

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, seated on a throne and holding a book. Above the figure is a crown. The seal is surrounded by a circular border containing the Latin motto "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALIS INTER CETERAS".

**EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE
FACTORES DE RIESGO ADQUIRIDOS POR
PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA**

**Estudio observacional-descriptivo realizado en la consulta externa de
Cardiología del Hospital General San Juan de Dios
durante el mes de mayo de 1996.**

JORGE ESTUARDO LUNA GUERRA

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1996.

INDICE

I.	INTRODUCCION
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
III.	JUSTIFICACION
IV.	OBJETIVOS
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA
VI.	METODOLOGIA
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
IX.	CONCLUSIONES
X.	RECOMENDACIONES
XI.	RESUMEN
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
XIII.	ANEXOS

I. INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una seria amenaza para la salud de las personas, tanto en países desarrollados como en los de desarrollo intermedio o en desarrollo. Prueba de ello, lo constituye el hecho de que la enfermedad coronaria, específicamente, es la mayor causa de muerte en general después de los 40 años en hombres y después de los 50 en mujeres (26).

Según reportes mundiales, tanto el riesgo de padecer enfermedad coronaria como su mortalidad aumentan con la edad (33).

En cuanto a su etiología, ésta obedece a múltiples factores, divididos en no controlables y controlables. Entre estos últimos, los más importantes son la hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, hipercolesterolemia, variando su significado entre países y subgrupos humanos (24,25,28,29,30,32).

En este estudio se planteó como objetivo principal evaluación de los conocimientos sobre los factores de riesgo adquiridos por pacientes con Cardiopatía Isquémica en Consulta Externa de Cardiología del Hospital General. Para lograr tal objetivo se entrevistaron un total de 59 pacientes con el diagnóstico ya mencionado, durante los meses de mayo y junio del presente año; y sus respuestas fueron captadas en la boleta que se anexa al final.

Algunos de los datos más importantes arrojados por este estudio lo constituyen los siguientes resultados:

- El diagnóstico más frecuente, en ambos sexos, fue Infarto Agudo del Miocardio (IAM) con un 55.93%.
- La relación hombre:mujer fue de aproximadamente 1:1.4.
- El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 58-69 años.
- El 66% de los pacientes saben exactamente de la enfermedad que padecen.
- El 89.93% creen que su enfermedad puede ser controlada.
- Un porcentaje importante de pacientes reconocen importancia de la dieta y la vigilancia de su presión arterial en el control de su enfermedad.
- Por último, la mayoría de pacientes (91-100%) reconocieron la influencia negativa que la obesidad, el tabaquismo, alcohol y el estrés ejercen sobre su enfermedad.

La información obtenida de este estudio puede servir como base para estudios posteriores que midan el impacto que la Prevención Primaria tiene sobre esta enfermedad.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Durante los pasados 200 años, desde que Heberden presentó el primer reporte de un caso de angina de pecho ante el Colegio Real de Médicos (20), literalmente miles de renombrados médicos, patólogos y epidemiólogos han dedicado sus carreras a la búsqueda de la etiología de la enfermedad coronaria. A pesar de los recientes adelantos y progresos en este tema, la enfermedad coronaria continúa siendo una seria amenaza para la salud y la vida.

Prueba de ello, lo constituye el hecho de que, la enfermedad coronaria es la mayor causa de muerte en general después de los 40 años en hombres y los 50 en mujeres (26).

Además, según datos de la OMS, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, son causa del 70-80% de las muertes en los países desarrollados y del 40-50% en los países en desarrollo (23).

En cuanto a la etiología de las enfermedades cardiovasculares, específicamente la Cardiopatía Isquémica, es bien sabido que esta obedece a múltiples factores no controlables (edad, sexo, raza, etc.) y controlables (obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, niveles de colesterol, etc.) (1,4,8,9,10,11,16,17,18,21,31,36,37).

Es en estos últimos factores, donde deben volcarse los mayores esfuerzos por reducirlos, tanto por parte del médico como del paciente; ya que si este último conoce dichos factores de riesgo y cómo modificarlos, modificará también el curso de su enfermedad.

Por lo anterior, interesa determinar los conocimientos que los pacientes con Cardiopatía Isquémica tienen acerca de los factores de riesgo que los predisponen a esta enfermedad.

III. JUSTIFICACION

Es bien conocido el hecho de que existen diferencias en la prevalencia de la Cardiopatía Isquémica de un país a otro (por composición étnica distinta, incidencia de factores de riesgo, especialmente hábitos alimenticios, estilo de vida, hábito de fumar, tensión, etc.) (5).

Aunque los factores de riesgo para la enfermedad coronaria explican solo parte de la variabilidad en la incidencia, los resultados de estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que estos factores (juntos o independientemente) ejercen una poderosa contribución a su incidencia a cualquier edad, en ambos sexos y en todas las razas. Además, estos factores de riesgo pueden predecir la ocurrencia de la enfermedad con un grado considerable de éxito. De tal forma que un médico puede predecir la probabilidad de que ocurra enfermedad coronaria, o recurra ésta en quien ya la padeció, basado en el conocimiento de la existencia de dichos factores de riesgo (7).

Por lo anterior, es importante evaluar los conocimientos que el paciente con Cardiopatía Isquémica posee acerca de los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad; pues si los conoce, sabrá cómo modificarlos en beneficio de su salud. Sumado a esto, existe el hecho de que hasta la fecha no se ha publicado un estudio en Guatemala, que contemple este tema.

IV. OBJETIVOS

GENERAL.

Evaluar los conocimientos que los pacientes con Cardiopatía Isquémica poseen acerca de los factores de riesgo que los predisponen a esta enfermedad.

ESPECIFICOS.

1. Determinar el porcentaje de pacientes con Cardiopatía Isquémica que saben que su enfermedad puede ser controlada.
2. Determinar el conocimiento que los pacientes con Cardiopatía Isquémica poseen acerca de cada uno de los factores de riesgo que los predisponen a esta enfermedad.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CARDIOPATIA ISQUEMICA. FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), han surgido como un grave problema de salud actualmente, éstas se caracterizan por afectar a la población adulta, evolucionar en forma crónica, reconocer en su historia natural una multicausalidad, y no resolverse espontáneamente. Entre estas enfermedades se cuentan las afecciones cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, cirrosis hepática, bronquitis crónica, entre otras (6).

De acuerdo a datos de la OMS, las ECNT son causa del 70 a 80% de las muertes en los países desarrollados y del 40 al 50% en los países en desarrollo (23).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud prioritario tanto en los países desarrollados como en los de desarrollo intermedio (22). La experiencia mundial revela que el factor de mayor significado como determinante de este problema en una comunidad, es el grado de envejecimiento de la población; es así que el riesgo aumenta progresivamente con la edad, siendo en las edades mayores unas 40 veces superior al riesgo infantil (33).

El sexo es otra variable importante, tendiendo a ser claramente mayor el riesgo masculino, sobre todo a partir de los 35 años (33).

