

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



**MORBIMORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR “LUIS RAZETTI” ANZOATEGUI. AÑO 2008**

REALIZADO POR:

**GUATACHE GARCÍA, EDGARDO JOSÉ
LARA VELÁSQUEZ, ERNESTO ARTURO
PEREIRA LISBOA, ELIANA CAROLINA**

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

Puerto La Cruz, Junio de 2009

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



**MORBIMORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR "LUIS RAZETTI" ANZOATEGUI. AÑO 2008**

Prof. Humberto Gómez

Asesor Académico

Firma

Puerto La Cruz, Junio de 2009

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA



**MORBIMORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR “LUIS RAZETTI” ANZOATEGUI. AÑO 2008**

Humberto Gómez
Asesor Académico

Prof. Oscar Geraldino
Jurado Principal

Prof. Sabrina Droz
Jurado Principal

Puerto La Cruz, Junio de 2009

ARTÍCULO 44

De acuerdo con el reglamento de Trabajos de Grado de la Universidad de Oriente:

“Los trabajos de Grado son propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual participará al Consejo Universitario”

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios y a la Virgen del Valle por acompañarme y guiarme a lo largo de esta carrera y poder alcanzar este triunfo.

A mis padres por apoyarme en cada momento y ser un ejemplo a seguir, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

A mis hermanos: Orlando, Raúl, Fernando y Alejandro; por ser un motivo para seguir adelante y por siempre contar con ustedes.

A mi abuela Ana por estar siempre en los momentos más importantes.

A mis compañeros de tesis, Eliana una persona incondicional, que siempre me ayudó y estuvo a mi lado en las buenas y en las malas, le doy gracias a Dios por haberte conocido, y Edgardo, mas que un compañero un gran amigo, juntos somos un buen equipo.

A todas aquellas personas que de una u otra manera me impulsaron y motivaron a realizar este trabajo.

Ernesto Lara

A mi Dios a quien le debo estar aquí donde estoy, quien ha obrado todo lo que soy y quien me fue mostrando el camino y abriendo las puertas que me llevaron hasta aquí.

A mis padres, Graciela y Edgar, a mis hermanos, Edgar y Luis, quienes estuvieron siempre al pendiente de toda actividad que yo realizaba igualmente vivieron e hicieron suya tal como yo toda esta experiencia.

A mis hermanos espirituales de la Ermita El Carmen, quienes ya no son amigos sino parte de mi familia, familia que respeto y amo, y a María Eugenia quien siempre me dijo que para estudiar esto era necesario tener vocación y resistencia, y que ambas deben ir juntas, ahora queda demostrado que si te falta alguna de las dos sería muy difícil alcanzar esta meta.

A mi familia, tías y tíos, primas y primos y a mi abuela quienes forman parte de esta gran alegría, a todos ellos les dedico este logro, por sus atenciones y por sus oraciones también.

A mis compañeros de tesis, Eliana y Ernesto, excelente equipo, quienes me enseñaron entre muchísimas cosas que ante todo debemos siempre sonreír, y que la mejor terapia para cualquier situación es el buen humor, realmente no me veo realizando este proyecto con otros que no sean ustedes.

A todas aquellas personas que fueron quedando en el camino y que su ida dejó un vacío en mi vida, pues aun ausentes forman parte de este proyecto: Aurora Gutiérrez quien quería estar conmigo en este momento, pues te aseguro que lo estas; Josué Bello, quien siempre me vio como un ejemplo a seguir, quien desde siempre

quiso ser el doctor de la familia, a ti te dedico esto primo, y se que donde te encuentres estarás feliz por mi logro, que también es tuyo.

Y por último, a todos aquellos amigos, compañeros, familias, y vecinos quienes siempre estuvieron atentos a mi desempeño y que muchas colocaron su confianza en mis manos y quienes fueron mis primeros pacientes.

Edgardo Guatache

A Dios todopoderoso por darme vida y brindarme todo lo que hasta ahora me ha dado, una hermosa familia y los mejores amigos del mundo. Gracias Virgen del Valle por iluminarme y darme la oportunidad de estudiar esta bella carrera.

A ti mama por estar conmigo cada día de mi vida, siendo mi ejemplo a seguir y apoyándome en todo momento. Eres lo mejor del mundo.

A mi papa que ha contribuido a mi formación como ser humano, adulto y profesional.

Con mucho cariño para mami (mi abuela) la cual ha sido una segunda madre para mi.

A mi familia por ayudarme y estar siempre a mi lado dándome una frase de aliento, una motivación y su gran apoyo, los quiero.

A todos mis amigos, tanto mis compañeros de ingeniería como los que comparten conmigo día a día en el hospital.

A mis compañeros de tesis, Ernesto, gracias por todos los bellos momentos compartidos, cada uno de ellos los llevo en mi corazón, has sido para mi una motivación, ejemplo de lucha y perseverancia, de que todo se puede lograr si nos trazamos una meta, le doy gracias a Dios por haberte puesto en mi camino. Edgardo, que más que un amigo y compañero eres mi confidente, esa persona que siempre me ha acompañado en todos los malos y buenos momentos. Creo que los 3 somos una sola persona y espero que nunca nos separemos, y que a pesar de todos aquellos problemas a los cuales nos enfrentemos esta bella amistad perdure para siempre. De verdad los quiero con todo mi corazón.

Eliana Pereira

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, nuestra Luz y guía, quien ha colocado en nuestro camino las herramientas necesarias que nos han hecho llegar hasta donde estamos.

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, quien nos ha brindado la oportunidad de prepararnos y desarrollar esta carrera.

Al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, nuestra escuela, fuente de conocimientos, donde hemos aprendido a desarrollar las herramientas que Dios nos coloco.

A nuestro asesor Dr. Humberto Gómez, por su dedicación, por su disponibilidad para el desarrollo de este proyecto.

A la comisión de tesis, en particular a la Dra. María Ovalles, por su colaboración y orientación brindada para la realización de nuestro anteproyecto

Al personal de Historias Medicas, en particular a la Lic. Hortencia, por toda la ayuda prestada para la revisión de las distintas historias clínicas que se utilizaron para desarrollar este proyecto.

Y a todas aquellas personas, amigos y conocidos que de una u otra forma han colaborado de manera oportuna y desinteresada para llevar a cabo este trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, documental y transversal, donde la población estudiada la constituyeron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el periodo enero – diciembre 2008, en el hospital universitario “Dr. Luis Razetti” con diagnóstico de cardiopatía isquémica, y la muestra aquellos que tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica y cumplían con los criterios de inclusión. El objetivo general de la investigación fue Determinar la morbimortalidad por cardiopatía isquémica en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el año 2008, y teniendo como específicos definir la procedencia, sexo y grupo étnico de los pacientes con cardiopatía isquémica, así como determinar los antecedentes personales, antecedentes familiares y los hábitos psicobiológicos en estos pacientes, también se investigó la evolución clínica y la relación entre el sexo, procedencia, evolución y complicación con las distintas formas de presentación de la cardiopatía isquémica aguda. En la investigación se determinó que la cardiopatía isquémica fue más frecuente en los pacientes de procedencia urbana, entre 55 y 64 años y del sexo masculino, así como la hipertensión Arterial y el Infarto Agudo del miocardio son los antecedentes personales y familiares respectivamente de mayor frecuencia en estos pacientes y el tabaquismo el hábito más frecuente. También se encontró que la insuficiencia cardíaca es la evolución más frecuente. Además el sexo y la muerte como complicación aportaron datos estadísticamente significativos cuando se relacionaron con las distintas formas de presentación clínica de la cardiopatía isquémica aguda.

