⁷:

Un factor de riesgo es cualquier situación, hábito, clase social o entorno, estado de salud o psicológico, grado de desarrollo o intelectual, o variable espiritual o de otro tipo que aumenta la vulnerabilidad de un individuo o de un grupo hacia una enfermedad o accidente. La presencia de factores de riesgos no significa que una enfermedad se desarrolle, pero los factores de riesgo aumentan las posibilidades de que el individuo experimente una enfermedad o disfunción concreta (p.13).

En efecto, el factor de riesgo es el primer indicador para determinar los criterios que debe asumir el personal de salud para ofrecer asistencia a los usuarios con afecciones cardiovasculares, los cuales consisten en organizar un conjunto de acciones para que se reeduce a la persona en la modificación de los estilos de vida, pues, todos los problemas de salud devienen del modo que las personas viven, a saber sus hábitos y costumbres, su forma de trabajo, su régimen en llevar una vida sin normas y patrones de conservación de la salud.

⁵⁶<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

⁵⁷<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/433/1/Practica%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Prevencion%20de%20Factores%20de%20Riesgo%20Cardiovasculares.pdf>

Du Gas, B. (2000). *Refiere:*

Hay diferentes variables o factores que influyen en el estado de salud de las personas, y también en su conducta o prácticas más o menos saludables. Se diferencian como factores que influyen en el estado de salud; es decir, factores de carácter interno, como herencia, sexo, raza, edad, psicología y conocimiento. El individuo no puede tener control sobre algunos de estos factores, como raza o herencia, pero sí sobre otros, como la conducta y los conocimientos acerca de la prevención de enfermedades (p.32).

2.2.1 VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Para valorar la magnitud del resultado de la interacción entre los distintos factores y conocer el riesgo cardiovascular global de un individuo determinado, es necesario recurrir a modelos matemáticos.

El riesgo cardiovascular así determinado establece la probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular isquémico en un determinado periodo, generalmente 5 o 10 años.

La utilidad de conocer el riesgo cardiovascular global se basa en aspectos principales como:

- Identificar los individuos de mayor riesgo que requieren una intervención preventiva más temprana y enérgica.
- Ajustar la intensidad del tratamiento al riesgo global del individuo.

En las últimas décadas se han desarrollado distintas ecuaciones para evaluar el riesgo cardiovascular de un individuo.⁵⁸

2.2.2 ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Considerando la etiología multifactorial de la enfermedad vascular, cuando se estima el efecto de un determinado factor de riesgo en un individuo hay que tener en cuenta el resto de los factores.

Entre las distintas ecuaciones para el cálculo del riesgo cardiovascular la desarrollada por los investigadores del Framingham HeartStudy es la que ha tenido mayor difusión.

⁵⁸ <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

Esta ecuación está formada por 6 factores de riesgo: el sexo, la edad, el HDL, el colesterol total (CT), la presión arterial (PA) sistólica en reposo y el tabaquismo. A cada factor de riesgo se le asigna una puntuación.

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Modificables: son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados cuando realizamos cambios en nuestro estilo de vida, dentro de estos factores los principales son; HTA (hipertensión arterial), hipercolesterolemia (colesterol alto), diabetes, tabaquismo, alcoholismo, Sedentarismo, Obesidad, Estrés,

No modificables: son propios de la persona, y no es posible revertirlo o eliminarlo, tales como, la edad, el Género, Herencia, Antecedentes personales de enfermedad coronaria y vascular.⁵⁹

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

B. COLESTEROLEMIA

Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol, una sustancia grasa transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo.

El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para la formación de membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal(carne, huevos y productos lácteos).⁶⁰

A medida que aumenta el nivel de colesterol en sangre, aumenta el riesgo de cardiopatía coronaria. El nivel de colesterol de una persona depende de la edad, el sexo, la herencia y la alimentación. El nivel de colesterol al nacer es muy bajo, entre los 70 y 80 mg/dl y va aumentando con la edad sobre todo a partir de la pubertad, hasta situarse a los 40 años, alrededor de los 210-220 mg/dl, dependiendo del entorno cultural. El colesterol es necesario para la síntesis de hormonas, especialmente las hormonas sexuales. Junto con otros tipos de grasas o lípidos como los triglicéridos, son una parte esencial de las membranas celulares.⁶¹

⁵⁹http://www.prevencioncardiovascular.org/ciprecar/images/prevencion/Factores_de_Riesgo_Cardiovascular.pdf

⁶⁰ <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

⁶¹ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

El colesterol circula en la sangre unido a un tipo de proteínas denominadas lipoproteínas de las que existen varios tipos. El colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad o colesterol HDL, es un factor de protección. Es decir, cuanto más elevado el nivel de HDL, menor será la probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular tal como un ataque cardíaco o cerebral. En cambio el colesterol que circula unido a las lipoproteínas de baja densidad o colesterol-LDL (low density lipoprotein) es un factor de riesgo. Esta molécula, al oxidarse, como efecto por ejemplo, de los componentes químicos del humo del tabaco, inicia el proceso bioquímico y celular responsable de su depósito en la pared de la capa íntima de las arterias, dando lugar al ateroma.⁶²

Antes de la menopausia, las mujeres, en general, tienen menores niveles de colesterol que los hombres. Además, los estrógenos aumentan los niveles de colesterol HDL en la sangre. Pero después de la menopausia, los niveles de HDL suelen bajar, incrementándose así el riesgo cardiovascular.

Los niveles de colesterol HDL y LDL pueden mejorarse con dieta, ejercicio y, en casos graves, medicamentos hipolipemiantes (estatinas). En presencia de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial o el tabaquismo, el riesgo se multiplica.⁶³

C. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Si bien las mujeres tienen niveles inferiores a las de los hombres antes de la menopausia, las cifras se elevan mucho más después de ésta, y a partir de los 55 años superan a las de los hombres. Hoy en día se define convencionalmente la hipertensión como las cifras de presión arterial menores de 140 mm de mercurio de presión sistólica y 90 mm Hg de presión diastólica, Sin embargo se considera que las personas diabéticas deben estar por debajo de estas cifras, idealmente 130/85 mm.

La presión arterial alta aumenta el esfuerzo del corazón, acelera el proceso de endurecimiento de las arterias y aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, un ictus y una insuficiencia cardíaca y una insuficiencia renal. Cuando la hipertensión coexiste con otros factores de riesgo, la probabilidad de infarto o ictus aumentan muchas veces.⁶⁴

⁶² http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

⁶³ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

⁶⁴ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

D. DIABETES

Las mujeres con diabetes tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas e ictus que las mujeres no diabéticas. En cambio en los hombres el riesgo de cardiopatía isquémica en presencia de diabetes es sólo de 2-3. La presencia de diabetes es un factor de riesgo y una enfermedad tan poderosas que anula la protección cardiovascular de la que gozan las mujeres pre-menopáusicas frente a los hombres, aun cuando los niveles de glucemia estén bajo control. Alrededor de dos tercios de las personas diabéticas mueren de alguna enfermedad cardiovascular. En los últimos años ha ido apareciendo varios estudios que han puesto de manifiesto que la simple elevación de los niveles de glucemia, incluso sin desarrollo completo de diabetes, también confieren un riesgo elevado de aterosclerosis.⁶⁵

E. OBESIDAD Y SOBREPESO

El exceso de peso y la obesidad puede elevar el nivel del colesterol total, causar hipertensión y aumentar el riesgo de enfermedad arterial coronaria, siendo un factor que predispone de forma importante en el desarrollo de las ECV y para la diabetes del adulto. Según el Instituto Nacional de los Pulmones, el Corazón y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI), se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25kg/m² y que es obesa si la cifra es superior a los 30kg/m². A este número se le llama índice de masa corporal.⁶⁶

Se considera que existe obesidad abdominal cuando el perímetro de la cintura es igual o mayor que 88 cm en las mujeres y 102 cm en los hombres.

El peso corporal aumenta con la edad en ambos sexos, pero el ritmo de aumento en la mujer es más acelerado que en los hombres de la misma edad. Dado que este rápido aumento de peso acostumbra a depositarse mayoritariamente en el abdomen, éste es el principal factor contribuyente al deterioro del perfil de riesgo cardiovascular en las mujeres post-menopáusicas puesto que contribuye en gran manera a la elevación de la presión arterial, colesterol y niveles de glucemia. La obesidad es mucho más frecuente en las mujeres de niveles socioeconómicos o educativos inferiores.⁶⁷

⁶⁵ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

⁶⁶ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

⁶⁷ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

La obesidad abdominal se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar una cardiopatía o un ictus aún en ausencia de otro factor de riesgo, puesto que la obesidad aumenta la presión arterial y los niveles de colesterol y triglicéridos, y reduce el colesterol HDL. La obesidad se asocia a menudo con el aumento de la presión arterial que junto con las alteraciones del metabolismo de las grasas constituye el llamado síndrome metabólico.⁶⁸

F. SEDENTARISMO

Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regularmente. El ejercicio fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Las personas que quemar activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tiene una expectativa de vida superior que las personas que no realizan ejercicio.

La actividad física, moderada o vigorosa, ayuda a prevenir las ECV y la obesidad. Cuanto más vigorosa la actividad, mayor el beneficio. Sin embargo, aún las actividades de intensidad moderada ayudan si se realizan de forma habitual y a largo plazo. El ejercicio puede ayudar a controlar el colesterol, la diabetes y la obesidad, así como a reducir la presión arterial en algunas personas. La actividad física debería ser una actividad diaria. Caminar entre 30 a 40 minutos la mayor cantidad de días por semana posibles pero no menos de 3 días es un buen ejercicio y tiene pocas contraindicaciones.⁶⁹

G. ALCOHOLISMO

Las personas que consumen cantidades moderadas de alcohol tienen menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares que las personas que no consumen.

El consumo moderado de alcohol es una o dos bebidas por día para los hombres y una bebida para las mujeres, teniendo en cuenta que una bebida se define como 1,5 onzas líquidas (44ml) con una graduación de alcohol de 40° como el whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc., 1 onza líquida de (30ml) de bebida con un grado de alcohol de 50°, 4 onzas líquidas (118ml) de vino o de 12 onzas líquidas de (355ml) de cerveza.

⁶⁸ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

⁶⁹ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

Las mujeres metabolizan el alcohol más lentamente que los hombres, El alcohol en exceso puede elevar los triglicéridos, aumenta la presión arterial, puede producir arritmias, insuficiencia cardiaca e ictus. Asimismo contribuye a la obesidad por un aporte adicional de calorías.

H. TABAQUISMO

La mayoría de la gente que fuma sabe que aumente el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, pero pocos conocen que también aumenta de forma considerable el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan los brazos y las piernas)⁷⁰.

El riesgo de infarto de miocardio de los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardiaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores, debido a que fumar causa una contracción arterial y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, lo cual produce aumento en el gasto cardiaco. Los fumadores que tienen un infarto poseen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placas de grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos.⁷¹

El tabaquismo es más frecuente en las mujeres (y los hombres) de menores niveles socio-económicos, aunque en muchas sociedades, las mujeres de alto nivel social son las que primero empiezan a fumar y también las primeras que dejan de hacerlo.

I. ESTRÉS Y OTROS FACTORES PSICOSOCIALES

Las pruebas científicas sobre el papel del estrés en la patología cardiovascular son menos robustas y está menos estudiado que los factores anteriores, por la dificultad de medir el estrés de forma objetiva. El estrés ocurre generalmente cuando no se es capaz de dar respuesta a las demandas que la sociedad y la vida imponen. Se ha demostrado de

⁷⁰ <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

⁷¹ <http://www.medicina21.com/doc.php?apartat=Paciente&id=847>

manera particular que el estrés en el trabajo, definido como alta demanda y poca capacidad de decisión (modelo demanda control de Karasek), está asociado a una mayor probabilidad de eventos coronarios en los hombres. Además, como cabría esperar, existen interacciones importantes entre el estrés, la categoría profesional y el género. Sin embargo, hay menos estudios de estos aspectos en mujeres. Otros aspectos del estrés como la hostilidad, apuntan hacia a una relación distinta entre el estrés y la cardiopatía isquémica según el género. Así, la exteriorización de la hostilidad es un factor de riesgo en los hombres, mientras su supresión parecería ser un factor de riesgo en las mujeres según el estudio americano de Framingham. Otros estudio suecos mostraron que ambos sexos mostraban aumentos de la presión arterial durante las horas de trabajo, pero mientras que al cabo de pocos minutos de llegar a casa, la presión descendía en los hombres, en las mujeres persistía alta durante muchas horas.

Se requiere mayor profundización científica sobre las conductas y mecanismos biológicos implicados para que el estrés causa una enfermedad cardiovascular, es decir, si lo hace a través de los factores de riesgo arriba descritos (por ejemplo, el tabaco) o a través de otros. Las personas sometidas a estrés tienden a una alimentación desequilibrada, pueden empezar a fumar o fumar más que otras personas que no tienen estrés. Pero el estrés podría también actuar por mecanismos independientes de los factores de riesgo conocidos. Existe una cierta evidencia de que otros factores psicosociales como los conflictos emocionales, la depresión y la ansiedad también contribuyen a un peor perfil de riesgo cardiovascular. El cuidado de éstos factores es especialmente importante en la prevención secundaria (después de un infarto o angina, para evitar otro episodio o su progresión) para conseguir un buen control de los factores de riesgo clásicos.⁷²

J. FACTORES CARDIOVASCULARES EXCLUSIVOS DE LA MUJER

a) Contraceptivos orales

Las píldoras anticonceptivas aumentan ligeramente el riesgo de infarto de miocardio en las mujeres antes de la menopausia, especialmente por encima de los 35 años de edad. Pero este riesgo aumenta de forma espectacular si la mujer es fumadora, diabética o hipertensa. Los anticonceptivos orales más modernos con menores dosis

⁷² http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

de estrógenos y progestágenos tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular que los anticonceptivos de vieja generación, excepto para las mujeres que fuman o tienen hipertensión. Aunque la recomendación de no fumar es para todo el mundo, en la mujer que esté tomando la píldora debería recomendarse de forma especial.

b) Estrógenos endógenos

Se cree que la baja frecuencia de la enfermedad coronaria en las mujeres debida a que los niveles endógenos de las hormonas femeninas (estrógenos) confieren una protección especial al árbol circulatorio, a través de mecanismos biológicos complejos. Así, por ejemplo, los estrógenos favorecen la vasodilatación arterial y por tanto evitan la hipertensión, y también favorecen el perfil lipídico (colesterol y otros lípidos de la sangre) elevando el colesterol HDL. Esta ventaja va desapareciendo paulatinamente después de la menopausia al disminuir el nivel de estrógenos, y el riesgo cardiovascular va aumentando. Si la menopausia está producida por la extirpación quirúrgica del útero y los ovarios, el riesgo de infarto aumenta en gran medida. Si la menopausia ocurre de forma natural, el aumento del riesgo es más moderado y progresivo.⁷³

⁷³ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Los factores de riesgo no modificables identifican a aquellos sujetos que tienen un riesgo más elevado de desarrollar las ECV y que pueden beneficiarse de un control más riguroso de los factores modificables.

En este sentido, Braunwald, E. (1997), al referirse a los factores de riesgo señala que:” Los factores de riesgo como antecedentes familiares, edad, sexo, no se modifican, pero su identificación permite reafirmar la evaluación del perfil de riesgo de las enfermedades cardiovasculares”(p.1255).

Por ello es importante que las personas que están en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengan información sobre dichos factores, ya que de esta manera pueden tomar medidas preventivas.⁷⁴

K. EDAD

Aunque las enfermedades cardiovasculares no son causa directa del envejecimiento, son más comunes entre las personas de edad avanzada. Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo.⁷⁵

La arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar entre 20 y 30 años llegar al punto de donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardíaco u otros síntomas. Sin embargo, las ECV no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo, por lo que las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se produce en personas mayores de 65 años de edad.⁷⁶

Con la edad, la actividad de 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.