Estudios epidemiológicos internacionales concuerdan en que los factores de riesgo más importantes a tener en cuenta para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares serían hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, entre otros; y su significado varía entre los países y subgrupos humanos (24,25,28,29,30,32).

El estereotipo del individuo propenso a enfermedad coronaria es el de un individuo de edad media, varón, excedido de peso, hipertenso, y con una historia familiar de enfermedad cardíaca. Tiene elevados los lípidos séricos, es un diabético incipiente, y fuma más de un paquete de cigarrillos al día. Es generalmente agresivo y ambicioso, y trabaja en una ocupación que requiere mínima actividad física.

Se han conducido una multivariación de análisis para el riesgo relativo de las distintas combinaciones de factores de riesgo y se han demostrado que con cada factor de riesgo adicional, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta (8,9,10,36).

Los factores de riesgo coronario pueden clasificarse en no controlables y controlables. Los primeros, como su nombre lo indica, no pueden ser alterados. Ejemplo: herencia, sexo, edad, raza.

En cuanto a los factores de riesgo controlables se han implementado distintos métodos que incluyen el tratamiento medicamentoso, la intervención dietética y, en lo posible, la modificación del estilo de vida. Los cambios de los hábitos higiénicos dietéticos que requieren una modificación de la conducta han sido más difíciles de alterar. Entre estos factores que pueden ser modificados tenemos: hábito de fumar, presión arterial alta, niveles de colesterol sanguíneo, diabetes, etc. (1,4,8,9,10,11,16,17,18,21,31,36,37).

Hipertensión arterial:

La hipertensión en cualquier sexo, a cualquier edad (ya sea sistólica o diastólica, lábil o persistente, causal o basal), es un poderoso contribuyente de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica en general y de la enfermedad coronaria en particular. En realidad, en el estudio de Framingham, la enfermedad coronaria, es la secuela cardiovascular más frecuente de la hipertensión. No es prudente usar la presión más baja registrada para juzgar el riesgo, si el promedio de 3 tomas es alta, (4,8,10,17).

La hipertensión esencial es una de las enfermedades más comunes, afectando del 15 al 20% de todos los adultos. La incidencia de la hipertensión en Latinoamérica es alarmantemente alta.

Los estudios conducidos en México han encontrado que la hipertensión es la sexta causa de muerte en el país, y que fue responsable, en 1972, del mayor número de muertes en personas entre 35 y 60 años. Se halló también que la causa de muerte fue de 62.2 por 100,000 colombianos entre 55-64 en 1977.

La mortalidad debida a hipertensión en otros países latinoamericanos, tales como el 32.4 por 100,000 hallado en Venezuela y el 21.9 por 100,000 en Chile, es alta comparada con el 9.4 por 100,000 hallado en los Estados Unidos (16).

Una presión diastólica de sólo 85 mmHg está asociada con una mortalidad aumentada significativamente en hombres, mientras que en el caso de mujeres no existen diferencias en los índices de mortalidad hasta tanto los promedios de presión diastólica excedan los 95 mmHg. Si bien no existe un claro límite entre lo normal y la hipertensión, la mayoría de los expertos parecen concluir que la expectativa de vida se reduce en ambos sexos y en todas las edades cuando la presión sistólica excede los 140 mmHg o la presión diastólica es superior a los 90 mmHg (8,13,16,17).

La mayoría de las autoridades aceptan que el límite superior de lo normal es 140-90 mmHg, mientras que de 90-99 mmHg para la presión diastólica se considera hipertensión incipiente a ligera, y que cuando la presión excede los 100 mmHg la hipertensión se considera moderada a severa. Mientras que la mayoría de las muertes debidas a elevada presión arterial son el resultado de daño cardíaco (expresado clínicamente como enfermedad cardíaca precoz y severa) el modelo de complicaciones cardiovasculares difiere en las categorías de incipiente por un lado a severa en el otro.

Los hipertensos incipientes exhiben complicaciones que son casi exclusivamente eventos ateroscleróticos, siendo el infarto del miocardio y la muerte súbita los más frecuentes. Cuando la hipertensión es moderada a severa, además de las complicaciones ateroscleróticas, ocurre una diversidad de complicaciones tales como la insuficiencia cardíaca congestiva, la falla renal y el aneurisma disecante de la aorta. (13,16,31).

Los estudios indican que la incidencia de infarto del miocardio podría ser disminuida si se reduce la presión arterial elevada. Los resultados de estudios del programa de Detección y Seguimiento de la Hipertensión, realizado por un grupo de expertos en hipertensión, llevado a cabo en Barcelona en 1983; que comparó el tratamiento graduado y sistemático (con la intervención de grupos especiales) con el tradicional método de referencias (realizado por el médico de cabecera), mostró una reducción del 26% en las muertes cardiovasculares, y una disminución del 45% de muertes debidas a infarto del miocardio en el grupo tratado en forma graduada y sistemática (13,16).

Hiperlipidemia.

La patología subyacente de la enfermedad coronaria es la aterosclerosis coronaria, un proceso crónico iniciado por la deposición de grasas, colesterol y otras sustancias en la capa interna de las arterias coronarias (2,8,16,17).

En un estudio llevado a cabo en México sobre 67 pacientes con infarto del miocardio, Zorrilla reportó hipercolesterolemia en 47.7% de los mismos. Esto contrasta con el 10% encontrado entre 670 sujetos normales.

Estos datos están de acuerdo con los resultados del estudio de Framingham y otros estudios epidemiológicos prospectivos que han demostrado de manera prácticamente concluyente que un elevado nivel de colesterol sérico total constituye un factor de riesgo principal en el desarrollo de enfermedad coronaria.

Por cuanto el colesterol es insoluble en soluciones acuosas, para poder ser transportado en el suero se debe combinar con proteínas. Estas combinaciones de colesterol y proteínas son llamadas lipoproteínas, que también contienen triglicéridos y fosfolípidos (16).

La densidad de las lipoproteínas es una función de las relaciones entre los distintos componentes lípido-proteicos. Existen 3 lipoproteínas principales: lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Si bien la mayoría de los pacientes con enfermedad coronaria tienen elevados niveles de triglicéridos, la enfermedad coronaria en los mismos coexiste con bajos niveles de HDL.

La asociación entre un aumentado riesgo de enfermedad coronaria y el colesterol está mediada principalmente por la fracción LDL. Existen fuertes evidencias que asocian firmemente a las LDL elevadas como las lipoproteínas responsables del depósito de colesterol en las paredes arteriales.

Estudios recientes sugieren que las HDL no son aterogénicas, y aún más parece ser que sirven para eliminar al colesterol de la pared arterial, transportándolo hacia el hígado, donde es catabolizado y excretado por ruta hepatobiliar (8,13,15,16,17).

Probablemente el trabajo definitivo correlacionado con hipercolesterolemia y enfermedad coronaria sea el estudio Prevención Coronaria Primaria del Lipid Research Clinics; que demuestra que la reducción del colesterol total mediante la disminución de los niveles de la fracción LDL puede disminuir la incidencia de morbilidad coronaria en hombres con alto riesgo cardiovascular por niveles elevados de LDL.