CONTENIDO

PÁGINA DE TÍTULO.....	i
ARTÍCULO 44	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN.....	x
CONTENIDO	xi
LISTA DE TABLAS	xiv
LISTA DE FIGURAS.....	xv
CAPITULO I.....	16
INTRODUCCIÓN	16
1.1. Planteamiento del problema.....	19
1.2. Objetivos	20
1.2.1. Objetivo general.....	20
1.2.2. Objetivos específicos	21
1.3. Justificación.....	21
CAPITULO II	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Cardiopatía isquémica.....	23
2.1.1. Mortalidad por cardiopatía isquémica.....	23
2.1.2. Factores de riesgo.....	24
2.1.2.1. Tabaco.....	25
2.1.2.2. Hipertensión arterial.....	26
2.1.2.3. Hiperlipemia.....	26
2.1.2.4. Predisposición familiar	27
2.1.2.5. Diabetes mellitus.....	27
2.1.2.6. Obesidad.....	28

2.1.2.7. Sedentarismo	28
2.1.2.8. Patrón de conducta	29
2.1.2.9. Otros factores de riesgo.....	29
2.2. Angina estable.....	30
2.2.1. Diagnostico	31
2.3. Síndrome coronario agudo: Angina inestable/ infarto del miocardio sin elevación del segmento ST.....	32
2.3.1. Diagnostico	33
2.4. Síndrome coronario agudo: infarto agudo de miocardio.....	34
2.4.1. Diagnostico	35
2.4.1.1. Electrocardiograma	35
2.4.1.2. Alteraciones en la onda T.....	36
2.4.1.3. Alteraciones del segmento ST.....	36
2.4.1.4. Onda Q de necrosis	36
2.4.1.5. Alteraciones enzimáticas.....	36
2.4.2. Complicaciones del infarto agudo del miocardio.....	37
2.4.2.1. Insuficiencia cardiaca congestiva.....	37
2.4.2.2. Rotura aguda de pared ventricular libre	37
2.4.2.3. Insuficiencia mitral aguda.....	37
2.4.2.4. Pericarditis	38
2.4.2.5. Síndrome de Dressler	38
2.4.2.6. Angina post infarto.....	38
2.4.2.7. Reinfarto.....	38
2.4.2.8. Arritmias	39
2.4.2.9. Otras	39
CAPITULO III.....	40
MARCO METODOLÓGICO.....	40
3.1. Tipo de investigación	40
3.2. Población y muestra	41

3.3. Instrumentos de recolección de la información	42
3.4. Variables en estudio	44
CAPITULO IV	46
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	46
4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia ..	46
4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo	47
4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo etáreo .	49
4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia	50
4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia	52
4.6. Distribución de los hábitos psicobiologicos según su frecuencia	53
4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución .	55
4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones	56
4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda	57
4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda	59
4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda	60
4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda	62
CAPITULO V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	75
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	78

LISTA DE TABLAS

Tabla 4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	46
Tabla 4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	47
Tabla 4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo étnico. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	49
Tabla 4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	50
Tabla 4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	52
Tabla 4.6. Distribución de los Hábitos Psicobiológicos según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	53
Tabla 4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	55
Tabla 4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	56
Tabla 4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	57
Tabla 4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	59
Tabla 4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	60
Tabla 4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	46
Figura 4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	48
Figura 4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo étnico. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	49
Figura 4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”.2008.	51
Figura 4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	52
Figura 4.6. Distribución de los Hábitos Psicobiológicos según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	54
Figura 4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	55
Figura 4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	57
Figura 4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	58
Figura 4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	59
Figura 4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.....	61
Figura 4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.	62

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica se concibe como aquella situación en la que una limitación orgánica o funcional del flujo coronario se constituye en obstáculo al abastecimiento de sangre hacia regiones del tejido cardiaco dependientes de la irrigación del vaso afectado, en nuestros días es una de las patologías más relevantes tanto en términos de mortalidad como de pérdida de calidad de vida. Es en la actualidad la primera causa de muerte en los países desarrollados, así en 1990 murieron en el mundo 6.3 millones de personas por cardiopatía isquémica y de mantenerse la tendencia actual en el año 2020 esta enfermedad continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados con un claro aumento entre los grupos etarios más ancianos y entre las mujeres, así como una emergencia explosiva en los países en vías de desarrollo (1).

Ya el hombre primitivo tenía noción de la importancia que tenía el corazón como órgano vital. En las pinturas rupestres de Altamira y El Pindal en España, de Lascaux y Niaux en Francia y otras cuevas que datan de 25.000 años atrás, se han encontrado mamuts o bisontes con el lugar anatómico del corazón marcado como signo del sitio más vulnerable del animal (2,3). Algunos médicos griegos de la escuela de Alejandría, en el siglo IV a.C., comienzan a estudiar la circulación de la sangre y resaltaron la importancia del pulso arterial. La contribución más importante fue hecha por Herófilo(335-280 a.C.), quien profundizó la antigua percepción de Aristóteles de que el pulso reflejaba la actividad del corazón (3). Los egipcios, quienes ya conocían las características anatómicas del corazón dada la extracción de

las vísceras que hacían a las momias, también lo consideraban como el órgano central del ser humano donde se localizaban el pensamiento y los sentimientos y desde donde partían vasos huecos que tenían como función conducir los “alimentos” (aire, agua y los ingeridos por la boca) hacia el estomago que era la desembocadura del corazón (de allí el nombre de cardias a una zona del estomago) (4).

Se sabe que esta enfermedad estaba ya presente en la antigüedad, pues se han encontrado lesiones ateromatosas en restos humanos de las civilizaciones Egipcia y China(5,6), el término como tal apareció por primera vez en la bibliografía médica aproximadamente hace un siglo, cuando en 1886 Osler publica las Lecciones de Angina Pectoris y estadios similares en el que describía un amplio rango de manifestaciones clínicas de pacientes con angina de pecho, incluyendo recopilación de casos del siglo XVIII así como muchos recogidos a lo largo de su práctica clínica (7). Sin embargo, todavía no estaba bien establecido el vínculo necesario entre angina y ateromatosis coronaria, y hubo que esperar a principios del siglo XX cuando Herrick estableció la relación y publicó la clásica descripción de los cambios patológicos y electrocardiográficos que aparecen durante el infarto agudo de miocardio (8).

En los años cincuenta se pusieron en marcha varios estudios epidemiológicos para aclarar las causas de la enfermedad cardiovascular. En 1948, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos inició el Framingham Heart Study, con la finalidad de estudiar la epidemiología y los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular coronaria. Se eligió la ciudad de Framingham, situada 32 km al oeste de Boston, Massachusetts, porque en ella se había realizado con éxito un estudio de base poblacional sobre la tuberculosis en 1918, y por su proximidad a los principales centros médicos de Boston. Este estudio al mismo tiempo permitió a la epidemiología cardiovascular desarrollar instrumentos de medida fundamentales para su desarrollo (9,10). En 1961 aparece por primera vez el concepto de factor de riesgo

cardiovascular y con ello el diseño de estudios de intervención que han permitido comprobar que la reducción de los mismos conlleva una disminución en las tasas de morbimortalidad por enfermedad isquémica coronaria (11).