⁷⁴<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/433/1/Practica%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Prevencion%20de%20Factores%20de%20Riesgo%20Cardiovasculares.pdf>

⁷⁵ <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

⁷⁶ <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

L. SEXO

Los ataques al corazón en personas jóvenes son sufridos principalmente por los varones, y aumenta en forma lineal con la edad. 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 entre tres y cuatro veces más. A partir de la menopausia, los índices de enfermedades cardiovasculares son solo el doble en hombres que en mujeres de igual edad.⁷⁷

En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares.⁷⁸

⁷⁷ <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1231/1/34T00224.pdf>

⁷⁸ http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm

2.3 ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

La historia familiar constituye un factor de riesgo independiente con una fuerza de asociación similar a la del tabaco, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia⁴⁹. La mayor susceptibilidad genética para padecer enfermedad coronaria u otras presentaciones clínicas de la arteriosclerosis tiene su traducción bioquímica, apareciendo en forma de dislipidemias, resistencia a la insulina, niveles altos de fibrinógeno, homocisteinemia o lipoproteína a. La aparición de enfermedad vascular precoz en los progenitores suele ser un marcador de afectación temprana en la siguiente generación.⁷⁹

Los hijos/as de padres con cardiopatía isquémica, especialmente si esta ha sido prematura (padres antes de los 65 años, madres antes de los 55 años) o con hipertensión arterial tienen mayor probabilidad de desarrollarla. Existen formas minoritarias de colesterol muy elevado (por encima de los 350 mg/dl) llamadas hipercolesterolemia familiar, que son debidas a trastornos hereditarios y que conllevan un riesgo muy elevado, incluso antes de la menopausia.⁸⁰

El aspecto hereditario de los trastornos coronarios ha sido objeto de numerosos estudios, la influencia genética desempeña un papel importante, sobre todo, en los casos de aparición precoz de la enfermedad; no obstante el riesgo de heredar la enfermedad varía ampliamente de unas familias a otras, dependiendo de la causa subyacente. Algunas influencias genéticas en el riesgo de enfermedad coronaria están mediadas vía reactividad, los resultados en gemelos y estudios familiares sugieren efectos genéticos significativos en responsividad cardiovascular al estrés (Ditto, 1993).

La historia parental es un factor de riesgo subsecuente de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Por ejemplo, la reactividad de los lípidos al estrés debe ser biológicamente importante. Una historia parental positiva tiene significativamente valores más altos de lipoproteínas de baja densidad, presión arterial diastólica, presión arterial sistólica, colesterol total y valores más bajos de lipoproteínas de alta densidad.⁸¹

⁷⁹ <http://www.uax.es/publicacion/la-aterosclerosis-como-desencadenante-de-la-patologia-cardiovascular.pdf>

⁸⁰ http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm

⁸¹ <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11006/ConesaSanchez04de10.pdf;jsessionid=A1EF44CF C1DFF5DF362852FA546728D0.tdx2?sequence=4>

2.4 ADULTO JOVEN

La etapa del adulto joven comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. La crisis experiencial o de realismo es la que se da entre la adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media.

En la adultez joven hay que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.). El rol activo que se asume es el término de la moratoria psicosocial (según Erikson). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos.

2.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO JOVEN

- Es la etapa en que el ser humano toma las decisiones más fundamentales de su vida.
- Es el período del galanteo y de la vida familiar.
- El adulto joven debe buscar su auto-definición, independizándose gradualmente de sus padres.
- Desarrolla sus propios valores y toma sus propias decisiones.
- Alcanza su identidad
- Asume responsabilidades
- Acepta las consecuencias de sus decisiones
- Capacidad de vivir íntimamente con una persona del sexo opuesto
- Piensa en la formación de una Familia.
- Elección de profesión y/o trabajo.

2.4.2 DESARROLLO PSICOSOCIAL

Según E. Erickson el adulto joven enfrenta la intimidad versus el aislamiento en donde la gran tarea es: ser capaz de comprometerse con otro.

Según Schwartz las personas solteras pueden tener 6 estilos de vida:

- La profesional: que tienen planificada toda su vida y se dedican al trabajo y al estudio.
- La social: que se dedican a las relaciones. interpersonales, individualista que se concentran en si mismo.
- La activista: los cuales se dedican a la política
- El pasivo: que tienen una visión negativa de la vida.
- Los asistenciales: a los cuales les gusta servir a otros.

2.4.3 DESARROLLO AFECTIVO

El adulto joven comienza a superar el egocentrismo de la etapa anterior y logra colocarse en el lugar del otro, compartir experiencias y comportarse de una manera altruista, que le permite establecer una relación de pareja responsable y asumir una posible paternidad.

Al encontrar su identidad permite la fusión con otro, ya sea laboral o afectivamente ya posee la capacidad de adaptarse y de afiliarse.

Walster plantea que pueden existir en las parejas dos tipos de amor:

Apasionado: Se caracteriza por una confusión de estados emocionales, hay ternura, pasión y alegría, sin embargo, genera mucha ansiedad y dependiendo de la estructura de personalidad se manifiestan sentimientos. Es característico de la juventud.

Compartido: Es un amor más profundo, donde hay compromiso, se comparte, se toman decisiones en conjunto con el otro en cuanto a la relación afectiva y existe conciencia de la relación afectiva que se tiene.

Se espera que en el adulto joven temprano desarrolle un amor compartido, donde se sabe administrar la relación de pareja.

2.4.4 DESARROLLO LABORAL

En el ámbito laboral, el adulto joven se enfrenta con la tarea de establecer una identidad laboral adulta. La transición desde el aprendizaje y el juego al campo laboral puede ser gradual o abrupta, pero en algún momento del segundo decenio de la vida, el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica.

2.5 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La mortalidad por ECV, en la mayoría de los países a nivel mundial. En Ecuador la primera causa de muerte y de preocupación a nivel mundial, es la diabetes mellitus, la segunda causa está constituida por las enfermedades cardiovasculares relacionadas con las malas condiciones de vida.

Tradicionalmente las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor frecuencia en hombres mayores de 45 años y mujeres de más de 65, sin embargo en el Ecuador son cada vez más las personas entre 35 y 49 años de edad, tanto hombres como mujeres que presentan enfermedades como Diabetes, hipertensión, obesidad, síndrome metabólico, que generan patologías y muertes de origen cardiovascular. (Diario “El Expreso”, 29 de marzo 2009).

En Ecuador las enfermedades cardiovasculares (donde la diabetes también tiene su responsabilidad) durante 2006 las principales causas de muertes fueron las enfermedades cerebro vasculares con un porcentaje del 5,5%, seguido de la neumonía con un 5,3% y diabetes mellitus 5,1%, mientras que en 2009 la diabetes mellitus alcanzó el 6,8%, en segundo lugar las enfermedades cerebro vasculares 6,3% y tercero los accidentes de tránsito 5,4%, según cifras entregadas por el área de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Inec) las principales causa de mortalidad en general en 2010, son las enfermedades hipertensivas con el 7%, la diabetes 6,5%, la neumonía 5,4%, los accidentes de tránsito 5,4%, cerebro vasculares 5,3%, homicidios 3,8%.

Se calcula que 35 millones de defunciones en el mundo fueron causadas por estas enfermedades, que corresponden al 60% del total mundial de defunciones. 80% de estas muertes suceden en países de bajos y medianos ingresos. 16 millones corresponden a personas menores de 70 años.

De acuerdo a los reportes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), provocan el fallecimiento de 10.000 personas al año; de 28 cada día y de una cada 50 minutos.

Las de mayor incidencia son la enfermedad cerebro vascular, la diabetes mellitus, la hipertensión y el infarto.

En Ecuador la esperanza de vida para el año 2010 era de 75 años, pero el 46.13% de las muertes fueron originadas por enfermedades cardiovasculares, y de las cuales, el 60,8% se dan antes de esa edad. (INEC. Anuario de Estadísticas Vitales. Defunciones. Año 2010).

2.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ENFERMERÍA

La educación para la salud puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que el (la) paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud. También se puede entender como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud. La educación para la salud tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud.⁸²

La educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene por objeto la promoción de la salud, siendo el (la) profesional de salud el principal mediador para que esto ocurra. Su misión es ayudar a la gente a mejorar sus conocimientos y técnicas sobre salud. Al desarrollar actividades de educación, las enfermeras, los médicos, nutricionistas y otros profesionales pueden aumentar la eficacia de la atención de salud a través de las numerosas oportunidades que tienen mientras tratan a los pacientes. Los profesionales de la salud a través de la comunicación que logran establecer con los receptores, pacientes, familias o comunidades, pueden equiparlas con los hechos, ideas y actitudes que necesitan para adoptar decisiones informadas sobre su propia salud. En la medida que se logra una comunicación efectiva el mensaje transmitido no sólo es escuchado, sino que también comprendido y creído para iniciar un cambio.⁸³

La promoción de la salud es uno de los procesos de intervención más eficiente que tiene la enfermería para brindar una asistencia de calidad para promover la salud en usuarios con factores de riesgo cardiovasculares, por ello es importante establecer que la asistencia de enfermería este acorde con las necesidades del usuario así como lo señalan Iyer, P., Taptich. B. y Bernochi, D. (1995):

⁸² http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200007&script=sci_arttext

⁸³ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200007&script=sci_arttext

Las estrategias de educación que se utilizan deberán ser individualizadas según las necesidades del cliente y el tipo de objetivos deseados a menos los objetivos de conocimientos exigen el dominio de ellos y conceptos.

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación que describe la OMS, pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz.⁸⁴

El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, debe estar relacionado con los problemas concretos que las personas enfrentan diariamente y, por lo tanto, el programa educativo debe estar orientado a ayudarlos a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere. Los problemas de salud y necesidades detectadas por los profesionales pueden ser diferentes a los que la comunidad cree tener.⁸⁵

(Pter, P. y Perry, A, 2002) Señalan que, la promoción de la salud está orientada a incrementar el estado de bienestar de las personas:

Las enfermeras enfatizan la promoción de salud, las estrategias de aumento del bienestar y las actividades de prevención de enfermedades como formas importante de atención sanitaria, dado que ayudan al usuario a mantener y a mejorar su salud, las actividades de promoción de salud motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar estados de salud más estables (p.10).

En la práctica de enfermería fomentar la educación para la salud es fundamental para poder promocionar estilos de vida para que sean saludable y poder controlar los factores de riesgo, dirigidos a los usuarios que acuden a los establecimientos dispensadores de salud, así como también a las comunidades. Pero una vez que los usuarios se encuentren bajo control, específicamente en consultas, la función asistencial y docente de la

⁸⁴ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200007&script=sci_arttext

⁸⁵ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200007&script=sci_arttext

enfermera debe orientarse hacia un plan que tenga como objetivo informar sobre los medios para controlar el déficit de conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares así como también conocer los factores de riesgo para evitar o controlar estas enfermedades.⁸⁶

(Ptter, P. y Perry, A, 2002) En relación a la función docente de la enfermera refieren que:

La enfermera docente explica a los clientes conceptos y hechos sobre la salud, demuestra procedimientos como las actividades de autocuidado, determina que el cliente entienda completamente, refuerza el aprendizaje o la conducta del cliente, y evalúa el progreso del cliente en el aprendizaje (p.402).

Una de las principales funciones de la enfermera es la de compensar la incapacidad del usuario mediante la orientación educadora o conocimientos impartidos a través de la educación para la salud. Esta acción permite que los pacientes identifiquen sus propias necesidades, ya que obtiene información detallada acerca de su patología y de los estilos de vida saludable que deben seguir para controlarla.

Las actividades de enfermería tiene como objetivo, fomentar en las personas enfermas o sanas, la capacidad de contribuir a su propia transformación en la tarea de realizar acciones que le ayuden a mantener su vida, su salud y bienestar, al hacerse responsable de su propio cuidado, en respuesta a la información didáctica de la enfermera en el ejercicio de sus funciones.

Los autocuidados consisten en una serie de actividades que se práctica el usuario con la finalidad de preservar su estado de salud, en este sentido Leddy, S. y Pepper, S. (1989) señalan que los autocuidados son: “*Actividad que realiza una persona por sí mismo (cuando puede hacerlo), y que contribuya a su salud*” (165). La responsabilidad de la enfermaría se basa en el fomento del autocuidado; su práctica se caracteriza por ser una labor con acciones educativas continuas y progresivas al usuario con enfermedades cardiovasculares, a través de un proceso de intervención pedagógicas el cual se orienta para que el usuario se concientice de la importancia de mantener y conservar la salud. Por consiguiente, los autocuidados son habilidades que se desarrollan a lo largo de la

⁸⁶<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/433/1/Practica%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Prevencion%20de%20Factores%20de%20Riesgo%20Cardivasculares.pdf>

vida de las personas y que son indispensable cuando existe un problema de salud, como son las enfermedades cardiovasculares, consideradas crónicas, donde la intervención de enfermería es evitar las complicaciones que deteriore la salud del usuario; aprendiendo a controlar la enfermedad para el pleno disfrute de la vida y en consecuencia realizar sus actividades rutinarias de forma satisfactoria.

En este sentido, la enfermera debe cumplir actividades de educación para la salud para fomentar el autocuidado, que según Marriner, A. y Raile, M. (1999): “... *Es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada... con el fin de mantener su vida y su estado de salud*” (181). Como puede verse el autocuidado debe ser ejecutado por cada persona, de tal manera que la enfermera a través de sus actividades de educación para la salud debe proporcionarle información al usuario con enfermedades cardiovasculares para que este tenga conocimiento sobre los factores de riesgo y de esa forma pueda desarrollar estilos de vida saludables que lo conduzcan a controlar su enfermedad y evitar complicaciones.

2.6.1 ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Las acciones preventivas que realiza el profesional de enfermería promueven la salud y previenen la enfermedad para evitar la necesidad de una atención aguda o rehabilitadora. La prevención incluye la valoración y la promoción del potencial de salud del usuario, la aplicación de las medidas prescritas, la educación para la salud y la identificación de factores de riesgo para traumatismo y/o enfermedades.⁸⁷

De acuerdo a Long, B., Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1997), refieren que:

La prevención se refiere a las actividades dirigidas a proteger a las personas de las amenazas potenciales a la salud y las consecuencias subsecuentes. En otras palabras, prevenir significa inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros (p.5).

En este aspecto, se evidencia la importancia de la orientación preventiva por parte del personal de enfermería ya que se considera, por su carácter continuo cooperativo e integral que se ajusta a las necesidades de la educación por lo cual se le puede considerar como una herramienta insustituible dentro de la actividad que conduce a

⁸⁷<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/433/1/Practica%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Prevencion%20de%20Factores%20de%20Riesgo%20Cardiovasculares.pdf>

modificar los factores de riesgo para poder evitar la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares.

En este orden de ideas uno de los mayores indicadores para la aparición de enfermedades cardiovasculares, es el desconocimiento o control de los factores de riesgo que puede alterar el estado de salud; por ello es importante la orientación que puede darse en un programa de educación para la salud, dirigido a los estilos de vida que deben promocionarse y a las medidas preventivas que se deben realizarse en a las enfermedades cardiovasculares, ya que algunos síntomas y signos pueden ocurrir de manera silente. Por lo tanto es responsabilidad del equipo de salud y especialmente el personal de enfermería quien debe realizar acciones educativas para orientar a los usuarios y a la población en general lo relacionado a el autocuidado que debe practicar para evitar y/o controlar las complicaciones propias de las enfermedades cardiovasculares.

En este sentido, Braunwald, E. (1997), al referirse a los factores de riesgo señala que:” *Los factores de riesgo como antecedentes familiares, edad, sexo, no se modifican, pero su identificación permite reafirmar la evaluación del perfil de riesgo de las enfermedades cardiovasculares*”(p.1255). Por ello es importante que las personas que están en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular tengan información sobre dichos factores, ya que de esta manera pueden tomar medidas preventivas.