En general, los niveles de HDL tienden a ser mayores en las mujeres y en los atletas, especialmente aquellos que practican vigorosas actividades. Los fumadores y las personas obesas, por su parte, tienden a exhibir bajos niveles de HDL.

También parece ser claro el papel de la dieta en el índice de aterogénesis, tal como lo demuestra el Ni-Hon-San Study (8,10,16).

Si bien los factores dietéticos contribuyen, las influencias genéticas no deben ser subestimadas, especialmente en pacientes en los cuales la concentración plasmática de LDL está por encima del percentil 90-95%.

Debido a que el nivel de colesterol plasmático es un indicador firme de riesgo coronario, es importante definir el nivel ideal del mismo. Así tenemos que varios datos estiman un colesterol ideal en el adulto del orden de los 130-190 mg/dl (media 160 mg/dl), (1,8,9,10,11,13,15,17,21,31,37).

Aunque el papel de los triglicéridos en enfermedad coronaria es controversial, Sniderman y cols. (1982) encontraron recientemente que personas con hipertrigliceridemia y elevaciones de apolipoproteína B se encuentran con riesgo elevado (13,17).

Diabetes Mellitus.

Aunque algunos han reportado que la hiperglicemia sintomática no es peligrosa, algunos estudios indican que la hiperglicemia, una prueba anormal de tolerancia a la glucosa, o hasta una toma de glicemia casual alta están asociados con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular.

En el estudio de Framingham, se encontró que la diabetes duplica la mortalidad cardiovascular, ya que predispone a infarto silencioso del miocardio (8).

Framingham reveló que los niveles elevados de VLDL y LDL en diabéticos son ya frecuentes, 10 años antes de que se manifiesta ésta. De ahí que estos niveles lipídicos aumentados frecuentemente son premonitorios de una diabetes latente. De esa cuenta "un paciente con obesidad, altos valores de triglicéridos, bajos valores de HDL y una historia familiar positiva de diabetes, es un paciente con un riesgo extremadamente alto para desarrollar una diabetes manifiesta" (Framingham).

Debe pues tenerse en cuenta como principio terapéutico la dieta y la reducción de peso en los obesos (13,17).4

En cuanto a las complicaciones, son las relacionadas con trastornos vasculares las que afectan más comunmente a los diabéticos. Mientras que los cambios ateroscleróticos en la pared arterial son iguales tanto para el diabético como para el no diabético, sin embargo, el proceso es más rápido y precoz en los primeros.

Tradicionalmente las dietas diabéticas han consistido en restringir los hidratos de carbono, con la idea de facilitar el control de la glicemia. Como consecuencia, las dietas eran altas en grasas y proteínas. Debido a la predisposición del diabético a desarrollar enfermedad coronaria, se ha utilizado una dieta pobre en grasas y con un aumento en los hidratos de carbono complejos. Este tipo de dieta puede disminuir significativamente el riesgo de los diabéticos a desarrollar enfermedad coronaria no sólo al disminuir los niveles séricos de glucosa, sino también reduciendo los niveles de colesterol y otros lípidos (16,17).

Obesidad:

Las personas obesas tienen dos veces más fallo cardíaco e infarto cerebral que las personas de la misma edad y sexo en la población general y un moderado exceso de enfermedad coronaria (4,8).

La obesidad es definida como un contenido corporal de grasa tisular superior al promedio para una determinada edad, sexo y estatura. La obesidad aumenta los requerimientos metabólicos, la eyección cardíaca y el volumen minuto; los cambios hemodinámicos están a menudo asociados con un aumento del trabajo del ventrículo izquierdo, agrandamiento e hipertrofia.

Si bien algunos estudios no han demostrado una relación directa entre obesidad y enfermedad coronaria, si se ha demostrado que el exceso de peso exagera los factores de riesgo bien establecidos como hiperlipidemia, hipertensión y diabetes.

La obesidad está asociada con aumento de triglicéridos séricos y ácidos grasos libres. Esta hiperlipidemia está asociada con una obesidad hipertrófica y puede ser normalizada con la pérdida de peso (16,17).

La obesidad también se asocia fuertemente con hipertensión: el riesgo de desarrollar presión arterial alta es tres veces superior en los obesos que en las personas normales. Sin embargo, los obesos hipertensos consiguen disminuir significativamente su presión cuando bajan de peso, aún cuando no se disminuya la ingesta de sodio de manera paralela. Esta mejora de la hipertensión, la hiperlipidemia y la tolerancia a la glucosa luego de una reducción en el peso sostiene la teoría de que la obesidad contribuye al desarrollo de la enfermedad coronaria, y que la corrección de la misma puede resultar en mayor longevidad (1,16).

Tabaquismo.

El consumo de cigarrillos duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular en general. La asociación entre el consumo de cigarrillos y el riesgo del infarto del miocardio está bien establecida. El riesgo, que es mucho mayor en fumadores, aumenta proporcionalmente con el número de cigarrillos fumados por día. El riesgo de ataque cardíaco puede ser hasta 10 veces mayor en los hombres cuyas edades están entre 45 y 54 años que son fuertes fumadores (2 paquetes/día) que en la población general de no fumadores (1,8, 10).

La incidencia de infarto de miocardio disminuye entre aquellos que abandonan el hábito de fumar, y eventualmente un ex-fumador puede reducir este riesgo a los niveles de aquellas personas que nunca han fumado (21).

En cuanto a los múltiples constituyentes del cigarrillo que suman cerca de 4000 en total, no se sabe con certeza cual de todos ellos aumenta el riesgo de enfermedad coronaria.

Lo que si se conoce, son sus efectos negativos a nivel histológico, fisiológico, hematológico y metabólico (38).

De tal suerte, los fumadores muestran niveles elevados de LDL y bajos de HDL, en comparación con los no fumadores (38).

Ultimamente ha surgido la pregunta de si los nuevos cigarrillos que tienen baja cantidad de nicotina y alquitrán suministran alguna protección contra el riesgo de enfermedad coronaria. Las investigaciones epidemiológicas al respecto de los distintos tipos de cigarrillos y el riesgo de enfermedad coronaria no han demostrado que exista un cigarrillo inocuo (8,16,17).

Los fumadores que consumen cigarrillos con filtro alteran sus hábitos de tal manera que terminan incorporando la misma dosis de nicotina y parece ser que inhalan más monóxido de carbono a través de los filtros no porosos (16).

Actividad física.

El estudio de Framingham demuestra que la mortalidad en general, la mortalidad cardiovascular y la mortalidad coronaria están inversamente relacionadas al grado de actividad física (8,13,19).

La mayoría de estudios epidemiológicos avalan la hipótesis de que una vigorosa actividad física disminuye el riesgo de enfermedad coronaria. En investigaciones recientes, se observó una incidencia significativamente menor de enfermedad coronaria en adultos que participan de actividades físicas moderadamente intensas tales como caminar o ciclismo. Otros estudios han demostrado la correlación entre la inactividad física y un aumento en el riesgo de enfermedad coronaria. Este riesgo parece ser independiente de la edad, del fumar, de la presión arterial, del peso o la historia familiar. Sin embargo, comparando con los otros factores de riesgo, su trascendencia es escasa (14).