La principal causa de mortalidad global en España son las enfermedades del aparato circulatorio que representaron en 1995 un 40,5% entre las mujeres y un 32,1% entre los varones, siendo la cardiopatía isquémica la responsable del 9,3% del global de las defunciones en mujeres y del 11,3% en varones (12). Estos datos son comparables a los de distintos países desarrollados, así en agosto de 1997 en Estados Unidos las tasas de mortalidad eran de 103,4 por cada 100.000 habitantes lo que supuso un total de 490.063 muertes. No obstante, España siempre ha estado entre los países con tasas de mortalidad por Cardiopatía Isquémica más bajas del mundo (13). Las investigaciones epidemiológicas sobre la aterosclerosis han sido muy numerosas durante los últimos 30 años y han demostrado que en los pacientes con enfermedad coronaria se presentan, con mayor frecuencia que en la población general, una serie de signos biológicos y hábitos adquiridos (14, 15,16).

Estos rasgos se denominan factores de riesgo coronario y su presencia en un individuo determinado aumenta la probabilidad de que éste padezca la enfermedad (14, 15, 16).

La incidencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad, siendo máxima entre los 50 y los 65 años y excepcional antes de los 35. Afecta en mayor grado el sexo masculino, de manera que en el grupo de edad inferior a 45 años es 10 veces más frecuente en los varones que en las mujeres; entre los 45 y los 60 años, 2 veces más en los varones, y en edades superiores tiende a igualarse (16, 17, 18).

En Venezuela el porcentaje de cardiopatía isquémica en los servicios (consulta ambulatoria) sobrepasa al 20% representando en cierta forma, expresión parcial de la

demanda de atención. Con respecto a la mortalidad en Venezuela, la cardiopatía isquémica representa la primera causa de muerte en el país, la tasa de mortalidad por cada 100.000, en el periodo 1996 – 2002 fue en promedio de 65.2, con predominio evidente en el sexo masculino 77,0 con respecto al sexo femenino 53.2 (19).

La cardiopatía isquémica representa un problema de salud pública en todos los países, constituyendo una de las enfermedades más frecuentes, representando en algunos países la principal causa de muerte por enfermedades cardiovasculares y discapacidad para hombres y mujeres, generando implicaciones en el ámbito económico y social.

Por todo lo anteriormente expuesto, se realizó una investigación con el objetivo de determinar la morbimortalidad por cardiopatía isquémica en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el periodo enero-diciembre 2008.

1.1. Planteamiento del problema

Venezuela es un país, que de acuerdo a su comportamiento estadístico respecto a la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y en particular por Cardiopatía Isquémica, necesita rigurosos estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo coronario, encaminados a trazar estrategias intervencionistas futuras para mejorar la situación de salud de su población afectada por estas entidades nosológicas. Estudiar la Cardiopatía Isquémica de acuerdo a sus factores de riesgo coronario es de vital importancia en el posterior desenlace de políticas de salud en tal sentido (20, 21)

La prevalencia de la cardiopatía isquémica varía ampliamente de unas áreas geográficas a otras; continúa siendo la primera causa de mortalidad en la mayoría de

los países industrializados, ocasionando entre el 12 y el 45% de todas las defunciones. Está entre las primeras causas de muerte en nuestro país, es una entidad que tiene un enorme impacto en el individuo que la padece, en su calidad de vida, su futuro personal y social, incrementando el riesgo de muerte súbita. Farreras R. y Álvarez Sintés quienes definen que constituye de un 9 a un 15 % de las causas de admisión hospitalario(14, 22); pero a su vez se muestran por encima de lo que reportan autores locales como Valencia A. en Barquisimeto y Omar Singh en estudios recientes de 2005-2006 en Venezuela. Ellos reportan que entre 7 y 11,7 % de los ingresos en los servicios vinculados a la urgencia de sus hospitales son por Cardiopatía Isquémica en cualquiera de sus formas (21, 23). En la región de los llanos venezolanos, Portuguesa, durante el año 2005 los ingresos por cardiopatía isquémica constituyeron el 12 % en el Hospital Central Guanare. Según ASCARDIO en Barquisimeto se reportó en el año 2006 que 41 % de los pacientes con Cardiopatía Isquémica tenían entre 55 y 65 años (23).

Por todo lo anterior se planteó si en Venezuela y específicamente en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de la ciudad de Barcelona, la cardiopatía isquémica se comporta de igual manera a lo reportado en la literatura nacional e internacional, por lo que se realizó una investigación con el objetivo de determinar el comportamiento de la misma en este Centro Hospitalario durante el período enero-diciembre 2008.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar Morbimortalidad por cardiopatía isquémica en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el año 2008.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Precisar la procedencia, sexo y grupo etáreo de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica atendidos en el hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el periodo Enero-Diciembre de 2008
2. Definir los antecedentes personales y familiares, y hábitos psicobiológicos de cada paciente con diagnóstico de cardiopatía isquémica atendidos en el hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el periodo Enero-Diciembre de 2008.
3. Conocer la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica atendidos en el hospital Universitario “Dr Luis Razetti” durante el periodo Enero-Diciembre de 2008.
4. Relacionar la procedencia, sexo, evolución intrahospitalaria, y complicaciones con las distintas formas de presentación de cardiopatía isquémica aguda de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario “Dr Luis Razetti” durante el periodo Enero-Diciembre de 2008.

1.3. Justificación

La isquemia es una situación producida por la deprivación de oxígeno y la eliminación inadecuada de los metabolitos; desde un punto de vista práctico, la isquemia del miocardio se debe casi siempre a una disminución del flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias. Por este motivo, las manifestaciones clínicas y las

consecuencias anatomopatológicas de la isquemia coronaria se denominan indistintamente cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria (14).

De igual forma, la reducción del flujo coronario es secundaria, en la mayoría de los casos, a lesiones ateroscleróticas; ello explica que los términos cardiopatía coronaria y aterosclerosis coronaria, aunque no son sinónimos, se empleen como tales. Sin embargo, la embolia, el espasmo o la arteritis coronaria pueden ser otras causas de isquemia cuyos síntomas son, a menudo, indistinguibles de los producidos por la aterosclerosis (14, 24).

La cardiopatía isquémica es en nuestros días una de las patologías más relevantes tanto en términos de mortalidad como de pérdida de calidad de vida, teniendo alta prevalencia en la población adulta, afectando generalmente al grupo de personas que constituyen la fuerza laboral, repercutiendo por ende en el ámbito familiar por los diferentes desajustes a los cuales conlleva, además de los diferentes grados de discapacidad tanto física, psicológica y social, con importantes repercusiones en el ámbito económico-social.

Es por todo lo expuesto que se hizo necesario realizar una investigación de la morbimortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica en el hospital universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona durante el periodo enero – diciembre 2008.

De igual forma, se considera la investigación de gran relevancia, porque su aporte puede servir, de base para otras investigaciones que fundamentan sus principios en una realidad que afecta a una población con necesidades específicas y por ser la principal causa de muerte en la población económicamente activa en ambos sexos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica se define como la falta de oxígeno a las células miocárdicas debido a una perfusión insuficiente, a consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno (14,25).

2.1.1. Mortalidad por cardiopatía isquémica

La mortalidad por Cardiopatía Isquémica en España en 1994 para los varones fue de 106,3 por 100.000, mientras que para las mujeres fue de 76,2. Las tasas ajustadas por edad para ese mismo año fueron del 98 y 43 por 100.000 habitantes respectivamente, lo que confirma el descenso que se viene observando en las dos últimas décadas en estas sociedades que han ejecutado programas de salud basados en la prevención y promoción de salud. 4,6Estos datos indican una frecuencia relativamente baja en comparación con los países del norte y centro de Europa con EUA. A pesar de ello, la enfermedad coronaria todavía constituye un grave problema sanitario y uno de los motivos de consulta más frecuentes en España, Francia, y Suecia (17,26).