La comprensión de los factores de riesgo, las conductas, la modificación de los factores de riesgo y la modificación del comportamiento son componentes integrales de las actividades de promoción de la salud, bienestar y prevención de enfermedades.

2.6.2 ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La salud puede estar influida por prácticas individuales, como malos hábitos de alimentación y poco o ningún ejercicio; también puede estar afectado por factores físicos, como un mal ambiente, la exposición a contaminantes del aire y un entorno inseguro. Los aspectos hereditarios y psicológicos, como factores emocionales, intelectuales, sociales, de desarrollo y espirituales, también pueden influir en el estado de salud. A tal efecto Du Gas, B. (2000) refiere:

“Que conocer el estilo de vida de la persona es importante en la valoración clínica, ya que proporciona a la enfermera información necesaria para planificar la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud” (p.105).

Muchas actividades, hábitos y prácticas implican factores de riesgo. El estilo de vida y los comportamientos también pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud. La práctica con posibles efectos negativos son factores de riesgo; incluyen el exceso de alimentación o mala nutrición, el descanso y el sueño insuficientes, el hábito de fumar, el abuso de alcohol y las actividades físicas que implican riesgo de lesión como saltos, escaladas de montaña; algunos hábitos son factores de riesgo para enfermedades específicas. Estos factores de riesgo en el estilo de vida han conseguido un aumento de atención, dado que se sabe que muchas de las principales causas de muerte están relacionadas con pautas o hábitos de estilo de vida. La enfermera puede educar a los usuarios, familia y comunidad en comportamiento de estilo de vida promotores de bienestar.

Los programas de salud están dirigidos a individuos que están cambiando sus estilos de vida mediante el desarrollo de hábitos que pueden mejorar su estado de salud.

Es importante la educación que deben recibir los usuarios respecto al régimen alimenticio, ya que los excesos en la alimentación y el desequilibrio de ciertos componente de los alimentos, así como las deficiencias de nutrientes, son motivos de preocupación en las entidades de salud. Al respecto Long, B., Phipps, W y Cassmeyer, V. (1997), Refieren:

Las directrices para la dieta son instrucciones generales para ayudar a las personas a seguir una dieta saludable. Estas directrices están dirigidas no solo a la promoción general de la salud sino también a la reducción de los riesgos de enfermedades. Por tanto, reflejan la importancia que se le da en la actualidad a la prevención de enfermedades importantes como la del corazón (75).

Un **descanso y un sueño** apropiado son tan importantes para la salud como una buena nutrición o ejercicio adecuado. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas básicas. De acuerdo Potter, P. y Perry, A. (op. cit.) definen al sueño como:

“Un proceso fisiológico cíclico que alterna con varios periodos de vigilia, este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta” (p.1274).

Para la enfermera identificar y tratar las alteraciones de los patrones de sueño, es un objetivo importante ya que de esta manera ayuda a los usuarios.

El descanso es esencial para la salud por que restablece la energía de la persona, permitiendo que el sujeto recupere un funcionamiento óptimo, a continuación Kozier, B., Erb, G., Berman, A. y Snyder, S. (op. cit.). Refieren: *“El descanso implica calma, relajación sin estrés emocional, y estar libre de ansiedad” (p. 1219).*

Proporcionar un ambiente tranquilo para los usuarios es una función importante para el personal de enfermería.

2.7 HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA

El Hospital Provincial General “Delfina Torres de Concha”, se encuentra ubicado en el sector norte de la ciudad de esmeraldas en las calles Av. Libertad y Manabí.

Inició sus labores el 23 de marzo de 1936, en el mismo lugar donde se encuentra actualmente ubicado. El 24 de diciembre de 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por una persona que sufría de trastornos mental, quien aseguraba ser el dueño del hospital, luego de este suceso, por disposición del ministerio de salud, la atención por ese tiempo se brindaba en las instalaciones del Hospital Franklin Tello, construido por esa época. Fue reinaugurado por el Dr. Francisco Huerta Montalvo quien fuera el ministro de salud de la época el 22 de Noviembre de 1982.

En la actualidad, debido a la gran demanda del usuarios en buscar de atención médica especializada, procedentes de los diferentes cantones de la provincia, fue necesaria su repotenciación integral, con la finalidad de brindar una mayor calidad de atención a los usuarios, se realizaron intervenciones en la estructura física de ésta Institución desde Diciembre del año 2011, la misma que concluyo en su primera etapa el año 2013, siendo el 2 de mayo la reinauguración de las áreas de Emergencia, Consulta Externa y Laboratorio clínico. El 28 de enero del año 2014, se reinaugararon los servicios de ginecología, neonatología, centro obstétrico y centro quirúrgico, culminado así la segunda parte de la repotenciación integral de la institución.

MISIÓN

El Hospital “Delfina Torres de Concha” de la ciudad de Esmeraldas, es una institución parte de la red de servicios del MSP, que está ubicado en el cantón de Esmeraldas, Provincia, es de segundo nivel de referencia, que promueve condiciones de vida saludable a la población, con cuatro especialidades básicas y sub-especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico, que brinda atención de promoción, curación y rehabilitación. Cuenta con una organización por servicios y procesos enfocada al usuario, que coordina con la red, cumpliendo normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, con recurso humano preparado para atender con eficiencia, oportunidad, calidad y calidez.

VISIÓN

El Hospital Provincial en Esmeraldas, para el 2015 será una unidad de salud básica que contará con tecnología de alta resolutivez con personal calificado y motivado, alto grado de empoderamiento de sus funcionarios, infraestructura física adecuada de acuerdo a la normativa establecida por el MSP y a su nivel de complejidad, equipamiento de tecnología avanzada, que garantice la atención permanente y de salud integral de conformidad con los protocolos establecidos y en relación con el perfil epidemiológico del entorno; Atención oportuna con eficiencia, eficacia, calidez y calidad, con financiamiento del estado, trabajo en equipo, bajo principios de solidaridad; que impulse la investigación científica; con gestión gerencial que responda a las necesidades de los usuarios externos e internos.

2.7.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El hospital Delfina Torres de Concha, buscamos proporcionar con excelencia servicios médicos para restablecer en el más alto nivel posible, con eficiencia y calidez, la salud de los usuarios, haciendo uso de tecnología de punta, el mejor recurso humano y los mejores insumos y productos del mercado, para cual presta atención de salud en las siguientes áreas:

- Emergencia
- Consulta Externa
- Hospitalización
- Centro Quirúrgico
- Registros Médicos y Estadística
- Laboratorio clínico
- Trabajo Social

2.7.2 ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

En términos generales, la consulta externa es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidad.

La consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha es el departamento por medio del cual se proyecta a la población, ofreciendo atención médica como institución de referencia al tercer nivel de complejidad. Sin embargo, también funciona como servicio de segundo nivel por factores educacionales o culturales.

La consulta ambulatoria trabaja en coordinación (interdepartamental) con las Jefaturas de departamentos de Enfermería, Registros Médicos, Trabajo Social, Imágenes, Laboratorio, Odontología, Hospitalización, Cirugía General y de Especialidad, Emergencia y demás departamentos médicos; además de unidades de apoyo como la Unidad Financiera, departamento de Talento humano, y otros.

Integración del Área de consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha

Especialidades:

- Ginecología
- Cardiología
- Cirugía General
- Odontología
- Traumatología
- Pediatría
- Psicología
- Oftalmología

ÁREA DE CARDIOLOGIA EN CONSULTA EXTERNA

El área de consultas externas de Cardiología se compone de diferentes consultas de Cardiología.

Estas consultas son de Cardiología clínica general y se encargan de la asistencia de los pacientes derivados desde Atención Primaria así como de las revisiones generadas tras las altas hospitalarias o de urgencias. Estas consultas funcionan como de acto único o alta resolución permitiendo la realización de ecocardiogramas, electrocardiogramas, rx tórax, en un escaso tiempo tras la consulta.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

CUALITATIVO: Se logró determinar Conocimientos y Actitudes de prevención frente al desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares

CUANTITATIVO: Se recolectaron datos estadísticos sobre el conocimiento, práctica y actitud de los usuarios acerca de la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, lo que permitió realizar un análisis de la incidencia y prevalencia de las enfermedades en estudio y de esta forma implementar estrategia de prevención de las mismas.

DOCUMENTAL: Este tipo de estudio permitió realizar un registro visual mediante fotografías, capaz de plasmar los momentos más relevantes de la investigación, durante el proceso de recolección de datos, de tal forma que sirva como una herramienta informativa para futuras investigaciones y sociedad en común.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio con el cual se manejó esta investigación fue de tipo analítico, Descriptivo y Correlacional.

ANALÍTICO: Permitted analizar los antecedentes patológicos personales y familiares de los participantes, de la misma forma los métodos de prevención que son empleados por los usuarios, así como los métodos y prácticas de educación al usuario, empleados por el personal de enfermería en el área de consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha.

DESCRIPTIVO: Permitted describir los conocimientos, prácticas y actitudes que los usuarios y personal de Enfermería tienen frente a los factores de riesgo, a la vez que se recogió, organizó, resumió y se generalizó los resultados de las observaciones y encuestas que se realizaron dentro de la institución.

CORRELACIONAL: Porque permitió relacionar las variables del Desarrollo de Enfermedades cardiovasculares en el adulto joven de 25 – 40 años, así como los factores de riesgo, sociales, ambientales, psicológicos, de mayor prevalencia, a los que se encuentra expuesta la población de estudio, que recibió atención, en la consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha.

3.3 TIPO DE DISEÑO

TRANSVERSAL: Permitió recolectar información en el periodo de tiempo desde el segundo trimestre del año 2014, lo que posibilitó la aplicación de las técnicas de recolección de datos, por medio de las que se consiguieron datos estadísticos precisos acerca de la problemática, al mismo tiempo se pudo interpretar los resultados e implementar medidas que conlleven a cumplir los objetivos planteados, esta investigación requirió la recopilación de datos de los pacientes adultos jóvenes con diagnóstico enfermedad cardiovascular que asiste a la consulta externa de Hospital Delfina Torres de Concha.

3.4 ÁREA DE ESTUDIO

UBICACIÓN: La investigación se realizó en la ciudad de Esmeraldas en la Consulta Externa en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

UNIVERSO: Se tomó como universo a todos los hombres y mujeres, entre personal de salud, usuarios, familiares que recibieron atención médica en la Consulta Externa en medicina interna y cardiología del Hospital Delfina Torres de Concha.

POBLACIÓN: 50 total de adulto joven con diagnóstico de enfermedad cardiovascular y sus complicaciones, que son atendidos en el Hospital Delfina Torres de Concha, por medio de las historias clínicas, y encuesta a los usuarios.

MUESTRA: Usuarios Adultos jóvenes entre 25 a 40 años con diagnóstico de enfermedades cardiovascular. Se trabajó con una muestra de 37 personas (n=37).

TIPO DE MUESTREO: Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual permitió seleccionar los pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de hipertensión al azar.

3.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

OBSERVACIÓN DIRECTA: Se aplicó a todo el entorno donde se desenvuelven tanto los pacientes como los profesionales de la salud.

ENTREVISTA: Estuvo dirigida al personal de salud que brinda cuidados directos (especialistas) a los usuarios de la consulta externa.

ENCUESTA: La encuesta consistió de 20 preguntas de opciones múltiples y fue aplicada directamente a los usuarios que recibieron atención en la consulta externa del hospital Delfina Torres.

Tuvo una duración de 15 a 20 minutos para que fueran respondidas con tranquilidad.

REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA: Técnica de recolección de datos de tipo retrospectivo, que nos permitió, obtener información veraz de los antecedentes patológicos personales y familiares de los usuarios, que recibieron atención.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Jóvenes adultos de 25 a 40 años de edad, que libre y espontáneamente decidieron participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Todas las personas que no reciben atención en cardiología y los que no quisieron participar de la investigación.

3.6 VARIABLES DE ESTUDIO

3.6.1 DEPENDIENTES

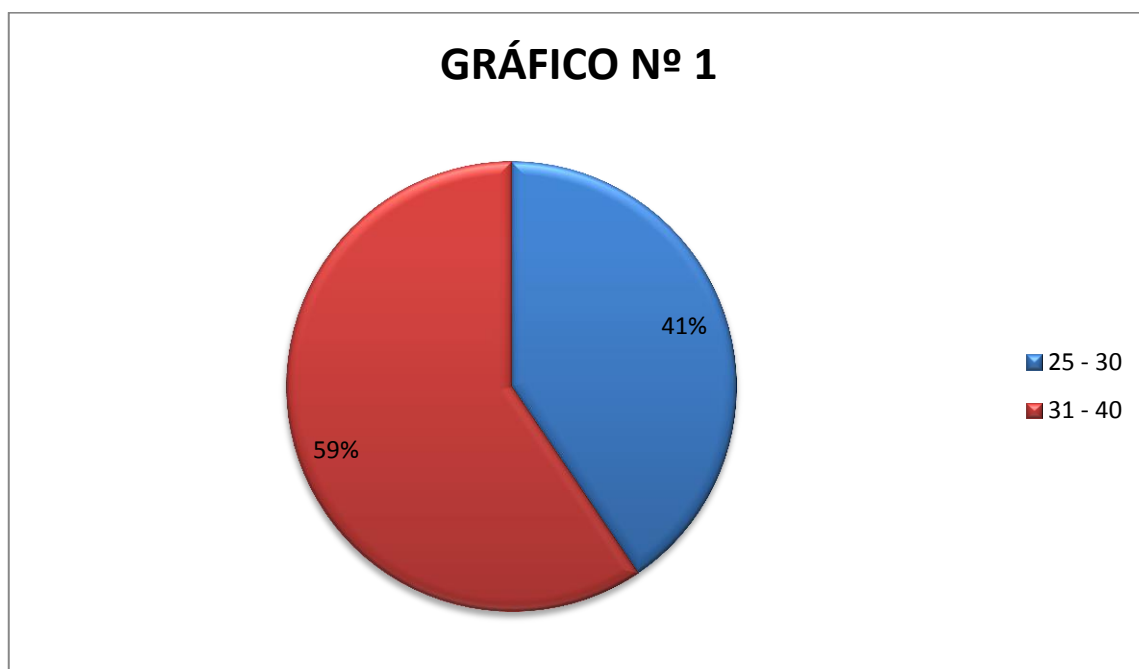
Enfermedades cardiovasculares

3.6.2 INDEPENDIENTES

- Condicionantes de salud en el desarrollo de ECV.
- Antecedentes patológicos personales y familiares.
- Adulto-joven
- Incidencia y prevalencia de ECV.
- Consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha

1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EDAD DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO 2014.