El ejercicio practicado regularmente disminuye el peso corporal al aumentar el gasto de energía, el gasto metabólico y acelerar la movilización de grasas a partir de los depósitos.

También tiene un efecto positivo sobre el metabolismo de la glucosa y permite un mejor control de la diabetes al aumentar la sensibilidad a la insulina.

Además el ejercicio físico controla la presión arterial, aumenta la fracción HDL, y disminuye los triglicéridos. Sumado a esto mejora la función cardiorrespiratoria, mejorando la vascularización del miocardio y la tolerancia al estrés al reducir la actividad del sistema nervioso simpático.

El practicar ejercicios como el único factor para la prevención primaria de la enfermedad coronaria no es posible ni desde el punto de vista práctico ni desde el punto de vista científico (8,16,34).

Se recomienda que todas las personas sanas con hábitos sedentarios desarrollen más actividades físicas tanto en las horas de trabajo como en el hogar, y practiquen ejercicios como parte habitual de sus actividades cotidianas (16).

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, la enfermedad coronaria es de origen multifactorial, es por tal razón que el manejo de los factores de riesgo debe ser amplio y confeccionado de tal forma que satisfaga las necesidades específicas tanto física como psicosocialmente del paciente. Este enfoque debe ser compatible con el estilo de vida de los pacientes al mismo tiempo debe ocuparse de cada uno de los factores de riesgo ya mencionados (8,13,15,17).

Es claro entonces el papel del médico en cuanto a la educación que brinde a su paciente con respecto a dichos factores y su prevención o reducción, en último caso.

VI. METODOLOGIA

A) Tipo de estudio:

Estudio Observacional-Descriptivo.

B) Sujeto de estudio:

Población de pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica atendidos en la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General, durante el mes de mayo de 1996.

- Criterios de inclusión:

Todo paciente adulto, hombre y mujer con el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, sin importar tiempo de evolución, que sea atendido en la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General, durante el período ya descrito.

Si por motivos ajenos a mi voluntad no pueden entrevistarse pacientes en ciertos días del mes de mayo, esto será compensado con entrevistas en el siguiente mes.

- Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio a los pacientes que no cumplieron con los requisitos arriba mencionados.

C) Tamaño de la muestra:

- Marco de muestreo:

Consulta Externa de Cardiología del Hospital General San Juan de Dios.

- Unidad última de muestreo:

Pacientes adultos que asisten a la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General.

- Tamaño:

Tomando en cuenta que la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General San Juan de Dios es atendida por cuatro cardiólogos, cada uno de los cuales ve aproximadamente 6 pacientes al día, y que son tres días de consulta semanales; esto da un total de 72 pacientes semanales y 288 mensuales. De este total, entre el 20 al 30% acuden por motivos de cualquier variedad de Cardiopatía Isquémica (datos proporcionados por los Cardiólogos), dicha situación reduce el número de

pacientes entre 58 y 86 (promedio 72).

D) Variables a estudiar:

EDAD.

Definición conceptual: medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

Definición operacional: edad en años cumplidos al momento de la entrevista.

Tipo de variable y escala: independiente y numérica (de intervalo).

Instrumento: pregunta directa al paciente sobre su edad.

SEXO.

Definición conceptual: diferencia constitutiva y física del hombre y la mujer.

Definición operacional: por observación directa del fenotipo del paciente al momento de la entrevista.

Tipo de variable y escala: independiente, nominal.

Instrumento: marca con una X en la boleta, Masculino o Femenino según el fenotipo observado en el paciente.

DIAGNOSTICO.

Definición conceptual: identificación de una enfermedad por medio de signos y síntomas específicos.

Definición operacional: nombre específico de la patología que aparece en el carnet de citas del paciente.

Tipo de variable y escala: independiente, nominal.

Instrumento: descripción en la boleta de la Cardiopatía Isquémica específica padecida por el paciente.

FACTOR DE RIESGO.

Definición conceptual: toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño a la salud.

Definición operacional: en este caso se tomarán como factores de riesgo todas aquellas situaciones reconocidas que aumentan la probabilidad de sufrir Cardiopatía Isquémica: hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, hiperlipidemia, obesidad, sedentarismo, tensión o estrés, hiperuricemia.

Tipo de variable y escala: dependiente, nominal.

Instrumento: pregunta cerrada sobre los factores de riesgo, con una alternativa como respuesta: Si, No, No sabe, La mejora, La empeora, No la afecta. En algunos casos se usará la pregunta abierta.

E) Recursos:

1. Materiales:

a) Físicos:

- Encuesta (ver anexos).

2. Humanos:

- Pacientes de la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General y con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica.

G) Gráfica de Gantt:

ACTIVIDADES

1. $\times$

2. x

3. x x

4. x x

5. x

6. ☐ X7. ☐ X

3. X X X X

10. x

11. x

12. x

13. X

14. x

1.55 x

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

SEMANAS

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital o Institución en donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
7. Diseño de los instrumentos para captar la información.

8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de los resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

"EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA"

CUADRO 1
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
18-27	0	0	0	0
28-37	0	0	0	0
38-47	6	24	6	17.65
48-57	6	24	2	5.9
58-67	7	28	15	44.12
68-77	6	24	8	23.53
78-87	0	0	3	8.8
88-97	0	0	0	0
98 ó más	0	0	0	0
Total	25	100	34	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

"EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA"

CUADRO 2
DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO SEGUN SEXO

DIAGNOSTICO	SEXO		NUMERO	
	MASCULINO	FEMENINO	No.	%
IAM	13	20	33	55.93
ANGOR PECTORIS	8	6	14	23.72
ISQUEMIA SILENCIOSA	4	8	12	20.35
Total	25	34	59	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

"EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA"

CUADRO 3
DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO SEGUN EDAD

DIAGNOSTICO	EDAD										Total	%
	18-27	28-37	38-47	48-57	58-67	68-77	78-87	88-97	98 o Más			
IAN	0	0	6	5	13	0	1	0	0	33	55.93	
ANGOR PECTORIS	0	0	2	3	6	2	1	0	0	14	23.72	
ISQUEMIA SILENCIOSA	0	0	4	0	4	3	1	0	0	12	20.35	
Totales	0	0	12	8	23	13	3	0	0	59	100	

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

"EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA"