Los estudios más recientes sobre Cardiopatía Isquémica y mortalidad global del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en Venezuela (MSDS) son del año 2006; ellos concluyen que desde hace varias décadas la enfermedad cardiovascular en Venezuela ha subido de una tasa anual de hace unas tres décadas, de 50 a 75 fallecidos por cada cien mil habitantes hasta ahora, que en los últimos datos registrados en el mencionado Ministerio, son alrededor de 145 fallecidos, anualmente, por cien mil habitantes por problemas cardiovasculares y, un aproximado de 135 por cardiopatía isquémica, catalogándola con suficiente razón como la primera causa de muerte (27,28).

2.1.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo coronario juegan un papel extremadamente definitorio en la mortalidad y en la morbilidad de esta enfermedad. La asociación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica aumenta la posibilidad de asistir a una consulta de urgencia y quedar ingresado por esta causa, asimismo es obvio que la mortalidad aumenta también (14, 15, 16, 29).

Los factores de riesgo son las características que posee el individuo, que se asocian de forma estadística con la prevalencia de la enfermedad coronaria o con la tasa de acontecimientos de la misma. Esta relación no excluye la existencia de la enfermedad en ausencia de esos factores, ni tampoco la falta de la misma en presencia de ellos. Algunos factores de riesgo (colesterolemia elevada) son también factores etiológicos, pero otros son situaciones que asocian distintas anomalías fisiopatológicas que conducirán a la enfermedad coronaria (obesidad) (15, 22, 29, 30). Los más importantes, además de la edad y el sexo, son el tabaco, la hipertensión arterial y la dislipidemia. El estudio Framingham en los Estados Unidos fue uno de los primeros en describir los factores de riesgos primarios y secundarios de la

enfermedad coronaria y se ha convertido en el pilar fundamental para las investigaciones en esta tónica. (16, 31)

Dentro de los factores de riesgo modificables se incluyen aquellos estilos de vida y hábitos que conducen y/o incrementan la enfermedad coronaria tales como: alimentación excesivamente calórica o rica en grasas saturadas y colesterol, tabaquismo, y las conductas agresivas y hostiles del Tipo A de Rosenman y Friedman. De otro lado, las características bioquímicas o fisiológicas como: Hipercolesterolemias con incremento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), HTA, Hipertrigliceridemia, y Diabetes Mellitus (14,22).

De los factores de riesgo no modificables, a los que se puede denominar "marcadores de riesgo" o características personales se incluyen: Antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, sexo, edad y raza

2.1.2.1. Tabaco

Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado claramente que el consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, enfermedad vascular periférica, infarto de miocardio y muerte súbita. Dicho riesgo guarda relación con el número de cigarrillos, la precocidad del hábito y el tipo de tabaco, siendo inferior en los fumadores de pipa o cigarros. Cuando se abandona el hábito tabáquico, el riesgo de enfermedad coronaria decrece en un 50% durante el primer año y se aproxima al de los no fumadores al cabo de 2-10 años. Los mecanismos a través de los cuales el tabaco favorece la aterogénesis son la lesión del endotelio por el monóxido de carbono circulante. Otros efectos del humo del tabaco son el aumento del fibrinógeno, una reducción de la fibrinólisis, el aumento de la concentración

plasmática de lípidos y el incremento de la agregación plaquetaria, provocada probablemente por un aumento de los niveles de catecolaminas circulantes (14).

2.1.2.2. Hipertensión arterial

Factor de riesgo importante para toda una gama de enfermedades cardiovasculares y relacionadas, así como para enfermedades que dan lugar a un notable aumento del riesgo cardiovascular. Esto, junto con la gran prevalencia de presión arterial elevada en la población, explica por qué en un informe de la OMS se ha citado la presión arterial elevada como primera causa de muerte en todo el mundo (22, 25,29). El riesgo aumenta de forma continua a lo largo del rango de presiones, de forma que los individuos con hipertensión arterial límite o fronteriza tienen un riesgo algo superior al de los normotensos. Algunos estudios han mostrado una reducción en la incidencia de accidentes coronarios, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca con el tratamiento antihipertensivo. Este factor de riesgo al parecer actúa a través de una lesión de la pared arterial y favoreciendo su permeabilidad a los lípidos (14).

2.1.2.3. Hiperlipemia

La correlación entre el colesterol sérico y la incidencia de cardiopatía coronaria es evidente a partir de los estudios epidemiológicos y de ciertas investigaciones experimentales que demuestran la posibilidad de provocar aterosclerosis en algunas especies animales aumentando el contenido en grasa de la dieta. El valor predictivo del colesterol desaparece con la edad y es escaso con cifras inferiores a 220 mg/dL; no obstante, actualmente se recomienda la cifra de 200 mg/dL como límite superior de la normalidad. Por el contrario, existe una buena correlación entre el colesterol de

las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y la incidencia de coronariopatía, así como una relación inversa entre ésta y las lipoproteínas de alta densidad (HDL), relación que se mantiene de forma independiente de la edad. El nexo entre la hipertrigliceridemia y la enfermedad coronaria no parece totalmente establecido y los estudios muestran resultados dispares (14).

2.1.2.4. Predisposición familiar

Predisposición familiar. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en ciertas familias, cuyos miembros son afectados incluso durante la juventud. Los factores genéticos y familiares pueden actuar a través de otros factores de riesgo: hiperlipemia familiar, diabetes, incidencia familiar de hipertensión arterial. No obstante, es posible que exista una predisposición hereditaria independiente de estos factores (14).

2.1.2.5. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus se asocia de forma clara con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (entre 2 y 5 veces). Se considera como un “equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica”, dado que el riesgo cardiovascular de un paciente diabético es similar al del paciente con antecedentes de infarto agudo de miocardio (32). Asimismo, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en los diabéticos. Esta enfermedad determina una elevación de los lípidos sanguíneos y una mayor concentración de glucosaminoglicanos en la íntima arterial. La hiperglucemia contribuye de forma

independiente al riesgo y sus efectos se suman a los de los otros factores de riesgo, lo que obliga a corregirlos con energía en cualquier paciente diabético (33).

2.1.2.6. Obesidad

En general, la morbilidad y la mortalidad por cardiopatía isquémica son más altas y guardan una relación directa con el sobrepeso superior al 30%. (34) Además datos obtenidos en el Framingham Study, parecen indicar que la obesidad puede acelerar la aterosclerosis ya que su efecto es más evidente antes de los 50 años (35, 36, 37). No obstante algunos de los estudios epidemiológicos más importantes sobre arteriopatía coronaria no han demostrado una relación independiente entre cardiopatía isquémica y obesidad salvo en los casos extremos (23, 28,39). Se ha identificado una estrecha relación entre el tipo de obesidad (es decir, abdominal) y la cardiopatía isquémica. Además la obesidad abdominal se asocia a otros cuatro factores de riesgo importante, es decir, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hiperglicemia e hipertensión. Esta constelación define el síndrome de resistencia a la insulina. La relación entre obesidad y aterosclerosis es por tanto múltiple; como en la práctica la obesidad no aparece de forma "independiente", es un factor de riesgo de considerable importancia, en particular la obesidad abdominal. (25, 40 ,41)

2.1.2.7. Sedentarismo

El estudio de la relación entre la prevalencia de Cardiopatía Isquémica y la actividad física diaria (laboral) es difícil ya que existen numerosas variables. Entre los estudios prospectivos, los resultados de Framingham indican que los individuos con una vida más activa son menos propensos a sufrir una muerte súbita (25, 35, 30). Existen indicios de que el ejercicio físico moderado ejerce cierto efecto protector y se

ha considerado que una vida sedentaria es un factor de riesgo coronario independiente. El ejercicio eleva las HDL, cuyos niveles se correlacionan de forma inversa con la incidencia de enfermedad coronaria. Los estudios son contradictorios, ya que el sedentarismo se asocia a la obesidad, la dislipemia y el tabaquismo, lo que impide conocer la contribución de cada uno de ellos al riesgo. De cualquier forma, el ejercicio moderado es una medida aconsejable en los pacientes coronarios y contribuye al mejor control de otros factores citados (14)

2.1.2.8. Patrón de conducta

Durante los últimos 10 años se ha especulado sobre la posibilidad de que los enfermos coronarios presenten ciertos rasgos de conducta particulares. FRIEDMAN y ROSEMAN denominaron patrón tipo A al de los individuos con mayores grados de hostilidad, agresividad, competitividad y sentido de urgencia del tiempo, y le atribuyeron la naturaleza de factor de riesgo coronario a esta forma de conducta; su importancia está en discusión(14).