GRUPOS DE EDADES	CANTIDAD	%
25 a 30 años	15	41%
31 a 40 años	22	59%
Total	37	100%



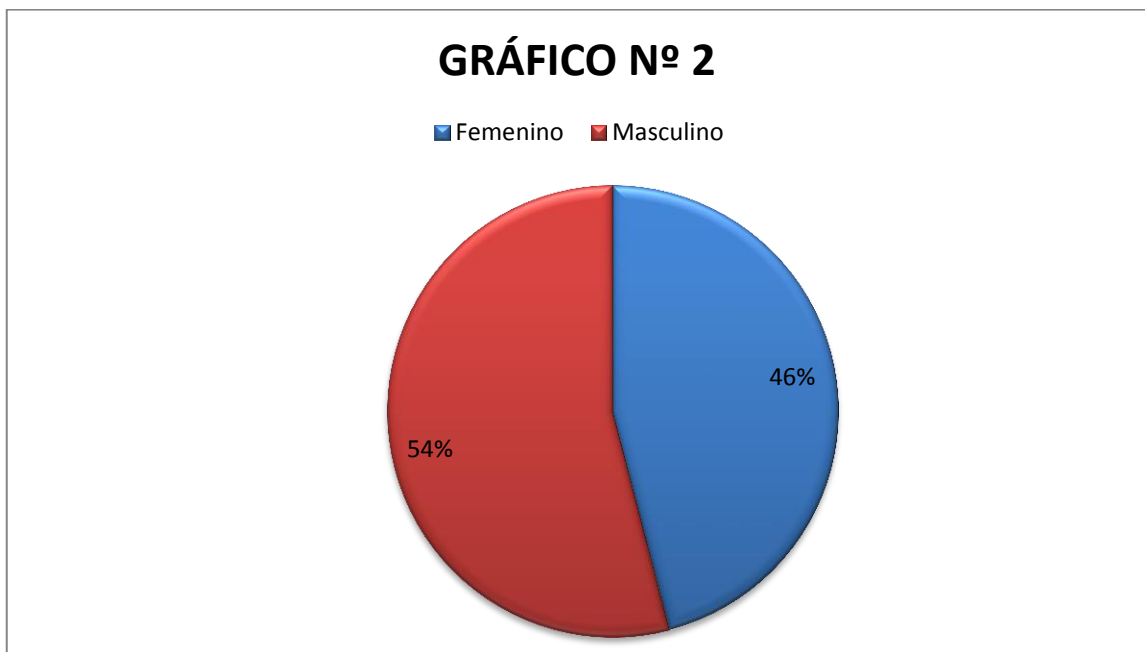
FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACION: Los usuarios seleccionados para la investigación, según el grupo etario, el 100% de los encuestados, comprende un total de 37 usuarios, donde el 59% se encuentran entre los 31 a 40 años, estos resultados reflejan que este grupo mantiene una mayor exposición a los factores de riesgo pre disponente, con relación al 41% de los pacientes que tienen una edad promedio de 25 - 30 años de edad. Estos pacientes tienen una limitada disponibilidad de tiempo para asistir a las consultas, por su extensa actividad laboral, la misma que no ayuda a modificar su estilo de vida.

2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL GENERO DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

GENERO	CANTIDAD	%
Femenino	17	46%
Masculino	20	54%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

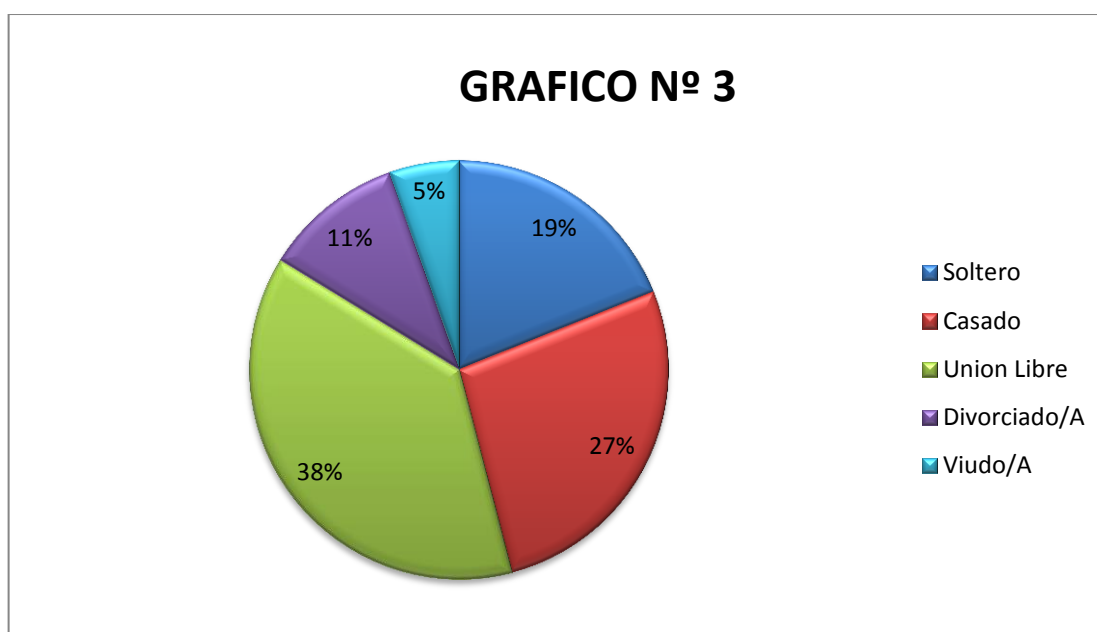
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se obtuvo como resultado que el 46% de los encuestados está representado por el sexo femenino, mientras que el 54% por el sexo masculino.

Según los datos obtenidos, los hombres al igual que las mujeres de la misma edad, se mantienen en constante exposición a los factores predisponentes de ECV, debido a su estilo de vida, lo que provoca serias alteraciones en su estado de salud.

3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	%
Soltero	7	19%
Casado	10	27%
Unión Libre	14	38%
Divorciado/A	4	11%
Viudo/A	2	5%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

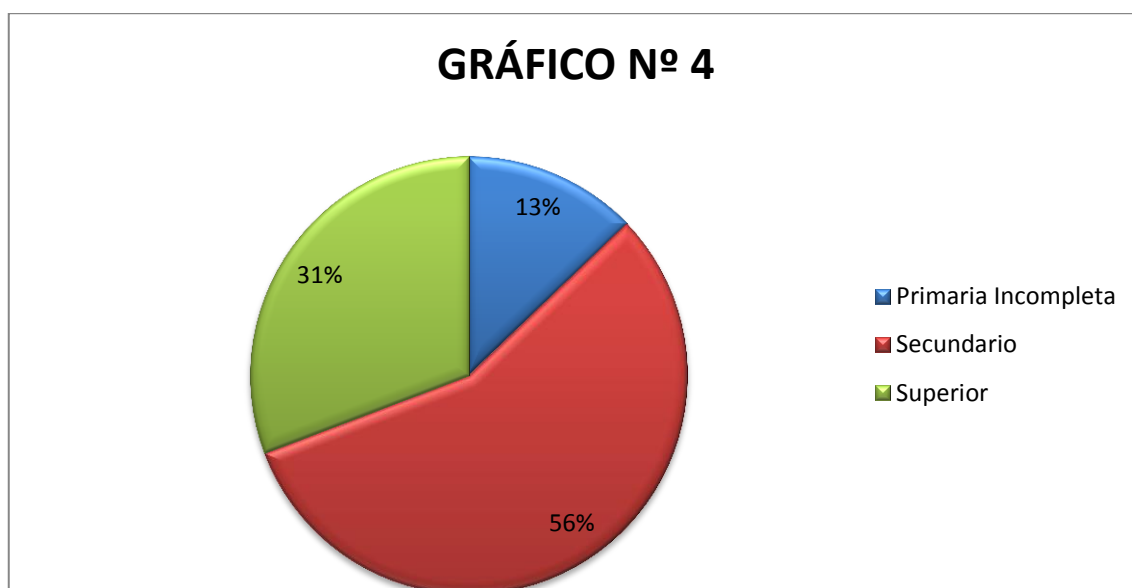
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 38% de los adultos jóvenes encuestados, viven en unión libre, el 27% de los usuarios son casados, el 19% son soltero/as, el 11% es divorciado o separado, y el 5% son viudos.

Podemos decir que un grupo significativo cuenta con una familia constituida, porcentaje que se estiman en el 65% de los encuestados, quienes reflejan un grado de afectación por ECV, mayor que el de los usuarios solteros que reflejan el 35% de los usuarios encuestados. Lo que es bueno para los pacientes que a pesar de tener su estado de salud alterado cuentan con el apoyo de su familia.

4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CANTIDAD	%
Primario Incompleta	5	13%
Secundario	18	31%
Superior	14	56%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

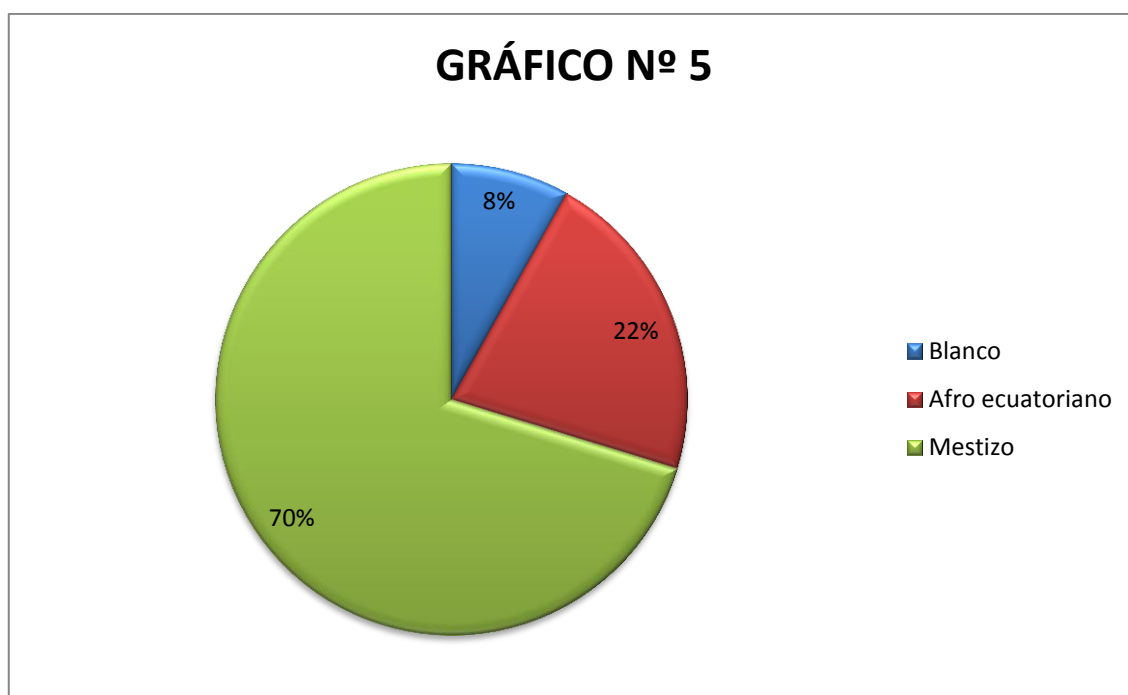
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El total de personas encuestadas refleja que el 56% de la población posee instrucción secundaria, el 31% se graduó y continúa con su preparación académica superior, el 13% de los usuarios tiene solo instrucción primaria inconclusa.

Los resultados reflejan, que el 87% de los encuestados, a pesar de tener un nivel de educación media, tienen un alto grado de desconocimiento acerca de las complicaciones severas que causan las enfermedades cardiovasculares, y la falta de conciencia, estos provoca que los pacientes mantengan una exposición constante a los factores de riesgo cardiovascular, lo que deteriora su salud conllevando a múltiples complicaciones a lo largo de su vida.

5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA ETNIA DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

ETNIA	CANTIDAD	%
Blanco	3	8%
Afro ecuatoriano	8	22%
Mestizo	26	70%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

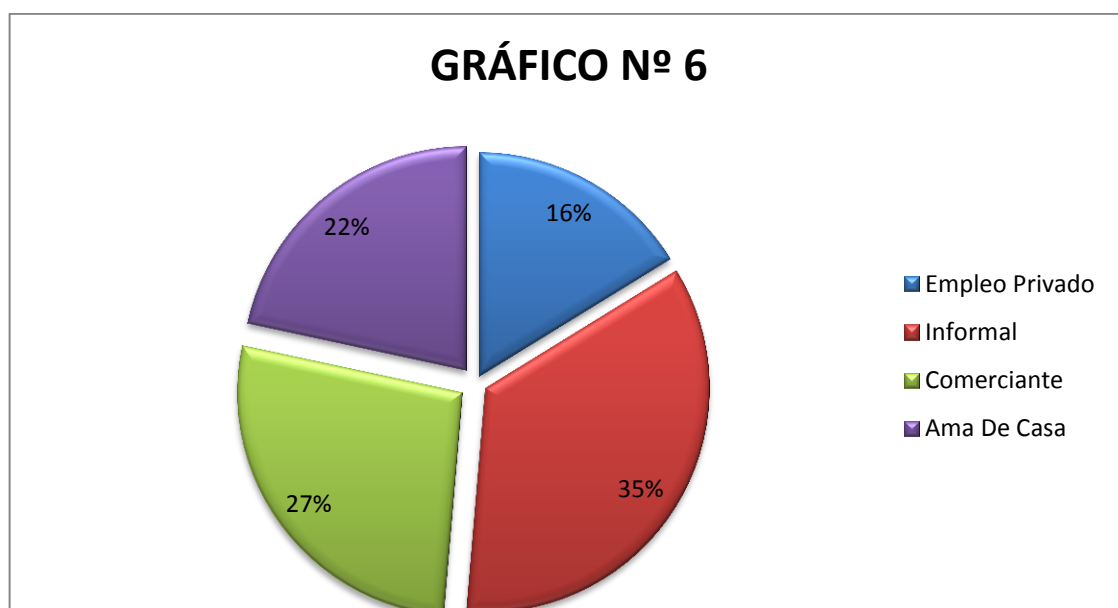
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los pacientes que se atienden en la consulta externa, el 8% de los usuarios son blancos, el 70% de los adultos jóvenes son mestizos, en la actualidad es la etnia de mayor predominio en la ciudad, el 22% es de etnia afro ecuatoriana. Los pacientes con las etnias predominantes son más propensa a desarrollar enfermedades cardiovasculares, debido a su diversidad cultural y gastronómica, en los usuarios de etnia afro tienen una alimentación rica en sodio, lo que los hace más propensos a desarrollar hipertensión arterial y las complicaciones por el inadecuado estilo de vida que llevan las persona de etnia afro y mestiza y la cultura de diversión de los usuarios.

6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA OCUPACION DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

OCUPACION LABORAL	CANTIDAD	%
Empleo Privado	6	16%
Informal	13	35%
Comerciante	10	27%
Ama De Casa	8	22%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

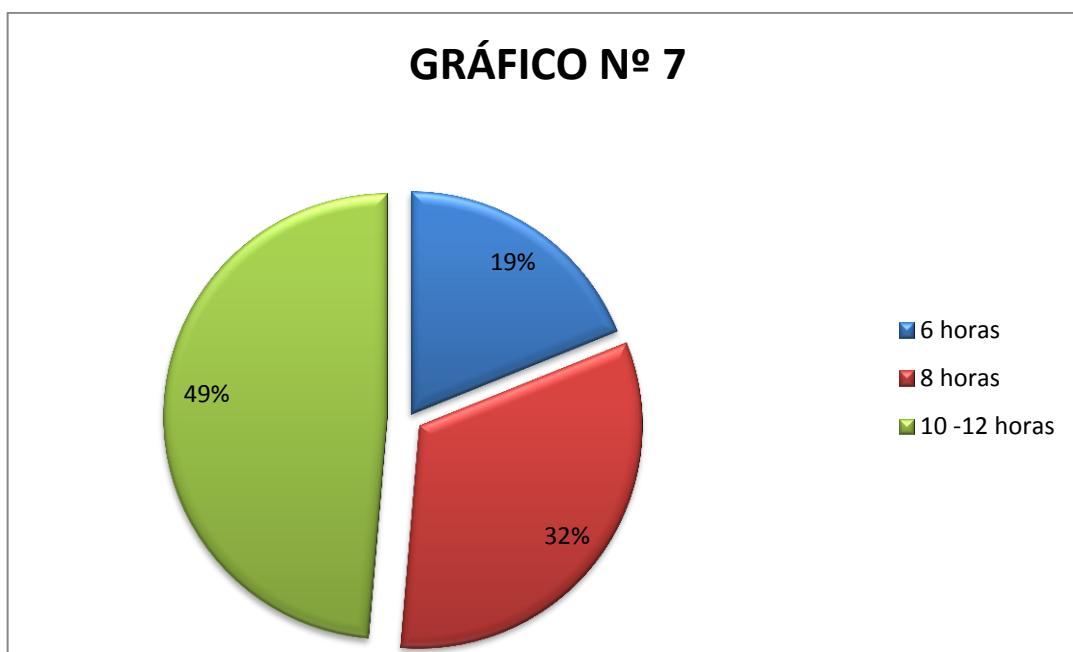
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede apreciar en el gráfico que el 35% de los usuarios realiza trabajos de tipo informal, el 27% refieren ser comerciantes, el 22% de los pacientes respondieron ser amas de casa, el 16% trabajan en empresas privadas como almacenes o tiendas.