CUADRO 4
INFLUENCIA DEL FACTOR DE RIESGO SOBRE LA ENFERMEDAD

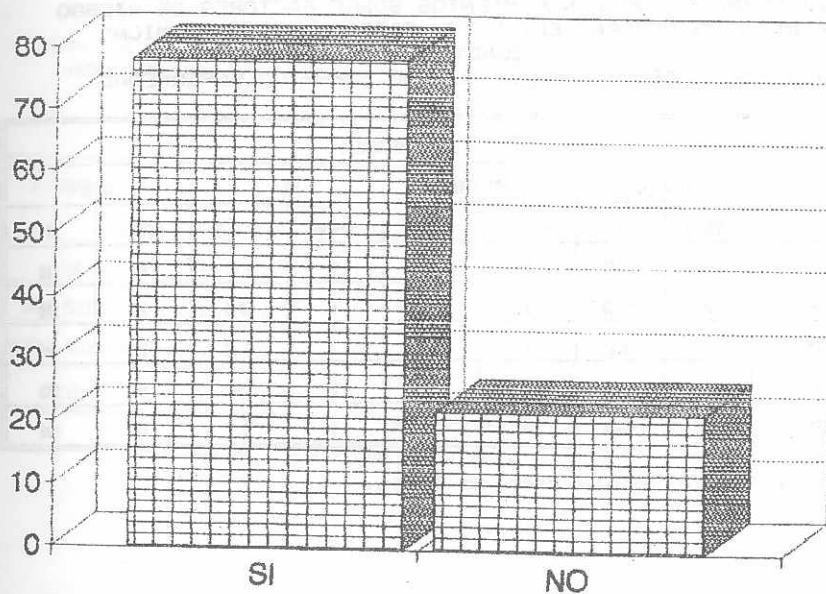
FACTOR DE RIESGO	INFLUENCIA							
	NEGATIVA		POSITIVA		NULA		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
OBESIDAD	54	91.53	0	0	5	8.47	59	100
TABAQUISMO	50	98.30	0	0	1	17.0	59	100
ALCOHOLISMO	57	96.61	0	0	2	3.39	59	100
TENSION	59	100.00	0	0	0	0	59	100
EJERCICIO	22	37.3	34	57.6	3	5.1	59	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 1

Pregunta No. 6: Sabe usted de que enfermedad padece?

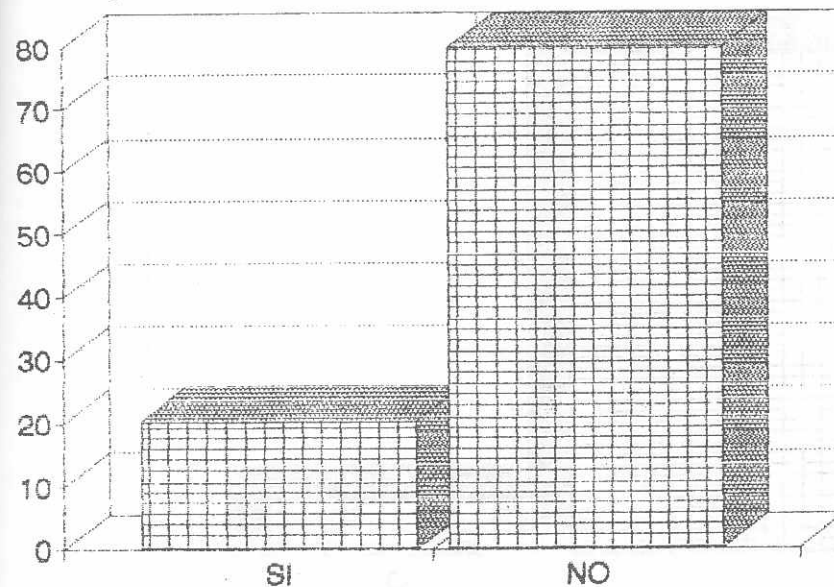


Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 2

Pregunta No. 7: Sabe usted en que consiste su enfermedad?

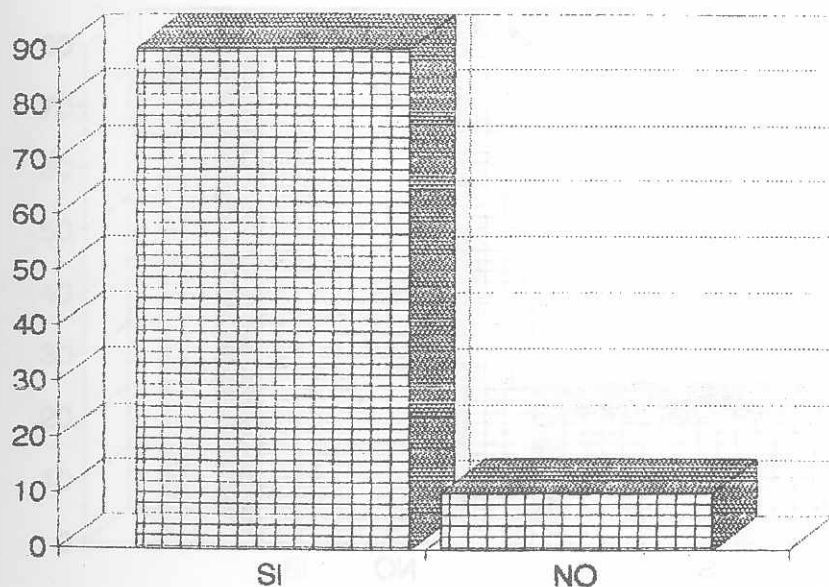


Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 3

Pregunta No. 8: Cree usted que es posible controlar su enfermedad?

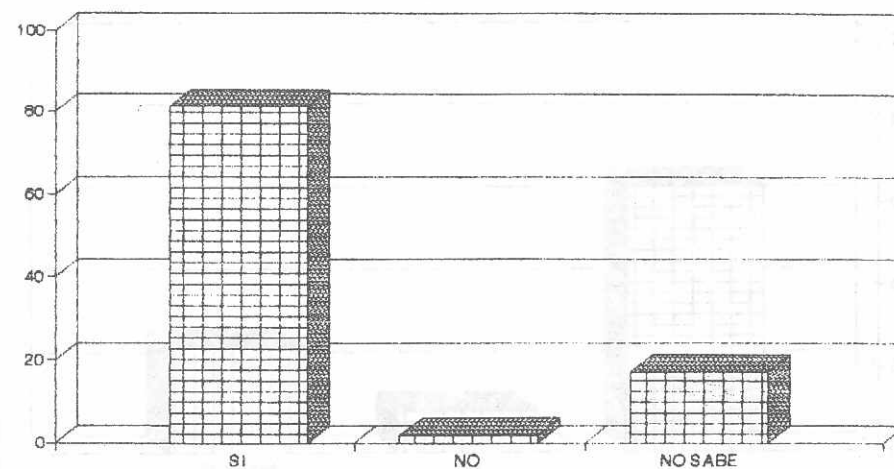


Fuente: Boleta de Recoleccion de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 4

Pregunta No.9: Cree usted que es necesario vigilar su presion
arterial para controlar su enfermedad?