2.1.2.9. Otros factores de riesgo

Además de los ya mencionados, se han descrito otros muchos factores cuya asociación con la enfermedad coronaria no se ha confirmado o es todavía motivo de discusión. Así, se ha señalado que la hiperuricemia, el consumo de azúcar refinado, alcohol y café, y el estrés aumentarían la probabilidad de padecer cardiopatía isquémica; su importancia es, en todo caso, relativa e incomparablemente menor que la del tabaco, la hipertensión y la dislipemia (14).

Clínicamente podemos clasificar la cardiopatía isquémica en un síndrome crónico, representado por la angina estable y por los síndromes coronarios agudos representado por el infarto agudo de miocardio, angina inestable y la muerte súbita.

2.2. Angina estable

Angina es un síndrome clínico caracterizado por dolor generalmente opresivo o disconfort en el pecho, mandíbulas, hombros, epigastrio, espalda o brazos. Se desencadena o exacerba con el ejercicio o el estrés emocional y mejora con el reposo o la administración de nitroglicerina sublingual. Usualmente se presenta en pacientes con enfermedad arterial coronaria o con otras afecciones que afectan el balance oferta-demanda de oxígeno del miocardio. Ocasionalmente puede presentarse en casos con coronarias normales, estando la isquemia miocárdica relacionada con espasmo arterial o disfunción endotelial. Constituye un problema mundial de salud pública, ya que la angina estable crónica es la primera manifestación de la cardiopatía isquémica aterosclerótica en la mitad de los casos (42).

El sustrato fisiopatológico de la angina estable debida a enfermedad arterial coronaria es similar al proceso aterosclerótico, que comienza en las edades tempranas de la vida con la presencia de una placa de ateroma estable, la cual produce un estrechamiento progresivo de la luz arterial causante de síntomas al alcanzar una obstrucción de alrededor del 70%. Si la placa ateromatosa permanece estable, también se mantiene sin cambios la condición clínica. Si por el contrario se presenta inestabilidad debida a que el núcleo lipídico y otros componentes de la pared arterial entren en contacto con la sangre circulante, se inicia el proceso que conduce a la formación de un trombo intraluminal, con el desencadenamiento de cuadros coronarios agudos, tales como angina inestable o el infarto al miocardio con elevación del STT o sin elevación del STT. En algunos pacientes, la pérdida de

regulación vasomotora condiciona vasoconstricción, disminución en la producción de óxido nítrico y variabilidad del umbral de angina (43).

2.2.1. Diagnóstico

La historia clínica y una anamnesis cuidadosa a menudo permiten establecer el diagnóstico casi en el 100% de los casos.

En el interrogatorio deben precisarse 5 características del dolor: el tipo o calidad: generalmente opresivo, sin relación con los cambios de posición o la respiración; su localización usualmente subesternal con irradiación a cuello, mandíbulas, brazos o epigastrio; causas precipitantes ejercicio, estrés emocional, y circunstancias que lo mejoran: reposo, administración de nitroglicerina (44).

El electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo puede ser normal, sobretodo si el dolor ya ha desaparecido. La presencia de una onda Q, signos de crecimiento de ventrículo izquierdo o la presencia de bloqueos de rama reflejan la existencia de cardiopatía de base. La presencia de alteraciones de la repolarización del segmento ST durante una crisis es altamente sugestiva de dolor isquémico (45).

Las pruebas complementarias tienen dos objetivos fundamentales: a) objetivar la isquemia, y b) pronosticar la isquemia, es decir, separarla en angina de alto o bajo riesgo. Es posible establecer un diagnóstico de alta probabilidad de enfermedad mediante la historia clínica, una exploración física y un electrocardiograma (46).

2.3. Síndrome coronario agudo: Angina inestable/ infarto del miocardio sin elevación del segmento ST

Se define el angor inestable/ infarto sin elevación del segmento ST, como el dolor anginoso que ocurre sin criterios claros electrocardiográficos o enzimáticos para infarto agudo del miocardio. Se puede presentar como:

- Angina creciente, es decir, más severa, más prolongada, más frecuente; superpuesta a una angina de esfuerzo con patrón relativamente estable y previamente existente.
- Angina de pecho de novo o de reciente inicio, desencadenada por un esfuerzo mínimo.
- Angina de pecho en reposo (47).

Este síndrome, como bien se le ha llamado por algunos autores: enfermedad coronaria inestable, incluye en su contexto al infarto del miocardio sin elevación del segmento ST y a la angina “diferente” de Prinzmetal.

El concepto de inestabilidad lleva aparejado la idea de evolución difícilmente previsible, aunque no necesariamente desfavorable. En general cuando ha transcurrido más de una semana sin síntomas se considera que el enfermo ha abandonado la fase inestable (48).

La ruptura o fisura de la placa y la trombosis intracoronaria superpuesta se reconocen actualmente como la causa principal de los síndromes de angina inestable,

infarto agudo del miocardio y muerte súbita (49). Se conoce como placa vulnerable a aquellas lesiones que tienen tendencia a ser relativamente pequeñas, pero de núcleo blando con alto contenido de lípidos y una cápsula fibrosa delgada, vulnerable a la ruptura con ulceración y trombosis subsecuente por la liberación de su contenido altamente trombogénico. Al parecer, la vulnerabilidad de la placa y su tendencia a la ruptura de acuerdo con su composición y estructura son los principales determinantes de progresión hacia la placa complicada (trombosis, hemorragia intraplaca) y eventos coronarios agudos (50). En algunos pacientes se ha demostrado que el espasmo coronario constituye la causa de las crisis dolorosas (angina vasospástica o de Prinzmetal) (14).

2.3.1. Diagnostico

El diagnóstico de angina inestable es eminentemente clínico, basado en la exclusión del Infarto Agudo del Miocardio y el seguimiento de la presentación sintomática inicial.

El cuadro típico sigue siendo el dolor torácico, más intenso que en la angina estable pero menos que en el Infarto Agudo del Miocardio. Puede ser desencadenado inicialmente con el esfuerzo o aparecer en el reposo, más frecuentemente aparece en horas de la noche o la madrugada, después de la comida y progresar rápidamente en intensidad y frecuencia. En la angina inestable la duración es entre 5 y 15 minutos más prolongada, o una respuesta incompleta a la nitroglicerina, sugiere infarto agudo al miocardio. Dolor de pocos segundos excluye el diagnóstico de angina inestable. En cuanto a la calidad la describe el paciente ya más como dolor opresivo que como simple molestia (45).