El 62% de los usuarios realizan trabajo de tipo informal o algún tipo de comercio, el tipo de práctica laboral que mantienen los pacientes, les permite tener una economía muy dinámica. Su extensa jornada de trabajo obliga a los pacientes a pasar la mayor parte de su tiempo fuera de su hogar, esta situación los condiciona a tener una dieta o ingerir alimentos nada o poco nutritivos, lo que causa una mayor predisposición al desarrollo de ECV.

7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA DURACION DE LA JORNADA LABORAL DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

JORNADA LABORAL	CANTIDAD	%
6 horas	7	19%
8 horas	12	32%
10 -12 horas	18	49%
Total	37	100%



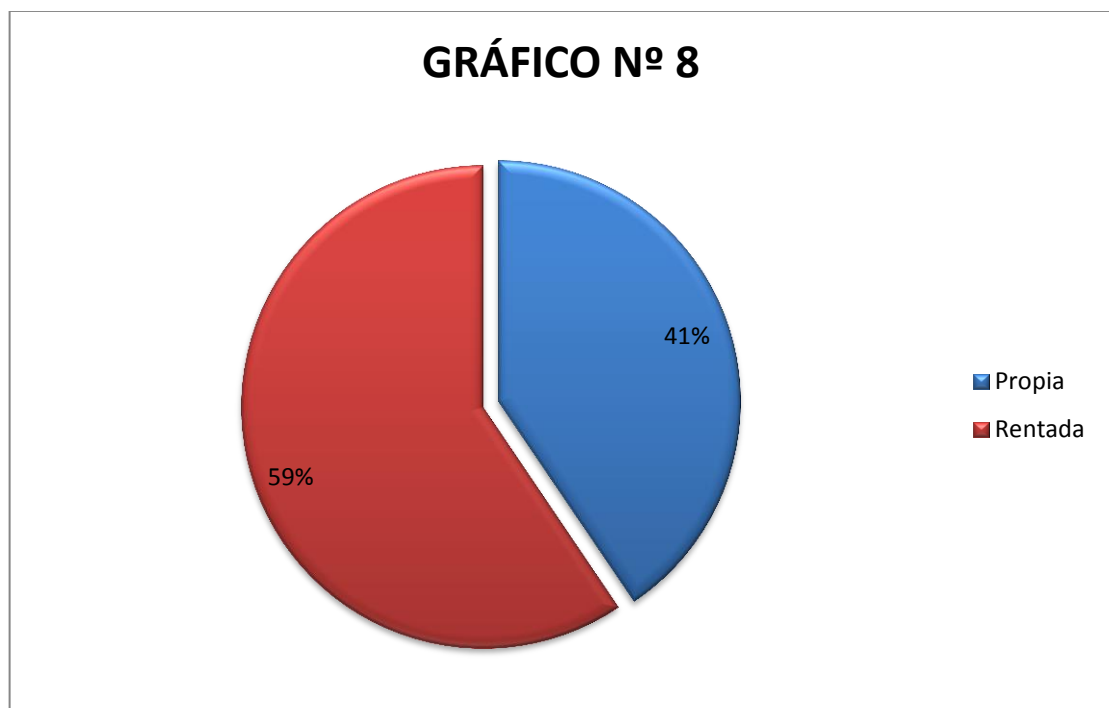
FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto, PUCESE.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El conocer la duración de su jornada laboral permite relacionar su tiempo de trabajo con el tiempo de exposición a los factores de riesgo cardiovascular, como los ambientales y psicológicos, que pueden alterar su estado de salud, y de acuerdo a las horas laborales tenemos que el 49% de los usuarios trabajan de 10 a 12 horas, el 32% trabaja 8 horas, el 19% trabaja 6 horas. Estos datos indican, el tiempo que los pacientes pasan fuera de casa, por su tipo de trabajo lo que les dificulta controlar su salud de forma habitual, situación que les hace vulnerables y más propensos a desarrollar ECV.

8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

TIPO DE VIVIENDA	CANTIDAD	%
Propia	15	41%
Rentada	22	59%
	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

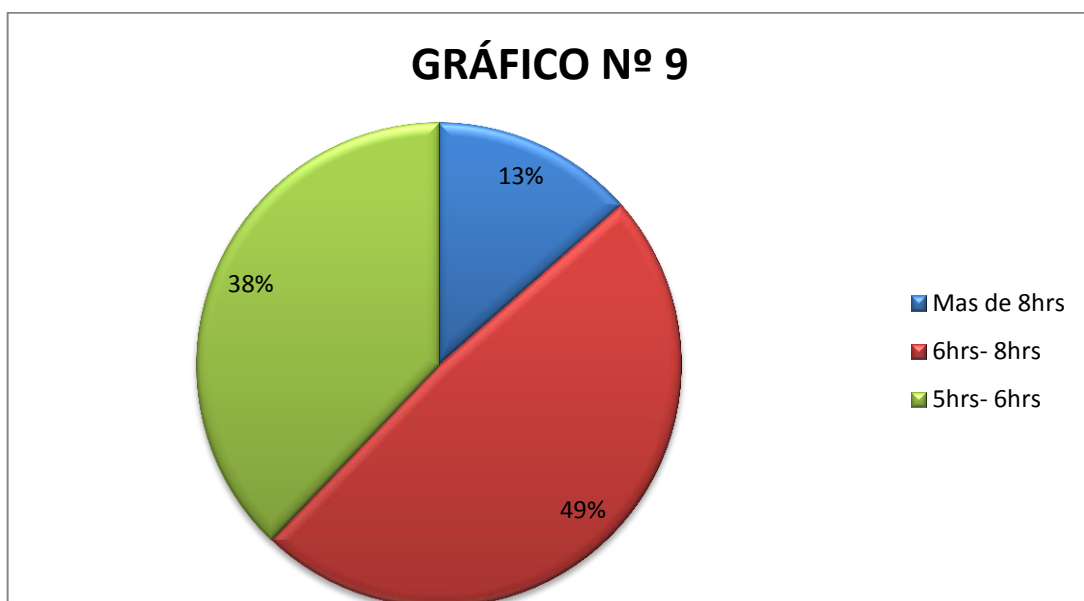
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 41% de los adultos jóvenes poseen vivienda propia, el 59% de los pacientes habitan viviendas rentadas, lo que altera su estado emocional, por tener que solventar el dinero de la renta cada fin de mes, situación que contribuye a deteriora su salud de forma más acelerada.

9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS HORAS DE SUEÑO LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

HORAS DE SUEÑO	CANTIDAD	%
Más de 8hrs	5	13%
6hrs - 8hrs	18	49%
5hrs – 6hrs	14	38%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

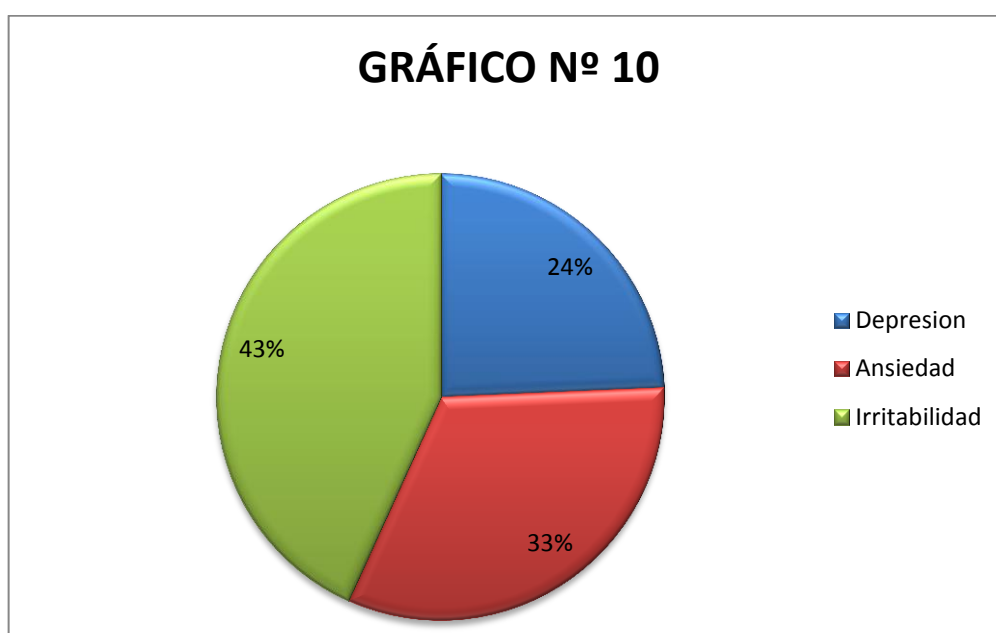
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 49% de los pacientes refieren dormir de 6hrs - 8hrs aproximadamente; el 35% de 5hrs – 6hrs, y el 13% de los encuestados refiere dormir en un promedio mayor a 8hrs.

Estos resultados dejan claro que el estrés por falta de sueño no es una causa detonante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que los usuarios mantienen un promedio de horas de sueño, considerado como un sueño reparador, lo que es fundamental para mantener el equilibrio en el estado emocional.

10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

NIVEL DE ESTRÉS	CANTIDAD	%
Ansiedad	12	33%
Depresión	9	24%
Irritabilidad	16	43%
Total	37	100%



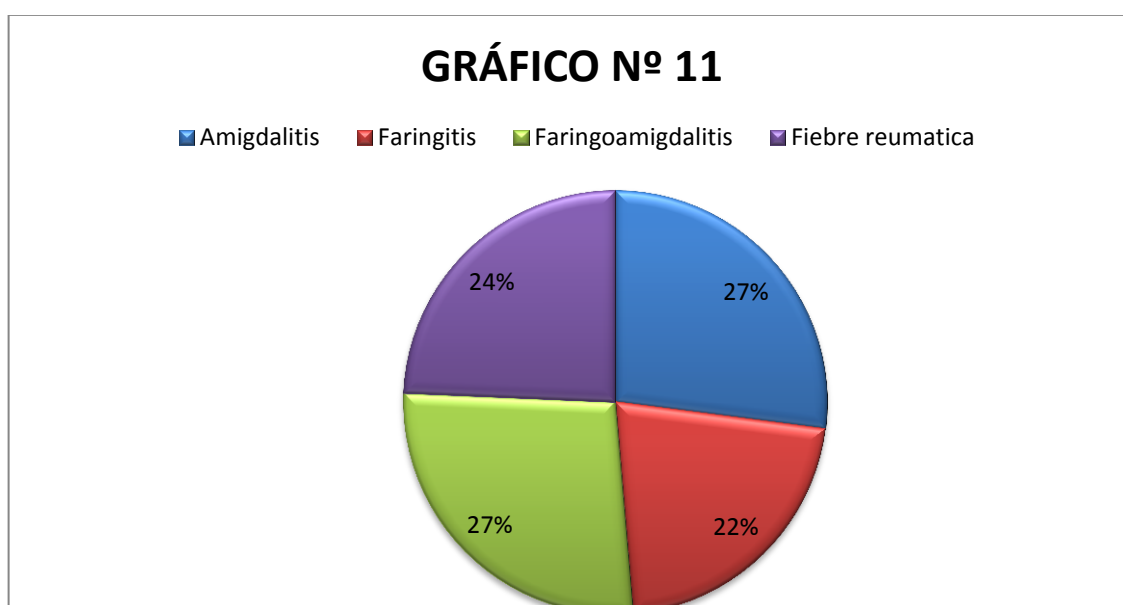
FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los resultados reflejan que el estado emocional de los usuarios se encuentra relacionado con sus horas de trabajo, donde el 43% de los encuestados refieren presentar estados de irritabilidad que se manifiesta en momentos de trabajo y al terminar la jornada; el 33% refiere ansiedad en horas de la mañana al comenzar la jornada de trabajo, debido a que su ganancia es relativa a su trabajo, y solo el 24 % experimenta estados depresivos.

11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS ENFERMEDADES DE TIPO BACTERIANAS SUFRIDAS DURANTE LA INFANCIA DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Amigdalitis	10	27%
Faringitis	8	22%
Faringoamigdalitis	10	27%
Fiebre reumática	9	24%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

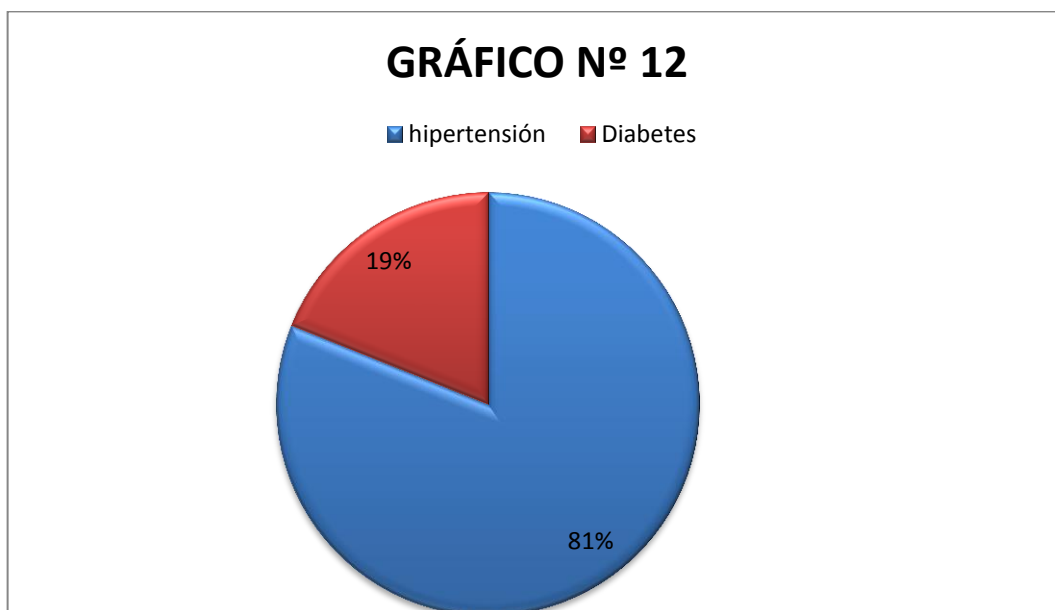
ELABORADO: Vilela España Otto

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El 27% de los usuarios sufrió de amigdalitis, el 22% de Faringitis, el 27% de Faringoamigdalitis, y el 24% de Fiebre reumática.

Estas enfermedades causan severas afecciones cardiovasculares, como la pancarditis, bacteriana y caracterizada por la peri, mío, y endocarditis, como consecuencias de infecciones por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, el mismo que causa una insuficiencia cardiaca a largo plazo, si no fueron tratadas a tiempo estas enfermedades y de forma adecuada.