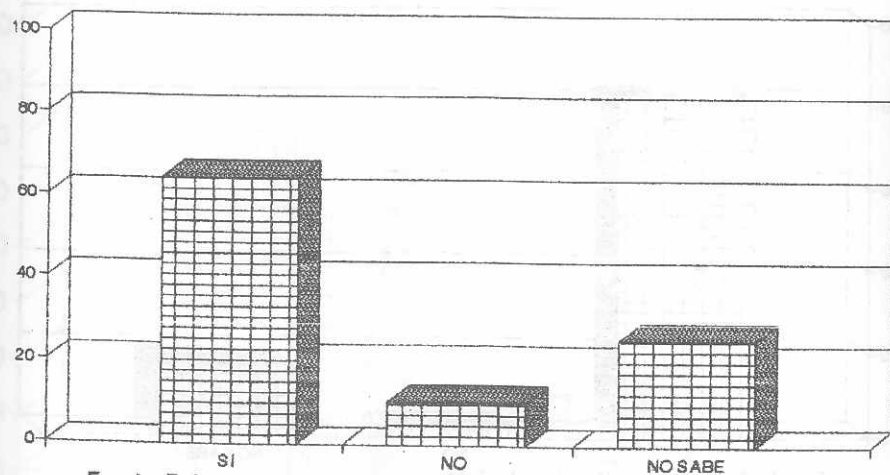


Fuente: Boleta de recoleccion de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 5

Pregunta No.10: Considera que por motivo de la enfermedad que padece es necesario que lleve control de algunos exámenes de laboratorio?

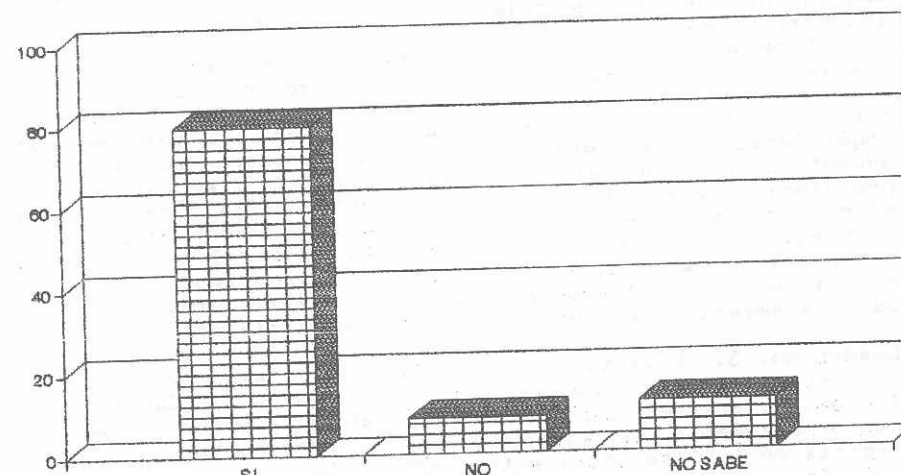


Fuente: Boleta de recoleccion de Datos.

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES
DE RIESGO ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA

GRAFICA No. 6

Pregunta No.11: Sabe usted si debe llevar una dieta especial por motivo de su enfermedad?



Fuente: Boleta de recoleccion de Datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1. (Distribución por edad y sexo)

Se nota que en general la población afectada se encuentra por arriba de los 38 años, y rara vez más allá de los 80 años, excepto en el sexo femenino, donde existen tres pacientes en el rango de edad de 78-87. Este fenómeno probablemente sea debido a la mayor letalidad de eventos isquémicos en los hombres, lo que los lleva a morir a una edad más temprana comparada con las mujeres. También se nota una relación hombre:mujer de 1:1.4 con un predominio no significativo de las mujeres.

Cuadro No. 2. (Distribución por diagnóstico según sexo)

En general, el IAM representó más de la mitad de los diagnósticos en la población estudiada, con un 55.93%, seguido del Angor Pectoris con 23.72%, y por último, la Isquemia Silenciosa con un 20.35%.

Tomando en cuenta que la literatura extranjera reporta que la forma de presentación de la enfermedad coronaria varía entre hombres y mujeres, encontrándose que en los primeros se presenta como IAM o muerte súbita, y en las mujeres como Angor Pectoris, en este caso dicho fenómeno se conservó, excepto porque en el sexo femenino el diagnóstico que prevaleció fue el IAM, sin embargo, esto podría deberse a que el número de mujeres entrevistadas fue mayor que el de hombres. Además, por las características del estudio, no puede determinarse si estas mujeres tuvieron angina de pecho al inicio de su enfermedad y por alguna razón (incumplimiento del tratamiento por ejemplo) esta se convirtió en IAM.

Cuadro No. 3. (Distribución del diagnóstico según edad)

Puede notarse que el número de casos de Cardiopatía Isquémica, en cualquiera de sus variantes, tiende a aumentar conforme aumenta la edad de los pacientes, tal y como se reporta en la literatura extranjera (33).

En este caso el grupo etáreo más afectado fue el de 58-67 años, y a partir de aquí el número de casos disminuye paulatinamente, hasta ser de cero por arriba de los 80 años. Esto puede explicarse por el hecho de que la mortalidad por enfermedad coronaria aumenta con la edad (14,33).

Cuadro No. 4. (Opinión de los pacientes acerca de la influencia de diversos factores de riesgo sobre su enfermedad).

Se observa que la mayoría opinó que la Obesidad, el Tabaquismo, la ingesta de alcohol y la tensión o estrés ejercen un efecto negativo sobre su enfermedad. Sin embargo, esto no ocurrió con la actividad física, en la que las opiniones sobre su influencia sobre la enfermedad se dividieron entre influencia positiva y negativa (57.61% vrs. 37.3%, respectivamente).

Este fenómeno podría ser explicado por las siguientes situaciones:

- Algunos de los pacientes entrevistados ya tenían secuelas secundarias al evento isquémico, manifestado como insuficiencia cardíaca, la que obviamente los limita a llevar a cabo alguna actividad física, pues la misma podría desencadenar o exacerbar su insuficiencia.
- Los pacientes basan sus conocimientos sobre su enfermedad en opiniones vertidas por personas ajenas al personal de salud; por ejemplo familiares, vecinos, etc.
- Los pacientes entienden por actividad física como ejercicios vigorosos y exhaustivos, que claro está agravarán su condición.

Gráfica No.1. (Sabe usted de qué enfermedad padece?)

El 78% de los pacientes respondieron que Si, y el 22% que No.

Sin embargo, al comparar sus respuestas sobre el nombre de la enfermedad que padecían, sólo el 66% de los pacientes concordaron con el diagnóstico que aparece en su carnet de citas. Este porcentaje aunque alto, es aún deficiente si tomamos en cuenta que el conocimiento que el paciente tenga sobre su enfermedad repercutirá en como la puede controlar.

Gráfica No. 2. (Sabe usted en qué consiste su enfermedad?)

El 79.67% de los pacientes respondió que No. Este hecho como el de no saber de qué enfermedad padecen, es negativo para el paciente, pues si no sabe cómo y por qué se produce su enfermedad, es muy probable que no sepa como evitar aquello que la provoca o agrava.

Gráfica No. 3. (Cree usted qué es posible controlar su enfermedad?)