Las anomalías electrocardiográficas en el síndrome de angina inestable incluyen depresión (30%) o elevación (4%) del segmento ST e inversión (20%) o pseudonormalización de la onda T. La elevación del segmento ST se presenta en algunos casos debido a la obstrucción transitoria del vaso coronario por un trombo lábil o bien por angina de Prinzmetal (49).

A todo paciente con sospecha de angina inestable/I.A.M. sin elevación de ST se ha de realizar una analítica con marcadores de necrosis miocárdica: CK, CK-MB y troponinas. La CK y CK-MB nos va diferenciar a los pacientes con angina inestable (CK, CK-MB normal) de los pacientes con un I.A.M. no Q (CK, CK-MB elevada).

Las troponinas son marcadores de necrosis secundaria a embolizaciones del trombo plaquetario. Se eleva desde la primera hora con un pico a las 6 horas, manteniendo una elevación ligera las primeras 24 horas para ir descendiendo progresivamente durante 7-10 días. El riesgo de muerte y de I.A.M. aumenta a medida que aumenta los valores de troponina, ayudando a una mejor elección terapéutica (45).

2.4. Síndrome coronario agudo: infarto agudo de miocardio

Con este término se designa la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión trombótica de una arteria coronaria (14).

La rotura de la placa es probablemente la circunstancia que desencadena el infarto, al exponer el colágeno subendotelial a la acción de las plaquetas y provocar su activación, la formación de agregados y la liberación de sustancias vasoactivas que, como el tromboxano, inducen espasmo y contribuyen a la oclusión del vaso. Todo ello, en definitiva, determina la formación de un trombo, que, como ya se ha

mencionado, se halla presente en la mayoría de los pacientes. Así pues, aunque durante años se había discutido el papel de la trombosis en la génesis del infarto, sugiriéndose que el trombo sería consecuencia y no causa de la oclusión arterial, con la introducción del tratamiento trombolítico y la realización de coronariografías en la fase precoz del infarto esta teoría ya no puede sostenerse. En algunos pacientes se ha demostrado que el espasmo coronario puede causar infarto de miocardio (14).

2.4.1. Diagnostico

El diagnóstico del Infarto Agudo del Miocardio se basa en: clínica, electrocardiograma y alteraciones enzimáticas.

El dolor es el síntoma dominante en la mayoría de los casos; sus características son similares en cuanto a calidad, localización e irradiación al de la angina; no obstante, suele ser más intenso y prolongado, no responde a la nitroglicerina y se acompaña de manifestaciones vegetativas. Todo ello confiere al cuadro una sensación de gravedad que lo diferencia de la crisis anginosa (14).

2.4.1.1. Electrocardiograma

Debemos tener presente la variabilidad que podemos encontrar según el tiempo transcurrido, la localización y extensión del I.A.M. Aproximadamente un 1% de los ECG iniciales son absolutamente normales, el 25% presentan anomalías inespecíficas sin ser diagnósticos de I.A.M. La isquemia, lesión y necrosis originadas en el I.A.M. se manifiestan electrocardiográficamente mediante:

2.4.1.2. Alteraciones en la onda T

Acontecen en la fase precoz con la aparición de ondas T picudas y simétricas (I.A.M. subendocárdica), negativas y simétricas (I.A.M. subepicárdico).

2.4.1.3. Alteraciones del segmento ST

Descenso del ST (I.A.M. subendocárdico), elevación del ST superior a 1-1,5 mm (I.A.M. subepicárdico).

2.4.1.4. Onda Q de necrosis

Ausente en el I.A.M. subendocárdico o no transmural. En el I.A.M. transmural aparece una onda Q patológica de anchura $> 0,04$ segundos y amplitud $> 25\%$ de la altura total del QRS (51).

2.4.1.5. Alteraciones enzimáticas

Clásicamente las determinaciones enzimáticas de laboratorio la constituyen: CPK (isoenzima CPK-MB, más específica del I.A.M.), GOT y LDH (isoenzima LDH-1, más específica del I.A.M.). Se harán determinaciones seriadas cada 4-6 horas las primeras 24 horas. En cuanto a su cronología de aparición la más precoz es la CPK detectándose a las 4-6 horas alcanzando máximo aproximadamente a las 24 horas y desaparece entre el segundo y cuarto día. La GOT se eleva a las 8-12 horas con un pico a las 24-48 horas volviendo a normalizarse al cuarto o quinto día. LDH

asciende entre 12-24 horas con un máximo a las 48-72 horas pudiéndose detectar hasta el séptimo o décimo día.

2.4.2. Complicaciones del infarto agudo del miocardio

2.4.2.1. Insuficiencia cardiaca congestiva

En el contexto del IAM puede ser debida a una disfunción sistólica, diastólica, complicaciones mecánicas agudas o combinación de las anteriores causas.

2.4.2.2. Rotura aguda de pared ventricular libre

Suele producirse en los primeros días, siendo la 3ª causa de muerte en el IAM tras las arritmias y el shock cardiogénico. Causa hemopericardio, shock y disociación electromecánica. El diagnóstico es ecocardiográfico, tratamiento quirúrgico inmediato.

2.4.2.3. Insuficiencia mitral aguda

Está producida por la rotura o disfunción de los músculos papilares (más frecuente el papilar posteromedial), suele aparecer entre los días 3-5 post-IAM, encontramos un soplo de reciente aparición en el 50% de los casos.

2.4.2.4. Pericarditis

Se caracteriza por dolor torácico pleurítico en relación con movimientos respiratorios y mejora con la incorporación del enfermo, suele acompañarse de roce pericárdico y derrame pleural.

2.4.2.5. Síndrome de Dressler

Se considera una forma tardía de pericarditis cuya etiología parece ser inmunológica, que aparece entre la segunda y décima semana después del IAM. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por dolor torácico pleurítico, fiebre, derrame pericárdico junto con signos y síntomas de afectación sistémica como leucocitosis, aumento de VSG.

2.4.2.6. Angina post infarto

La aparición de angina entre las 24 horas – 30 días tras IAM se asocia a un mal pronóstico con una mayor incidencia de reinfarto y mortalidad.

2.4.2.7. Reinfarto

En los pacientes en los que acontece un reinfarto se multiplica de 2 a 4 veces el riesgo de mortalidad e insuficiencia cardiaca.

2.4.2.8. Arritmias

Taquicardia paroxística supraventricular, flutter auricular, fibrilación auricular, suelen ser secundarias a ICC.

2.4.2.9. Otras

Comunicación interventricular, pseudoaneurisma ventricular, shock cardiogénico, muerte, etc (52).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se realizará un estudio de tipo documental, definido como “ una variante de la investigación científica, cuyo objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos de la realidad a través de la indagación exhaustiva, sistemática y rigurosa, utilizando técnicas muy precisas; de la documentación existente que directa o indirectamente aporta la información atinente al fenómeno que estudiamos” (60); transversal, puesto que se examinaron las características de una determinada población de pacientes en un determinado periodo de tiempo y espacio, unicéntrico, realizado en el departamento de historias médicas del hospital universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona, Estado Anzoátegui , epidemiológico ya que se estudio a un grupo de pacientes donde se conoció la frecuencia y distribución de ciertas manifestaciones y su relación con otros factores como condiciones personales y características demográficas, además de tipo descriptivo que consiste en “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (61).

3.2. Población y muestra

Población: “Cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características”, en nuestro caso esta estuvo representada por todos aquellos pacientes que fueron ingresados al Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” durante el año 2008 con diagnóstico de cardiopatía isquémica.

Muestra: “Parte de la población, es decir, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo, esta es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población”.

- **Tipo de muestra:** Se utilizó una muestra no probabilística, también llamada muestra dirigida, “el cual es un procedimiento de selección informal, en donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores”, en nuestro caso se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para delimitar a los sujetos muestrales.