12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS ENFERMEDADES QUE HAYA DESARROLLADO EN LA ACTUALIDAD DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DESDE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
HTA	30	81%
Diabetes	7	19%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

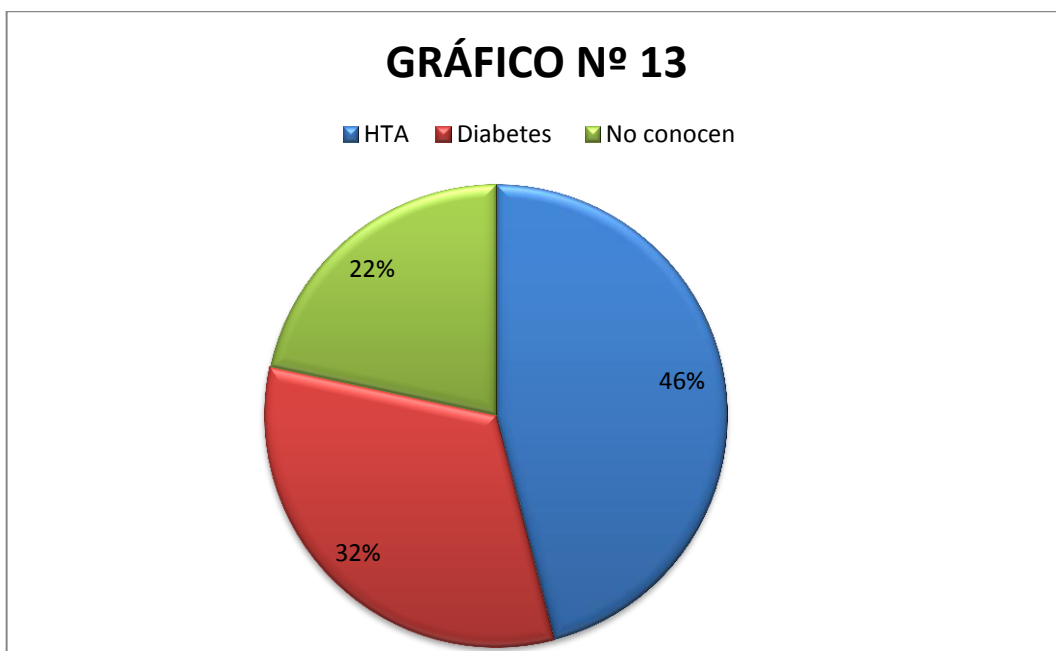
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Dentro de las enfermedades que sufren los adultos jóvenes, la que afecta en mayor porcentaje es la hipertensión arterial primaria, la misma que refleja un 81% de afección en los usuarios encuestados, demostrando el alto grado de incidencia en nuestro medio, y en la población de estudio principalmente, la diabetes mellitus refleja un 19% de incidencia, la misma que está muy ligada a las enfermedades cardiovasculares.

13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
HTA	17	46%
Diabetes	12	32%
No conoce	8	22%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. El 46% de los usuarios tienen familiares con antecedentes de HTA; el 32% refirieron que tienen familiares Diabéticos; Y el 22% no conoce la existencia de familiares con alguna de estas enfermedades.

Estos datos reflejan el alto grado de predisposición hereditaria que tienen el 78% de los encuestados, sumados a los factor ambiental, la inactividad física, los hábitos nocivos, como coadyuvantes en el desarrollo de las ECV.

14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO DE TABACO DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO A MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Si	17	46%
No	20	54%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

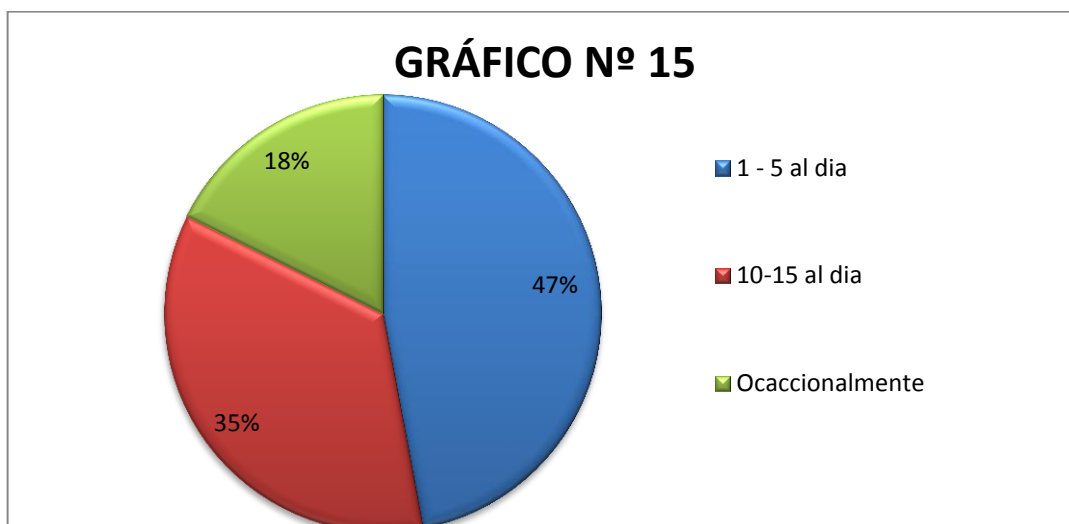
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Un 46% de los Usuarios tienen el hábito de fumar con una proporción significativa de cigarrillos, lo que es muy perjudicial para su salud, ya que el cigarrillo es un factor desencadenante para agravar las complicaciones por hipertensión arterial, no solo se afectan ellos, si no a las demás personas en su entorno familiar, lo que dificulta su adherencia al tratamiento.

15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA CANTIDAD DE CIGARRILOS POR DIA QUE CONSUMEN LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
1 a 5 diarios	8	47%
10 a 15 diarios	6	35%
Ocasionalmente	3	18%
Total	17	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

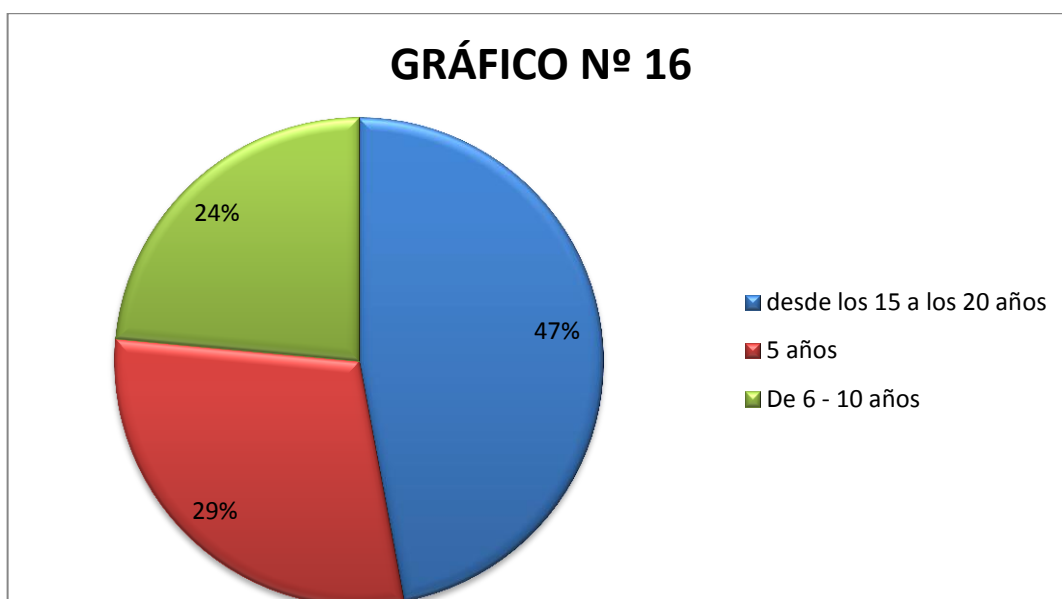
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El análisis estadístico refleja que del total (37) usuarios tomados como la muestra, 17 de ellos son fumadores, quienes consumen cigarrillo el 47% de ellos consumen de 10 - 15 diarios, el 35% consumen de 1-5 cigarrillos diario, el 18% mantienen su consumo de forma ocasional. A pesar de la información de los peligros del consumo de tabaco y tener conocimiento de que estos hábitos nocivos deterioran su estado de salud, con mayor celeridad, los usuarios no toman conciencia de los daños irreversibles que ocasionan, al ser fumador activo, y en mayor medida al ser fumador pasivo, convirtiéndose este en uno de los factores principales en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, que es la de mayor incidencia en la población de estudio.

16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIEMPO QUE TIENEN CONSUMIENDO TABACO LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
de los 15 a los 20 años	8	47%
5 años	5	29%
6 a 10 años	4	24%
	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

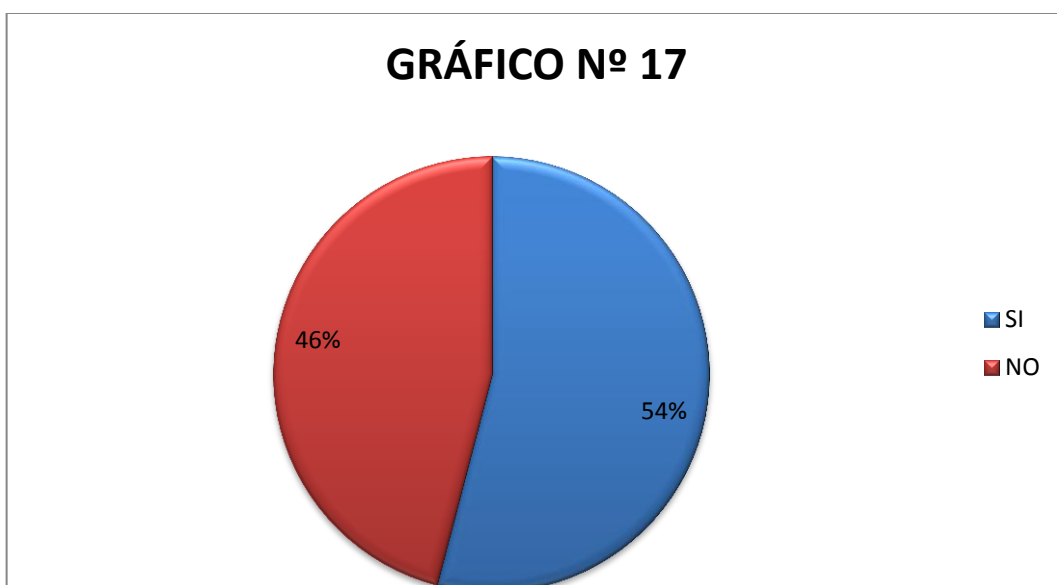
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN El 47% de los usuarios encuestados lleva consumiendo cigarrillos desde los 15 a los 20 años aproximadamente según su estimación de tiempo; el 29% refirieron que tienen consumiendo por más de 5 años, el 24% lleva consumiendo de 6 - 10 años aproximadamente.

El promedio de edad, en el que los participantes iniciaron el consumo de tabaco, se estima entre los 16 a los 25 años, estos datos nos permiten establecer el tiempo de exposición al humo de tabaco que han mantenido los pacientes, desde su inicio de consumo de cigarrillo hasta la actualidad, dejando evidenciado que los hábitos nocivos inciden mucho en el desarrollo de las ECV.

17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Si	20	54%
No	17	46%
Total	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

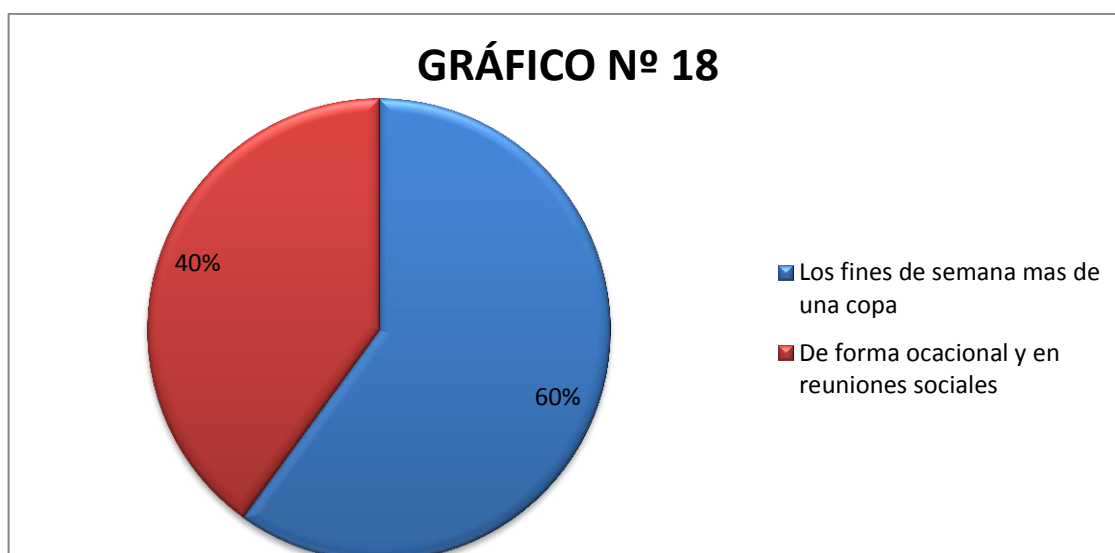
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de los pacientes encuestados, el 54% de los usuarios respondió que si consume alcohol, el 46% contestó que no. Estos resultados reflejan un predominio no muy marcado de las personas que consumen alcohol, con relación a los que no consumen, al mismo tiempo se evidencia que un poco más de la mitad de los usuarios encuestados, mantienen hábitos nocivos muy arraigados, lo que causa resistencia de su organismo al tratamiento médico y dificulta su adherencia al mismo, teniendo como consecuencias un acelerado deterioro en su salud física y estabilidad emocional.

18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL DE USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Los fines de semana más de una copa	12	60%
De forma ocasional en reuniones sociales	8	40%
Total	20	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE.

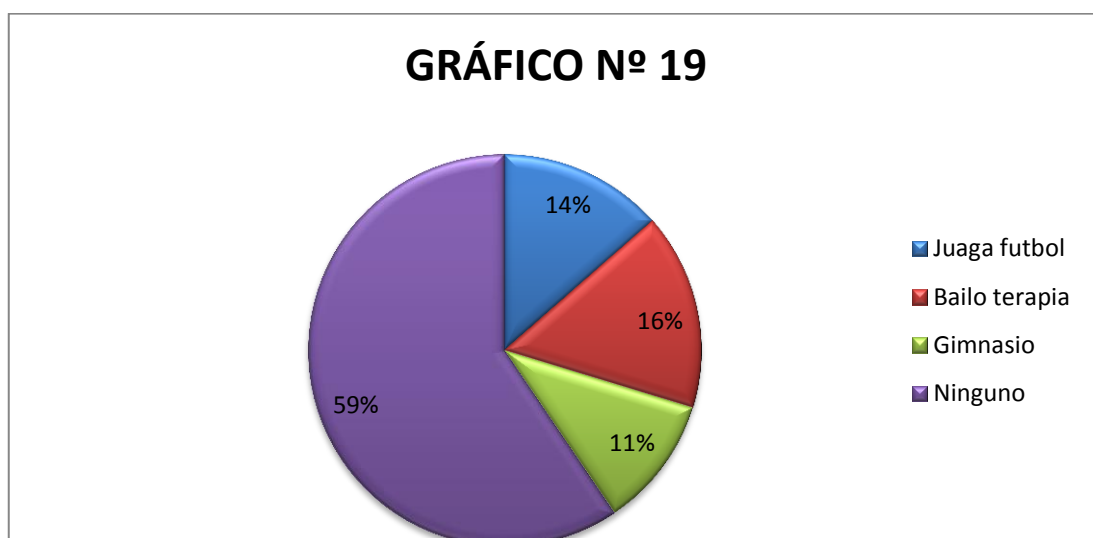
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Relacionando este cuadro con los datos obtenidos en el cuadro anterior, donde se evidencia el predominio del consumo de alcohol en un 54% de los pacientes encuestados, quienes son un total de 20 personas, los mismos que manifestaron consumir alcohol los fines de semana en un 60% de los casos, el 40% refiere consumir ocasionalmente.

A pesar que los usuarios conocen los daños que provoca el consumir alcohol, como coadyuvante en el desarrollo de ECV, lo hacen sin tomar en cuenta su enfermedad, hábito que complica su cuadro clínico, y dificulta su adherencia al tratamiento.