El 89.83% respondió que Si, y el 10.17% que No. Estos resultados compensan en cierta manera a los obtenidos en las dos preguntas anteriores, pues si los pacientes creen que es posible controlar su enfermedad es de esperar que busquen los medios o la forma para hacerlo, y se preocupen por su salud.

Gráfica No. 4. (Cree usted qué es necesario vigilar su presión arterial para controlar su enfermedad?)

El 81.36% respondió que Si, dato positivo. Sin embargo, aún persiste un porcentaje de pacientes (18.64%) que tienen un conocimiento erróneo, o no lo tienen, acerca de la relación entre la presión arterial y la enfermedad coronaria.

Gráfica No. 5. (Considera usted que por motivo de la enfermedad que padece es necesario que lleve control de algunos exámenes de laboratorio?)

En esta gráfica puede notarse que un porcentaje considerable de pacientes no creen o no saben de la importancia de ciertos parámetros de laboratorio como indicadores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

De los que respondieron Si, se observa que en la mayoría de los casos se propuso al electrocardiograma (EKG) como un examen necesario para determinar el grado de control de su enfermedad (47.2%). Mientras que los exámenes de glicemia y niveles séricos de colesterol sólo fueron mencionados en un 22.2% y 13.9%, respectivamente.

Estos datos deben llamar la atención por el hecho de que es bien sabido el papel de la hipercolesterolemia e hiperglicemia como factores de riesgo principales en el desarrollo de enfermedad coronaria (8). Y sin embargo, sólo un porcentaje reducido de pacientes propusieron ambos exámenes de laboratorio como necesarios para indicar el nivel de control de su enfermedad.

Gráfica No. 6. (Sabe usted si debe llevar alguna dieta especial por motivo de su enfermedad?)

El 79.7% de los pacientes respondieron que Si, mientras que el resto (20.3%) desconocen la importancia de la dieta como un coadyuvante al control de su enfermedad.

En lo que respecta a los alimentos que deben evitarse según opinión de los pacientes, estos fueron, en orden descendente: sal (42.5%), grasas (34.5%), café (8%), azúcares (3.5%), otros (2.3%). También se propusieron como sustancias que deben evitarse al alcohol y al cigarrillo, datos que se complementan a los resultados obtenidos en la Pregunta No.12.

Puede notarse entonces, que en este estudio, en un porcentaje considerablemente alto se evitan los alimentos que han sido reconocidos como dañinos para los pacientes cardíacos.

IX. CONCLUSIONES

1. En general, el grupo de pacientes estudiado posee un conocimiento adecuado acerca de su enfermedad.
2. El diagnóstico más frecuente en ambos sexos fue el Infarto Agudo del Miocardio (IAM).
3. En cuanto a la relación hombre:mujer, existe un leve predominio a favor de las mujeres.
4. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 58 y 67 años.
5. La mayoría de los pacientes saben exactamente de qué enfermedad padecen.
6. La mayor parte de los pacientes creen que su enfermedad puede ser controlada.
7. La mayoría de los pacientes reconocieron la importancia de vigilar su presión arterial en el control de su enfermedad.
8. Aunque el 64.41% de los pacientes reconocieron la importancia de hacerse estudios de laboratorio para saber si están controlando su enfermedad, en general no saben con exactitud cuales son esos exámenes de laboratorio.
9. La mayor parte de los pacientes reconocieron la importancia que la dieta juega en el control de su enfermedad.
10. Entre el 91 a 100% de los pacientes reconocieron la influencia negativa que factores como obesidad, tabaquismo, ingestión de alcohol y estrés tienen sobre su enfermedad. No ocurrió lo mismo para la actividad física, en la cual las opiniones acerca de su influencia positiva o negativa sobre su enfermedad se dividieron; con un porcentaje mayor a favor de la influencia positiva.

X. RECOMENDACIONES

1. Instar a los médicos en general, y cardiólogos en particular a educar al paciente cardiopata acerca de su enfermedad y de cómo prevenirla.
2. Diseñar y distribuir material educativo al paciente cardiopata, en el que se detalle con claridad información que incluya una breve explicación acerca de lo que constituye la Cardiopatía Isquémica, formas de presentación, en qué consiste, cómo se manifiesta, cual es su tratamiento; y lo más importante, como puede prevenirse.
3. Educar a los familiares de los pacientes con Cardiopatía Isquémica para que participen como entes de apoyo en el proceso de modificar el estilo de vida de estos pacientes, procurando de esta forma hacer más fácil dicho proceso.
4. Realizar en un futuro estudios que evalúen el efecto a largo plazo, que la puesta en práctica de estas medidas ejerce sobre los pacientes con Cardiopatía Isquémica, y su calidad de vida.

XI. RESUMEN

La Cardiopatía Isquémica, en cualquiera de sus variantes obedece a múltiples factores, que en general se dividen en no controlables (edad, sexo, raza, etc.) y controlables (obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia, etc.) (1,4,8,9,10,11,16,17,18,21,31,36,37). Obviamente, son estos últimos los que tanto el médico como el paciente pueden modificar, dependiendo también del conocimiento que el paciente tenga acerca de su enfermedad.

En el presente estudio se entrevistaron a un total de 59 pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que asistieron a la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General durante los meses de mayo y junio del presente año. El objetivo principal fue el de evaluar los conocimientos que dichos pacientes poseen acerca de su enfermedad, y de los factores de riesgo que los predisponen a padecerla.

Se encontró que el diagnóstico más frecuente en ambos sexos fue el IAM, con un 55.93%. La relación hombre:mujer fue de 1:1.4. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 58-67 años. El 66% de los pacientes supo exactamente de qué enfermedad padecen. El 89.93% de los pacientes consideraron que su enfermedad es Controlable. Un porcentaje importante de pacientes reconocieron la importancia que tienen la dieta y el control de la presión arterial sobre su enfermedad. Entre el 91 al 100% de pacientes entrevistados reconocieron la influencia negativa que la obesidad, el cigarrillo, el alcohol y el estrés ejercen sobre su enfermedad. Por otra parte, únicamente el 57.61% de los pacientes reconoció la influencia positiva que el ejercicio tiene sobre su enfermedad.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro Arellano, F. G. 1988. Comportamiento de lípidos sanguíneos en la población urbana de la ciudad de Guatemala a nivel asistencial privado. *Revista Anuario Asociación Guatemalteca de Cardiología*. 34-42.
2. Alfaro Arellano, F. G. 1991. Importancia del estudio de los lípidos sanguíneos en Guatemala. *Anuario de Cardiología (Guatemala)*: 71-80.
3. Asociación Guatemalteca de Cardiología. 1991. Monografía de la Cardiología en Guatemala. 46-56;107-114.
4. Ballatine, B.L.; Devine and R. Fife. 1978. Interrelation of age, obesity, cigarette smoking and blood pressure in hypertensive patients. *British Medical Journal (London, England)*; 1:880-881.
5. Béhar, A. "Enfermedad Aterosclerótica del Corazón". en Asociación Guatemalteca del Corazón, Monografía de la Cardiología en Guatemala, Septiembre 1990, pag. 257-258.
6. Berrios, X. "Las enfermedades crónicas no transmisibles. Un enfoque preventivo". *Rev. Med Chile*. 119:338-343.1991.
7. Borhani, N. "The Efficacy of Established Measures for Primary Prevention of Coronary Heart Disease en, Corday and Swam, *Clinical Strategies in Ischemic Heart Disease. New Concept and Current Controversies*. Williams and Wilkins Company, Baltimore/London, 1979, pag. 74.
8. Castelli, W.P. 1981. Risk factors of coronary heart disease: The Framingham Study. *Lancet I. (Inglaterra)*: 109-113.
9. Cholestech Corporation. 1992. User Manual Cholestech L. D. X. Lipid Analyzer:1-25.
10. Dalen, J. 1979. Corazón en Peligro. *Tribuna Médica (Bogotá, Colombia)*. No. 285:8-10.
11. Gerd, A. 1991. The hipertriglyceridemias: Risk and Management. *The American Journal of Cardiology*. (EEUU):1-10
12. Gordon, T., and Kamel, W.B. "Premature Mortality from Coronary Heart Disease: The Framingham Study", *JAMA*, 215:1617, 1971.