La ventaja de esta muestra no probabilística, es que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas (criterios de inclusión y exclusión), que se adapten a los objetivos y alcances del estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninos y masculinos mayores de 35 años.

- Procedentes del estado Anzoátegui.
- Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes femeninos y masculinos menores de 35 años.
- Pacientes procedentes de otros estados del país.

Tamaño de la muestra: Siendo una muestra no probabilística el tamaño de la misma fue considerado tomando en cuenta el número de pacientes que acudieron al hospital universitario Dr. “Luis Razetti” con diagnóstico de cardiopatía isquémica, de los cuales 105 cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados

3.3. Instrumentos de recolección de la información

Este instrumento fue diseñado con el fin de obtener los datos del paciente que incluyen: Edad, sexo, procedencia, antecedentes personales y familiares, hábitos psicobiológicos y evolución clínica.

Ordenación y tabulación de datos

Posterior a la fase de aplicación del instrumento a los individuos muestrales se procedió a ordenar y vaciar los datos, en una matriz diseñada para cada instrumento de recolección, en una hoja de cálculo de Excel; la tabulación está relacionada con los procedimientos técnicos en el análisis de los datos. El proceso de tabulación permitió

ordenar y ubicar la información, en nuestro caso la matriz de datos diseñada en hojas de cálculo de Excel, para su posterior análisis.

Análisis de los datos

Este proceso tiene como fin el de reducir los datos de una manera comprensible, para poder interpretarlos y poner a prueba algunas relaciones de los problemas estudiados, la fase de interpretación está fundamentada en el análisis de los datos obtenidos, permitiendo realizar inferencias de las relaciones estudiadas y extraer conclusiones en cuanto a los hallazgos encontrados. Se utilizó la clasificación por distribución de frecuencia y prueba estadística Chi cuadrado, la cual se utiliza para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Presentación de los datos

Los datos llevados a números y porcentajes fueron presentados en cuadros y graficas, ajustándose al método estadístico usado para el procesamiento de los datos.

Institución y personal participante

- Departamento de historias medicas del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona.
- Departamento docente de medicina del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”
- Asesoría: Dr. Humberto Gómez, Medico docente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui.

- Br. Edgardo Guatache.
- Br. Ernesto Lara.
- Br. Eliana Pereira.

3.4. Variables en estudio

Una variable es definida como “ una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible a medirse ”

En un grupo de elementos se denomina variables independientes, “ a las inherentes al elemento en estudio, o a las que el investigador modifica intencionalmente, los cambios en estas producen efectos a otras variables llamadas variables dependientes. ”

Variables Dependientes

1. Cardiopatía isquémica
2. Angina inestable
3. Infarto con elevación del segmento ST
4. Infarto sin elevación de segmento ST

Variables Independientes:

1. Procedencia
2. Edad

3. Sexo
4. Antecedentes personales
5. Antecedentes familiares
6. Hábitos psicobiológicos
7. Evolución clínica intrahospitalaria
8. Complicaciones

Las complicaciones señaladas en esta investigación serán las siguientes: Arritmias (extrasístoles ventriculares, fibrilación ventricular, fibrilación auricular), Bloqueo auriculoventricular, Insuficiencia cardiaca, Rotura de pared y/o musculo papilar, Muerte.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia

Tabla 4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008

Procedencia	N	%
Rural	25	23,81
Urbana	80	76,19
Total	105	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

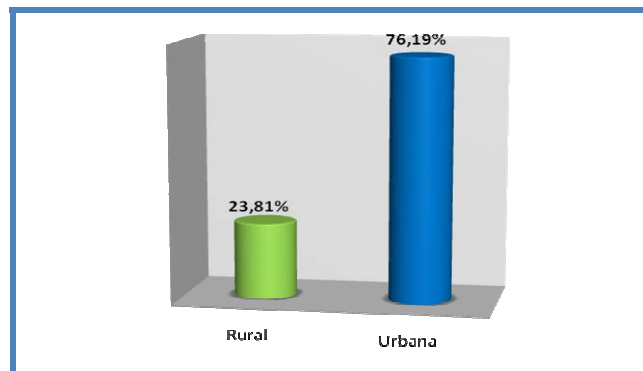


Figura 4.1. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según procedencia. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

Análisis: En cuanto a la procedencia de los pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en el Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” en el año 2008 se encontró que de los 105 casos estudiados 80 de ellos provenían de zonas urbanas representando el 76,19%, no obstante los pacientes de zonas rurales se adjudicaron 25 casos lo que representa el 23,81%.

4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo

Tabla 4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008

Sexo	N	%
Masculino	61	58,09
Femenino	44	41,91
Total	105	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

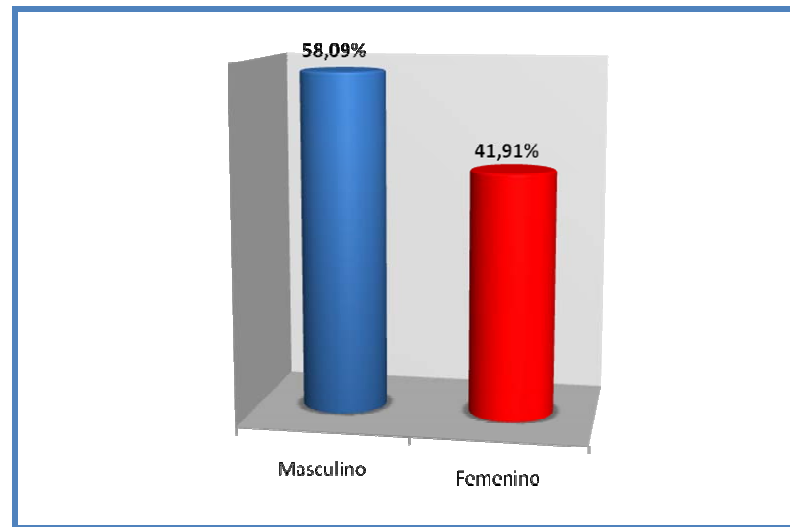


Figura 4.2. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según sexo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

Análisis: De acuerdo al cuadro N°1.2 y su gráfico se evidencia que de los 105 casos estudiados 61 de ellos correspondieron al sexo masculino representando el 58,09% mientras que para el sexo femenino se observaron 44 casos lo que representa el 41,91%.

Discusión: En un estudio realizado por Castro N., Rivero F., Galindo E. y colaboradores en 2005 sobre CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. FORMAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES, refleja una mayor frecuencia de casos para el sexo masculino con un 57.5% de una muestra de 480 pacientes, resultado muy similar al obtenido en esta investigación.