19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYODO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Juega fútbol	5	14%
Bailo terapia	6	16%
Gimnasio	4	11%
Ninguno	22	59%
	37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 59% de la población encuestada, no realiza ejercicio físico, el 14% de los usuarios Juega fútbol en la medida que su enfermedad se los permite, el 16% de los pacientes practica Bailo terapia, el 11% asiste al gimnasio.

Los resultados obtenidos reflejan, que los solo el 41% de los encuestados realizan actividad deportiva, la misma que relacionan con los beneficios que proporciona el deporte en el estado de salud de las personas haciéndolos menos vulnerables que aquellos que no realizan actividad física, quienes representan el 59% de los pacientes encuestados, lo que perjudica su salud y aumenta su vulnerabilidad. El mantenerse físicamente activo debería ser una norma a considerar, pues el excesivo reposo puede debilitar los músculos y hacer más lenta la circulación sanguínea contribuyendo a la aparición de complicaciones cardiovasculares.

20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA FRECUENCIA CON QUE REALIZAN ACTIVIDAD DEPORTIVA LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO - MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Todos los días	4	27%
1- 2 veces por semana	6	40%
Solo fines de semana	5	33%
Total	15	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

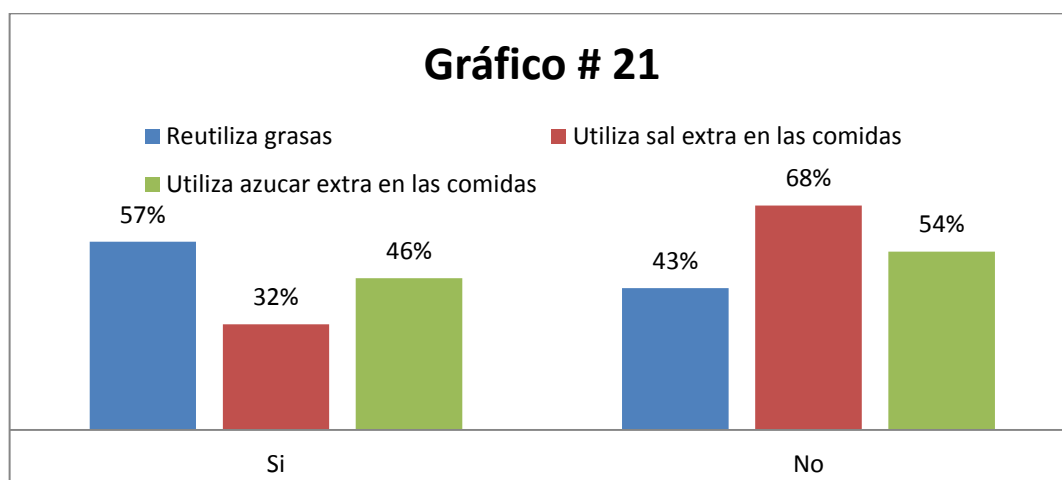
ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes que realizan ejercicio, que son 15 personas de las 37 que se seleccionaron como muestra. El 27% de los usuarios realizan actividad deportiva todos los días, el 40% realiza esta actividad dos veces por semana y el 33% lo hacen los fines de semana, ya sea con fines recreativos o con el propósito de preservar su salud y prevenir futuras complicaciones relacionadas con su enfermedad, si consideramos que la práctica regular y sistemática del deporte es sumamente beneficiosa en la prevención y rehabilitación de la salud.

21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIPO DE ALIMENTACION QUE TIENEN LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DESDE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2014.

Reutiliza grasas			Utiliza sal extra en las comidas			Utiliza azúcar extra en las comidas		
Variable	Cantidad	%	Variable	Cantidad	%	Variable	Cantidad	%
Si	21	57%	Si	12	32%	Si	17	46%
No	16	43%	No	25	68%	No	20	54%
Total	37	100%	Total	37	100%		37	100%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto

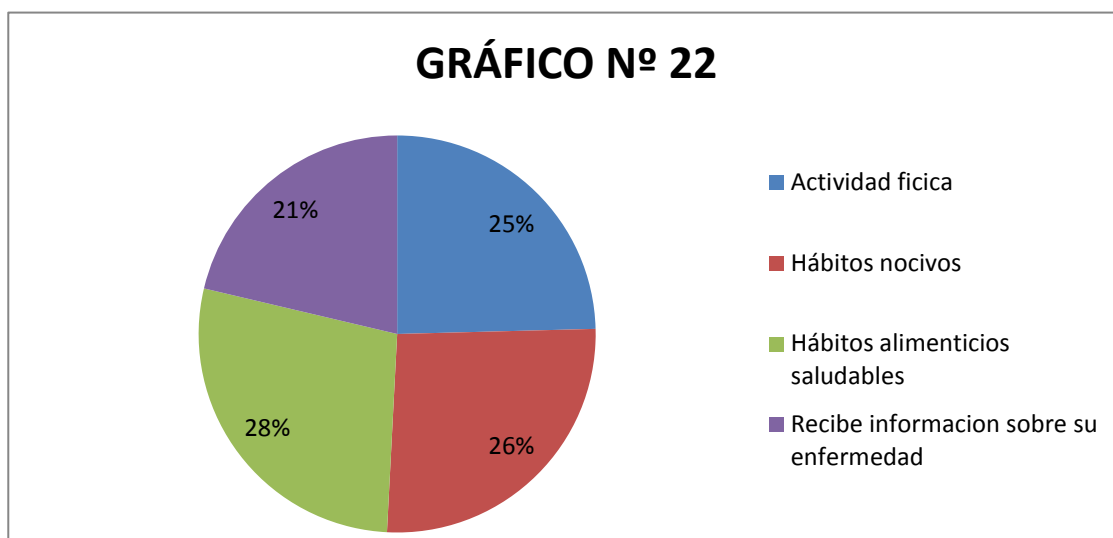
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 57% de los pacientes si reutiliza grasa para freír los alimentos de su consumo, mientras que el 43% refirió no hacerlo, al mismo tiempo se conoció que el 32% respondió que si consume sal extra en con las comidas, y el 68% no consume, mientras el 46% utiliza azúcar extra en las comidas, y el 54% no lo hace.

Considerando el tipo de actividad laboral de los pacientes y su extensa jornada de trabajo, esto los obliga a consumir alimentos fuera de casa, los mismos que tienen un alto contenido de carbohidratos grasos, bajos en nutrientes, situación que les dificulta mantener una dieta que les ayude a mejorar su estado de Salud. Mediante estos datos se puede determinar que tienen una alimentación inadecuada, lo cual podemos relacionar con su extensa jornada y la baja información nutricional que poseen, ya que la dieta también es una parte importante de su tratamiento, que el no seguirlo provoca más complicaciones en su salud y puede provocar la muerte.

22. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOS METODOS DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADOS DE LOS USUARIOS CON ECV, QUE RECIBIERON ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, DE ENERO – MAYO DEL AÑO 2014.

VARIABLES	CANTIDAD	%
Actividad física	15	25%
Hábitos nocivos	16	26%
Hábitos alimenticios saludables	17	28%
Recibe información sobre su enfermedad	13	21%



FUENTE: Encuestas realizadas a los usuarios de la consulta externa del HDT. 2014

ELABORADO: Vilela España Otto. PUCESE

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN. Las encuestas reflejan que un promedio del 25% del total de pacientes realiza actividades relacionadas con el autocuidado y prevención de complicaciones en su cuadro clínico, estas actividades contribuyen a mantener equilibrado su estado de salud.

El 75% de los usuarios encuestados aproximadamente no realizan ninguna de estas actividades, situación que es preocupante, ya que su estado de salud se deteriora con mayor celeridad, en relación al otro grupo de pacientes.

DISCUSIÓN

En el Hospital Delfina Torres de Concha, la enfermedad cardíaca hipertensiva es una de las causas principales de morbilidad en la población adulta mayor y adulta joven, situación que es preocupante, ya que la aparición de esta enfermedad es debido a la exposición excesiva a los factores de riesgo, y sus complicaciones se manifiestan esencialmente en la edad adulta.

Según a datos obtenido del hospital, el porcentaje de pacientes con hipertensión fue el 81%, y de diabetes el 19%, datos que se relacionan con un estudio realizado en el hospital regional del IEES Teodoro Maldonado Carbo 2007 – 2009, donde el 77% corresponde a la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con enfermedad cerebrovascular, y diabetes mellitus tipo 2 fue de 24.3%, cabe recalcar que las cifras sobre las patologías antes mencionadas son altas.

Los condicionantes de mayor influencia en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares fueron etnia, género, y edad, datos que ratifican a la información científica establecida en estudios anteriores detallada de la siguiente manera; nivel alto para el género masculino en una edad de 30-40 años de etnia mestiza, sin embargo este dato sobre la etnia no coincide con la información científica previa, donde se indica que la etnia de mayor predisposición es la afro.

Un alto porcentaje de los encuestados cuenta con una instrucción secundaria completa y superior incompleta es decir que están cursando los niveles de instrucción universitaria, lo que no necesariamente indica que tengan un mayor conocimiento que los usuarios que solo poseen la instrucción primaria.

Los datos obtenidos de las encuestas muestran que existe un alto consumo de alcohol, quienes en su mayoría manifestaron que la edad que empezó el consumo de alcohol está entre los 15 y los 20 años. Un consumo moderado de alcohol puede ser favorable desde el punto de vista cardiovascular (no más de una bebida diaria en mujeres o dos en hombres), según la Asociación Americana del Corazón (AHA). Este efecto se ha atribuido a su influencia beneficiosa sobre el perfil lipídico y la fibrinólisis, disminuyendo la agregación plaquetaria y ciertos factores de coagulación, mejorando la función endotelial, el perfil inflamatorio y disminuyendo la resistencia a la insulina. Pero el abuso de alcohol es indudablemente perjudicial. De hecho, se ha descrito una relación entre consumo de alcohol y el desarrollo de eventos cardiovasculares o mortalidad de todas las causas, todo ello en personas aparentemente sanas.

Los resultados de las encuestas reflejan que un alto porcentaje de paciente son fumadores en relación a la muestra tomada, quienes consumen más de 10 cigarrillos diarios, estima que por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca aumenta un 18% en hombres y un 31% en mujeres. Los efectos del consumo de tabaco en el sistema cardiovascular incluyen diferentes enfermedades como las coronarias. Quienes consumen alrededor de 15 cigarrillos por día tienen el doble de

riesgo que los no fumadores de tener un infarto. Diversos estudios muestran que fumar cigarrillos light o suaves NO modifica este riesgo. Al año de dejar de fumar el riesgo disminuye a la mitad y a los quince años de haber dejado, el riesgo es similar al de un no fumador. En cuanto a los accidentes cerebrovasculares, el riesgo también depende de cuánto se fuma. En fumadores de 10 cigarrillos por día el riesgo es el doble y en fumadores de 20 cigarrillos por día es cuatro veces mayor. El riesgo disminuye paulatinamente y se iguala al de un no fumador luego de 10 años de dejar de fumar. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad vascular periférica.

Los pacientes con hipertensión alcanzan un 81% y los que están asociados con la diabetes mellitus un 19%, el no poner en práctica medidas preventivas eficaces, la incidencia de hipertensión arterial alcanzará cifras muy altas, las enfermedades asociadas con la edad, estilo de vida, alimentación, tienen relación directa con los factores socio-económico, ambiental, y cultural.

Los resultados obtenidos reflejan, que un poco más de la mitad de la población encuestada, no realiza ejercicio físico, y quienes realizan actividad deportiva la relacionan con los métodos de autocuidado de su enfermedad, a pesar que el ministerio de salud pública en coordinación con el ministerio del deporte llevan a cabo el programa de ejercicio ejercítate Ecuador a nivel nacional, actividad deportiva proporciona beneficios en el estado de salud de las personas haciéndolos menos vulnerables que aquellos que no realizan actividad física. El mantenerse físicamente activo debería ser una norma a considerar, pues el excesivo reposo puede debilitar los músculos y hacer más lenta la circulación sanguínea contribuyendo a la aparición de complicaciones cardiovasculares.

Los métodos de prevención y autocuidados (actividad física, hábitos alimenticios saludables, e información sobre la enfermedad) utilizados por los usuarios con enfermedades cardiovasculares representa un porcentaje bajo, a pesar de los programas de nutrición y alimentación saludable, que promueve el ministerio de salud, que tiene la finalidad de mejorar el estilo de vida de la población.

CONCLUSIONES

Luego de aplicar las encuestas, realizar el análisis de los datos obtenidos, llegue a las siguientes conclusiones:

1. Los condicionantes más relevante que influyen en mayor medida al desarrollo de enfermedades cardiovasculares en los pacientes en estudio son: el sedentarismo, los hábitos nocivos, la inadecuada cultura de alimentación, predisposición hereditaria, según los datos obtenidos de las encuesta, en esta investigación se encontró un significativo número de los usuarios de etnia mestiza, quienes padecen hipertensión arterial, y se encuentran expuestos en gran medida al consumo de sustancias toxicas, situación que a más de complicar su cuadro clínico, deteriora su salud con mayor celeridad.
2. Los 37 usuarios encuestados son la prevalencia de los pacientes con complicaciones cardiovasculares y los 46 pacientes atendidos por primera vez en el hospital son el número de casos nuevos que fueron registrados desde enero a junio del año 2014 a pesar de que las personas no tiene un estilo de vida adecuado, se evidencio que el número de incidencia es bajo en los pacientes que se atendieron en la consulta externa, considerando que existe un alto índice de personas con hipertensión que aún no reciben tratamiento.
3. Los usuarios encuestados tienen una alta predisposición hereditaria para haber desarrollado enfermedades cardiovasculares debido a que el 78% de ellos tienen familiares directos que padecen enfermedades catastróficas, o han muerto a causa de ellas.
4. Los usuarios encuestados padecen una enfermedad catastrófica el 66% de ellos tienen diagnóstico de hipertensión arterial, y el 44% diabetes tipo 1, estos usuarios tienen un estilo de vida inadecuado lo que dificulta su adherencia al tratamiento, situación que complica su cuadro clínico.

5. Un promedio del 25% aproximadamente de los usuarios encuestados realizan actividades relacionadas con hábitos de prevención y autocuidado, evidenciando la falta de conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares por parte de los adultos jóvenes, situación que representa un riesgo constante para el mantenimiento de su salud, ya que el conocer cómo prevenir complicaciones es fundamental para mantener su cuadro clínico estable.

6. La propuesta planteada en este trabajo de investigación no pudo ser aplicada por encontrar limitantes al momento de obtener los permisos correspondientes, debido a que la institución se encontraba en periodo de transición, por el cambio de funcionarios en la dirección administrativa de la misma.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación al usuario así como a los familiares que lo acompañan a consulta haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la reducción de su exposición a los factores de riesgo.
- Sensibilizar al personal de enfermería acentuando la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares, promoviendo la salud preventiva, resaltando la importancia de los chequeos médicos de rutina.
- El personal de salud debe reforzar la post consulta, orientando a los pacientes diagnosticados con estas enfermedades, sobre los cuidados que deben realizar desde el hogar, para mejorar su calidad de vida.
- Planificar actividades de promoción y prevención de salud enfatizando la reducción de la exposición excesiva a los condicionantes del desarrollo de las enfermedades catastróficas como las ECV.