13. Heyden, S. 1983. *Cardiología Preventiva*. Barcelona; Boehringer Mannheim. 142 p.
14. Incidence, Prevalence and Mortality of Cardiovascular Diseases, Kannel, W.; Thom, T., en Hurst, J., et al. *The Heart*. McGraw-Hill Book Company, 1986,557 p.
15. Informe del Programa de Educación Nacional de Colesterol. 1988. Panel de Expertos en la detección, evaluación y tratamiento del colesterol elevado en adultos. *Arch Intern Med (EEUU)*, 148:1-45.
16. Kannel, W.B. 1987. Cardiovascular Risk factors and preventive management. *Hospital practice (EEUU)*, 22(10): 147-164.
17. Kaplan, SN., and Jeremiah Stamier. 1983. Prevention of Coronary Heart Disease. *Practical Management of the risk factors*. 1st. Ed. (Philadelphia, EEUU); W. Saunders, Company, 215 p.
18. Klag, M. et al. 1993. Serum cholesterol in young men and subsequent cardiovascular disease. *The N Engl J of Med (EEUU)*, 328:313-317.
19. KNT, S. 1988. Medical clearance for vigorous exercise. *Post Graduate Medicine (EEUU)*, 83, (1): 146-155.
20. Leibowitz, JO, "The History of Coronary Heart Disease". Wellcome Institute of History of Medicine, London, 1970.
21. Margolis, S. 1984. Control de los factores de riesgo del infarto del miocardio. *Tribuna Médica (Bogotá, Colombia)*. No. 403:19-24.
22. Medina, E. "Estado actual de las enfermedades cardiovasculares en Chile". *Rev. Med Chile*. Vol. 98, No. 4: 257-265, 1970.
23. Medina, E. "Perspectiva Epidemiológica de la Insuficiencia Cardíaca". *Problemas de Salud del Adulto (Artículos Seleccionados)*. 1970.
24. Mella, I. García de los Ríos, M. "Prevalencia de Diabetes en el Gran Santiago". *Rev. Med Chile*. 109:869-75. 1981.
25. Meneses, S. "Influencia de los factores de riesgo cardiovascular en la madre y el niño". Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Santiago de Chile. 1987.

26. National Center for Health Statistics. "Vital Statistics of the United States, 1978", 1983, Vol. 2, pt. A.
27. National Heart, Lung, and Blood Institute: "Tenth Report of the Director, National Heart, Lung, and Blood Institute". Vol. 2, Heart and Vascular Diseases. 2. Magnitude of the problem, Oct. 1982.
28. OMS. "Comité de Expertos de OMS en Diabetes Mellitus". Serie de informe de técnicos No. 724. 1985.
29. OMS. "Hipertensión Arterial. Informe de un Comité de Expertos de la OMS". Serie de informes técnicos No. 628. 1978.
30. OPS-OMS. "Las condiciones de salud en las Américas". Washington, D.C., 1990. (Publicacion 524), Vol. 2.
31. Parmely, W.W. 1990. "A Symposium Atherosclerosis and Vascular Protection". The American Journal of Cardiology (EEUU): 1-16.
32. Publicacion Cientifica de la OPS. No. 312. "Grupo de estudios sobre Diabetes Mellitus". 1975.
33. Revista de la Asociación Médica Argentina. "Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular". Asociación Médica Argentina. Vol. 108. No. 3 de 1995.
34. Serrano Maas, P.A. 1973. "Factores de Riesgo Coronario". Archivos del Instituto Nacional de Cardiología (México); 43S:892-902.
35. Shahbuddin, H.R. 1985. "Cholesterol and Coronary Heart Disease: A perspective". JAMA. (EEUU). 253(14): 2094-2095.
36. Thelle, D. 1991. "Multiple risk factors for coronary heart disease. Identification and intervention". Interamerican Symposium (Noruega). 1-16.
37. Thomas, E.K. 1992. "Enfermedad Coronaria: Control de los factores de riesgo". Tribuna Médica (Bogotá, Colombia): 50 (1):1-9.
38. Turner, P.E. 1992. "The health consequences of smoking. Cardiovascular Diseases". Medical Clinics of North America (EEUU). W.B. Saunders Company, 76:2, 333-353.

XIII. ANEXOS

ENCUESTA

"EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
ADQUIRIDOS POR PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA EN EL HGSJdD"

DATOS GENERALES

1. Sexo: Masculino () Femenino () 2. Edad: _____ (años)
3. Diagnóstico: _____
4. Institución: _____
5. No. de Historia Clínica: _____ Fecha: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

6. Sabe usted de que enfermedad padece?
Si () No ()
Si su respuesta es Si, escriba el nombre de la enfermedad:

7. Sabe usted en qué consiste su enfermedad:
Si () No ()
8. Cree usted que es posible controlar su enfermedad?
Si () No ()

DATOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

9. Cree usted que es necesario vigilar su presión arterial para
controlar su enfermedad?
Si () No () No sabe ()
10. Considera usted que por motivo de la enfermedad que padece es
necesario que lleve control de algunos exámenes de laborato-
rio?
Si () No () No sabe ()
Si su respuesta es Si, puede decirme cuáles son esos exámenes:

11. Sabe usted si debe llevar alguna dieta especial por motivo
su enfermedad?

Si () No () No sabe ()

Si su respuesta es Si, mencione en qué consiste esta dieta:

12. De acuerdo a lo que usted sabe sobre su enfermedad, cómo co-
sidera que los siguientes factores puede afectarla?
Marque con una X en el espacio correspondiente la respuesta
usted elija.

a) Obesidad:

La Empeora () La Mejora () No la afecta ()

b) Fumar:

La Empeora () La Mejora () No la afecta ()

c) Ingerir bebidas alcohólicas:

La Empeora () La Mejora () No la afecta ()

d) Tensión o estrés:

La Empeora () La Mejora () No la afecta ()

e) Actividad física:

La Empeora () La Mejora () No la afecta ()