BIBLIOGRAFIA

1. **BARRÓN E**, García A y Ruvalcaba MC. (1998; 21: 588-589) .Factores asociados con hipertensión arterial y obesidad. Aten Primaria
2. **CASTANER JF, Céspedes LA** (2001. P.517-536). Hipertensión arterial. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas
3. **CURTO S, Prats O, Ayeteran R.** (2004; 20: 61-71) Factores de riesgo de HTA. Rev Med Uruguay
4. **GONZÁLEZ T, Dechapellas E Rodríguez V.** (2000; 29(1): 26-9.), Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia. Rev Cubana Med Milit.
5. **LEDDY, S. y PEPPER, S.** (1989). Bases Conceptuales de Enfermería Profesional. O.P.S. USA
6. **POTTER, Patricia y PERRY, Ann** (2002). Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición. Volumen I. Editorial Océano. Madrid. España.
7. **LUCAS, Hugo (2000).** Enciclopedia Médica. Editorial Mc Graw Hill. México. Distrito Federal.
8. MANUAL MERCK tomo 2 sección 3 enfermedades cardiovasculares página 179.

WEBGRAFÍA.

1. www.who.int/mediacentr
2. <https://ciencia.urjc.es/bitstream2/10115/11546/1/Epidemiolog>
3. <https://ciencia.urjc.es/bitstream/10115/11546/1/Epidemiolog>
4. <https://www.paho.org/saludenlasamericas>
5. <https://www.paho.org/saludenlasamericas>
6. <https://www.vivasaludable.org/know-your-risks/cardio-definition.phf>
<https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/675/2/06%20ENF%20407%20TESIS.pdf>
7. https://www-tc.pbs.org/americanfamily/pdf/cardio_esp.pdf
8. <https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/675/2/06%20ENF%20407%20TESIS.pdf>
9. https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
10. https://jaimebueso.files.wordpress.com/2008/10/fiebre_reumatica.pdf
11. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-fiebre-reumatica.pdf>
12. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-fiebre-reumatica.pdf>
http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf
13. http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf
14. http://www.saluddealtura.com/fileadmin/fotografias/archivos/Protocolo_fiebre_reumatica.pdf
15. http://www.ecured.cu/index.php/Cardiopat%C3%ADa_reum%C3%A1tica
16. <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>
17. <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>
18. <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula/tema11/freuma3.php>
19. <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula/tema11/freuma3.php>
20. <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>
21. <http://www.bdigital.unal.edu.co/31799/1/31054-112456-1-PB.pdf>

GLOSARIO

Ansiedad.-Es un estado de angustia y desasosiego, producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío.

Arteria.-Es cada uno de los vasos que llevan sangre oxigenada (exceptuando las arterias pulmonares) desde el corazón a las demás partes del cuerpo.

Depresión.-Es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo.

Enfermedad coronaria.-La cardiopatía isquémica es una designación genérica para un conjunto de síndromes íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca.

Eficiencia.- Es la virtud y facultad para lograr un efecto determinado. Es la acción con la que se logra ese efecto. Es por lo mismo, indispensable en cualquier actividad, requiriendo su concepción de amplitud y no de restricción.

Factor de riesgo.- Característica y circunstancia detectable en individuos o grupos asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño o efectos adversos a la Salud.

Fomentar.- Hacer que una actividad u otra cosa se desarrolle o aumente su intensidad.

Faringoamigdalitis.- es una infección de la faringe y de las amígdalas, es decir, de la garganta y de las anginas.

Prevalencia.- Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Obesidad mórbida.-La obesidad es un problema de salud que se caracteriza por un aumento del depósito de grasa y que se traduce en un incremento del peso corporal.

ANEXO N° 1

PROPUESTA

TÍTULO

Capacitación y concientización al equipo de salud del área de consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha, sobre la importancia de la educación al usuario sobre los factores que inciden en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, para así reducir la problemática.

JUSTIFICACIÓN

Podemos conocer que en el Ecuador las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un problema de salud pública en crecimiento, y el tema de calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas ha venido cobrando importancia, ya que la sobrevivencia de la población mundial en general ha aumentado, lo que conlleva a un incremento de personas con patologías crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento en sí mismo.

Con mucha seguridad la presencia de esta enfermedad se deba al cambio de conducta y cultura nutricional, pues hoy en día la situación social de las familias hace que tanto el hombre como la mujer se inserten en la actividad productiva y es obvio suponer que la respuesta a esta capacidad económica se deslinden de la preparación de los alimentos en domicilio, este impacto ha causado que en la actualidad se dé un cambio en la alimentación familiar.

La mala calidad de vida que llevamos los ciudadanos cada vez es más común ver la exposición excesiva a factores de riesgo como: el tabaco, alcohol, dietas nocivas, sedentarismo por parte del adulto joven.

En la actualidad, el personal de salud a perdido la costumbre de educar al usuario de forma constante, por lo que mediante la elaboración de esta propuesta se espera capacitar y concientizar al equipo de salud que labora en la consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha con el fin de mejorar la salud de los usuario que recibe atención en el área de consulta externa y evitar complicaciones futuras.

OBJETIVOS GENERAL

Capacitar y concientizar al equipo de salud del área de consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha sobre la importancia de la educación al usuario sobre las medidas preventivas de las enfermedades cardiovasculares.

ESPECIFICOS

- Solicitar apoyo de médicos especialistas en cardiología y medicina interna del hospital delfina torres de concha.
- Coordinar capacitaciones del personal de enfermería por medio del departamento de trabajo social. (recursos humanos).
- Dar a conocer cuáles la prevalencia de los factores de desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La presente propuesta va encaminada a capacitar y concientizar al personal de consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha sobre la importancia de la educación al usuario acerca de los factores que inciden en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

FINALIDAD

Fomentar la salud preventiva, mediante la educación que brinda el personal de salud de consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha.

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDADES	METAS	FECHAS	LUGAR	BENEFICIARIOS	RESPONSABLE
<p>1.- Solicitar autorización a la gerencia para la realización de las capacitaciones al personal de consulta externa.</p> <p>2.- Solicitar colaboración a los médicos especialistas de cardiología y medicina interna del hospital.</p> <p>3.- Solicitar colaboración del epidemiólogo del hospital.</p> <p>4.- Establecer jornada de capacitación al equipo de salud de consulta externa del hospital con los</p>	<p>Obtener el permiso de gerencia</p> <p>Lograr la colaboración de los médicos especialistas y epidemiólogo de la institución.</p>		<p>Hospital Delfina Torres de Concha</p>	<p>Personal de consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha</p>	<p>Personal de enfermería Estudiantes de enfermería Nutricionista Especialistas I.R.M</p>

<p>siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Principales factores de riesgo ▪ Métodos de prevención. ▪ Métodos de autocuidados ▪ Nutrición ▪ 				<p>Pacientes con enfermedades cardiovasculares.</p>	
--	--	--	--	---	--

8 horas 10 horas - 12 horas 24 horas Más de 24 horas

Ingresos económicos

De 250
 250– 350 400 – 500
 600– 700 Más de 700

La Vivienda es:

Propia Rentada Prestada

Sector donde se ubica su residencia.

Urbano Rural Urbano marginal Periurbano

Fácil movilización y acceso de transporte.

Transporte público Transporte semiprivado (taxis)
 Vehículo propio Otros

FACTORES PSICOLOGICOS

Nivel de estrés si hubiera

Ansiedad Depresión Irritabilidad

Horas de sueño

Más de 8hrs 8hrs – 6hrs
 6hrs – 5hrs Menos de 5hrs

ANTECEDENTES

Patológicos Personales

¿Qué enfermedades sufrió en la infancia de tipo bacteriana que recuerde?

Amigdalitis Faringitis
Faringoamigdalitis Fiebre reumática
Meningoencefalitis
Otras

Enfermedades virales que hayan tenido manifestaciones en la infancia

Hepatitis A Hepatitis B
Influenza EDA
Otras

Enfermedades que haya desarrollado en la actualidad

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Ateroesclerosis |
| <input type="checkbox"/> Colesterinemia. | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

Patológicos Familiares

- HTA
- Diabetes
- Obesidad
- Sin Antecedentes

ESTILO DE VIDA

Consume cigarrillos

Sí No

¿Cuántos cigarrillos consume al día?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1- 5 | <input type="checkbox"/> 6- 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 – 15 | <input type="checkbox"/> 16 – 20 |
| <input type="checkbox"/> Más de 20 | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> No consume. | <input type="checkbox"/> Me relaciono habitualmente con fumadores |

¿Qué tiempo tiene consumiendo cigarrillos?

Desde que edad.....

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 – 5 años | <input type="checkbox"/> 6 – 10 años |
|-------------------------------------|--------------------------------------|

Mas.....

¿Con que frecuencia consume alcohol?

- | | |
|--|--------------------------|
| Una copa por día | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces por semana más de una copa | <input type="checkbox"/> |
| Los fines de semana más de una copa | <input type="checkbox"/> |
| De forma ocasional en reuniones sociales. | <input type="checkbox"/> |
| No consume alcohol | <input type="checkbox"/> |

¿A qué edad inicio el consumo de alcohol?

- | | |
|---------|--------------------------|
| 15 – 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21- 25 | <input type="checkbox"/> |
| 26 – 30 | <input type="checkbox"/> |

ANEXO N° 3

GUIA DE OBSERVACION

- LA ATENCION QUE BRINDA EL PERSONAL DE SALUD A LOS USUARIOS ED DE CALIDAD

SI----- NO----- PARCIALMENTE-----

- BRINDA EL PROFESIONAL DE SALUD EDUCACION CONTINUA EN FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALIDABLE Y EN PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES A LOS USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.

SI----- NO----- PARCIALMENTE-----

ANEXO N° 4**PRESUPUESTO**

Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Matrícula	2	135.00	270 .00
Proyecto de grado	30 horas	976.96	980.00
Impresión de Título	1	12.00	12.00
REALIZACIÓN DE TESIS			
Empastado	3	25.00	75.00
Hojas bond	3paq	5.00	15.00
Impresión a color	10	0.50	5.00
Impresión blanco y negro	100	0.10	10.00
Anillados	3	3.50	10.50
Copias blanco y negro	300	0.05	15.00
Copias a color	30	0.50	15,00
INVESTIGACIÓN			
Movilización	100	1.00	100.00
Trabajo de campo	20	2.50	50.00
Material didáctico de escritorio	1	20.00	20.00
Copias para encuesta	25	0.05	1,25
TOTAL			\$ 1582.50

ANEXO N°5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES POR SEMANAS	Diciembre	Enero				Febrero				Marzo				Junio				Julio				Agosto
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elaboración Del Título																						
Coordinación del trabajo investigativo		X																				
Tutorías con la asesora para coordinar avances del proyecto de tesis.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Presentación de anteproyecto							X															
Identificar el área de trabajo				X																		
Requerimientos de colaboración del área operativa														X								
Realización de encuestas															X	X						
Tabulación de datos																		X				
Realización de cuadros estadísticos																		X				
Entrega del primer borrador de tesis																				X		
Entrega del segundo borrador de tesis																						X

ANEXO N° 6

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS
<p>Determinar los condicionantes que influyen en el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares en los adultos Jóvenes (25 - 40 años) atendidos en la consulta externa del hospital Delfina Torres de Concha.</p>	Consulta externa	Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias.	Servicios que brindan el hospital en la Consulta Externa.	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de atención 	<input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Cardiología <input type="checkbox"/> Medicina General <input type="checkbox"/> Otros.....	Encuesta
	Adulto joven	Es un período en el que buscan su realización personal en muchos ámbitos tanto el laboral como en su desarrollo profesional y crecimiento personal comprendido en la etapa de vida que inicia a los 20 a 40 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	<input type="checkbox"/> 25 – 30 <input type="checkbox"/> 31 – 35 <input type="checkbox"/> 36 – 40	Encuesta

	<p>Condicionantes</p>	<p>Circunstancia de la vida que influye en el desarrollo de enfermedades, conformada por factores modificables y no modificables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Genero • Estado civil • Etnia • Nivel de instrucción • Religión • Ocupación laboral 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Empresa privada <input type="checkbox"/> Empresa pública <input type="checkbox"/> Trabajo 	
--	------------------------------	---	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> Factores Ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de trabajo Ingresos económicos Vivienda Sector donde Habita 	<ul style="list-style-type: none"> informal Comerciante ... Ama de casa Desempleado 8 horas 10 horas 12 horas 24 horas De 250 250 – 350 400 – 500 600 – 700 Más de 700 Propia Rentada Prestada Urbano Rural Urbano marginal Periférico Transporte publico Vehículo propio Otros 	
			<ul style="list-style-type: none"> Factores Psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Trasporte y movilización 		

				<ul style="list-style-type: none"> Nivel de estrés si hubiera 	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Más de 8hrs <input type="checkbox"/> 8hrs – 6hrs	
				<ul style="list-style-type: none"> Horas de sueño 	<input type="checkbox"/> 6hrs – 5hrs <input type="checkbox"/> Menos de 5hrs	
	Estilos de vida	Condiciones de vida determinados por factores socioculturales y características personales, que incrementan el riesgo de desarrollar ECV.	Hábitos: <ul style="list-style-type: none"> Nocivos. 	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Frecuencia de consumo tabaco diario. <input type="checkbox"/> Tiempo de consumo de tabaco.	Si – no <input type="checkbox"/> 1- 5 <input type="checkbox"/> 6- 10 <input type="checkbox"/> 11 – 15 <input type="checkbox"/> 16 – 20 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/> Ocasionalment e <input type="checkbox"/> No consume.	
				<input checked="" type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> Frecuencia de consumo	<input type="checkbox"/> 1 –2 años <input type="checkbox"/> 3—4 años <input type="checkbox"/> Mas Desde que edad SI – NO <input type="checkbox"/> Una copa diaria	

				<ul style="list-style-type: none"> • Recreativos 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Edad que inicio consumir alcohol <input checked="" type="checkbox"/> Familiares ☞ Sale los fines de semana ☞ Dias de campo ☞ Visitas a los parques ☞ Visitas a familiares ☞ Visita las playas <input checked="" type="checkbox"/> Actividad Física ☞ Actividad deportiva 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 – 2 veces por semana <input type="checkbox"/> Solo fines de semana <input type="checkbox"/> De forma ocasional en reuniones sociales. <input type="checkbox"/> No consume alcohol <input type="checkbox"/> 15 – 20 <input type="checkbox"/> 21- 25 <input type="checkbox"/> 26 – 30 SI - No <input type="checkbox"/> Caminatas <input type="checkbox"/> Trotes <input type="checkbox"/> Juega fútbol <input type="checkbox"/> Vóley <input type="checkbox"/> Bailo terapia <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Todos los dias <input type="checkbox"/> 1- 2 veces por semana 	
--	--	--	--	---	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Alimenticios 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de deporte ➤ Frecuencia de actividad <input checked="" type="checkbox"/> Ingesta alimentaria ➤ Tipo de alimentación ➤ Reutilización de grasas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solo fines de semana <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Balanceada <input type="checkbox"/> Rica en carbohidratos <input type="checkbox"/> Rica en proteínas <input type="checkbox"/> Rica en grasa saturadas <input type="checkbox"/> Si – No <input type="checkbox"/> Si – No <input type="checkbox"/> Si – No ... 	
--	--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none">➤ Adición de sal extra en las comidas ➤ Adición de azúcar extra en las comidas		
--	--	--	--	---	--	--

<p>Determinar Antecedentes Patológicos personales y Familiares, Estilos de Vida que predisponen a desarrollar Enfermedades Cardiovasculares</p>	<p>Antecedentes patológicos personales y familiares</p>	<p>Recopilación de datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual y pasada.</p>	<p>➤ Enfermedades presentadas desde la niñez hasta la actualidad.</p>	<p>➤ Bacteriana</p> <p>➤ Virales</p> <p>➤ Afecciones actuales y Familiares</p>	<p><input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Faringitis <input type="checkbox"/> Faringoamigdalitis <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Meningoencefalitis <input type="checkbox"/> Otras</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> EDA <input type="checkbox"/> Otras</p> <p><input type="checkbox"/> Aterosclerosis <input type="checkbox"/> Colesterinemia. <input type="checkbox"/> Diabetes. <input type="checkbox"/> Hipertensión. <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>ENTREVISTA</p>
---	--	---	---	--	--	--------------------------