4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo etáreo

Tabla 4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo etáreo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Grupo Etáreo	N	%
35 - 44 años	10	9,52
45- 54 años	15	14,29
55 - 64 años	31	29,52
65 - 74 años	28	26,67
75 o más años	21	20
Total	105	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

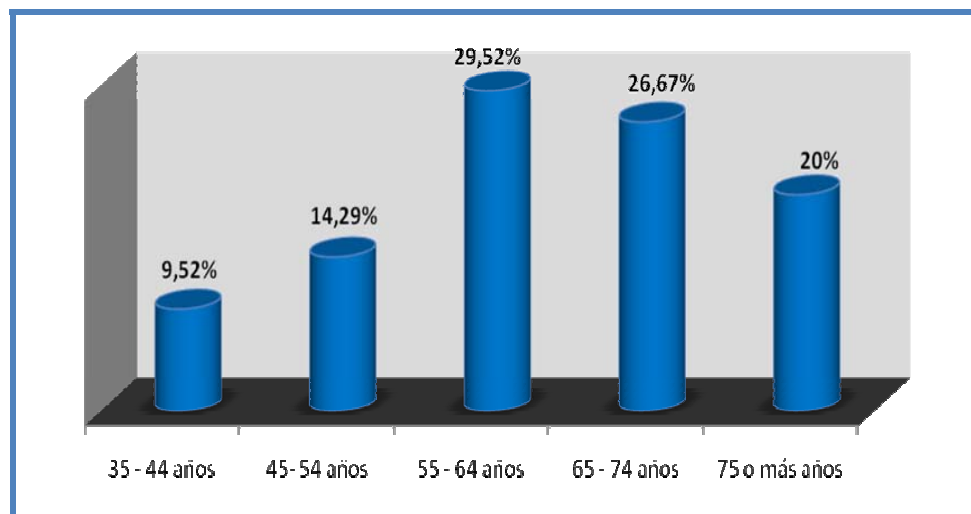


Figura 4.3. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según grupo etáreo. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

Análisis: Estas cifras evidencian que el grupo etáreo mayormente afectado fue el de 55 – 64 años con un número de 31 pacientes, representando 29,52%, mientras que el grupo etáreo menos afectado fue el de 35 – 44 años con un número de 10 casos que representan 9,52%.

Discusión: Según un estudio realizado en el Estado Guárico, Venezuela en 2006, por Hernández R., Rodríguez A., Romo R., titulado COMPORTAMIENTO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA EN EL BARRIO LOS INDIOS DEL ESTADO GUARICO DE VENEZUELA se concluyó que la prevalencia de cardiopatía isquémica fue mayor en los pacientes con edades comprendidas entre 55 y 64 años lo que representó el 44,2% de una muestra de 34 pacientes, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación.

4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia

Tabla 4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Antecedentes Personales	N	%
Hipertension	93	60,39
Diabetes	20	12,99
EVC	9	5,84
IAM	27	17,53
ICC	5	3,25
Total	154	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

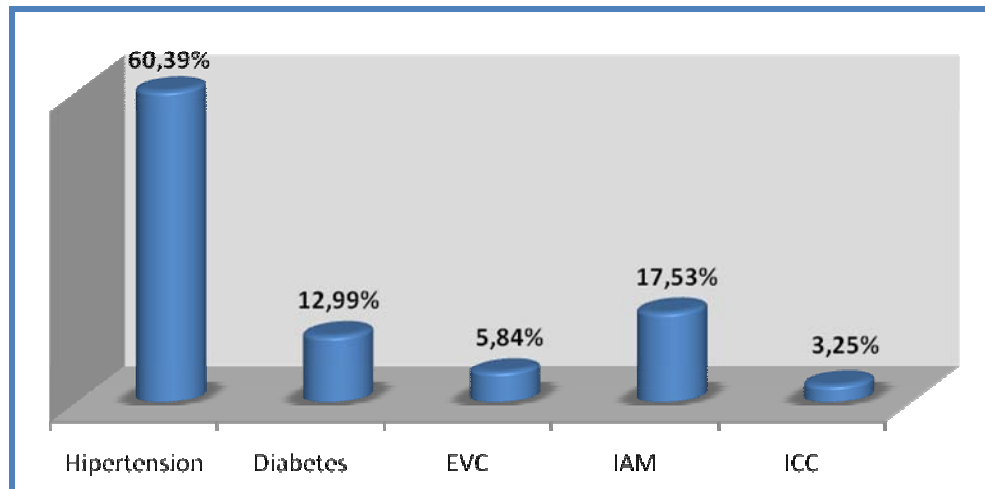


Figura 4.4. Distribución de los antecedentes personales según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”.2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008

Análisis: Es evidente que el antecedente personal mayormente encontrado en los pacientes con cardiopatía isquémica fue Hipertensión Arterial, la cual se presentó en 93 pacientes de los 105 de la muestra, representando el 55,36% del total de antecedentes personales, en cambio el antecedente personal que se presento con menor frecuencia fue la dislipidemia, encontrándose en 2 pacientes de la muestra, lo cual represento el 1,19% de los antecedentes.

Discusión: En un estudio en Maturín, Estado Monagas, realizado por Alvarez A. titulado Caracterización de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Cardiopatía Isquémica, publicado en 2008 se concluyo que el factor de riesgo que más se presento fue hipertensión arterial con un 68,2% de una muestra de 120 pacientes, resultados muy similares a los obtenidos en este estudio.

4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia

Tabla 4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Antecedentes Familiares		
Antecedentes Familiares	N	%
Hipertensión	21	27,63
Diabetes	13	17,11
EVC	13	17,11
IAM	25	32,89
ICC	4	5,26
Total	76	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

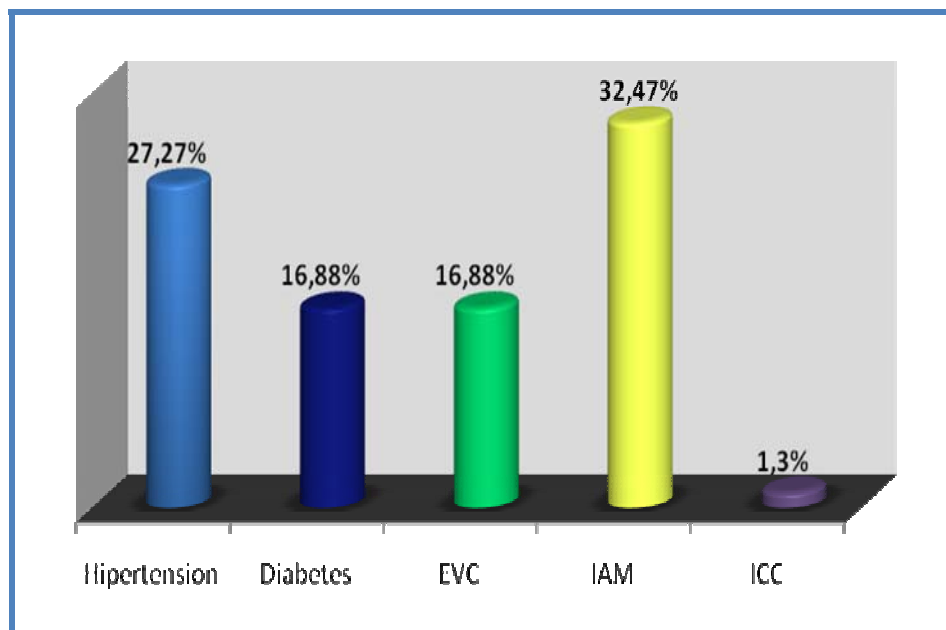


Figura 4.5. Distribución de los antecedentes familiares según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En cuanto a los antecedentes familiares que presentaron los pacientes con cardiopatía isquémica que acudieron al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti durante el año 2008, se evidenció que el Infarto Agudo del Miocardio, fue el más frecuente encontrándose en 25 pacientes de los 105 estudiados, que representan el 32,89% de un total de 76 antecedentes familiares, por el contrario, el antecedente familiar que se presentó con menor frecuencia fue la Insuficiencia Cardíaca, encontrándose en 4 pacientes de la muestra, lo cual representó el 5,26%.

4.6. Distribución de los hábitos psicobiológicos según su frecuencia

Tabla 4.6. Distribución de los Hábitos Psicobiológicos según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Hábitos Psicobiológicos		
Hábitos Psicobiológicos	Pacientes	%
Alcohol	45	38,46
Tabaco	52	44,44
Café	20	17,09
Total	117	100

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

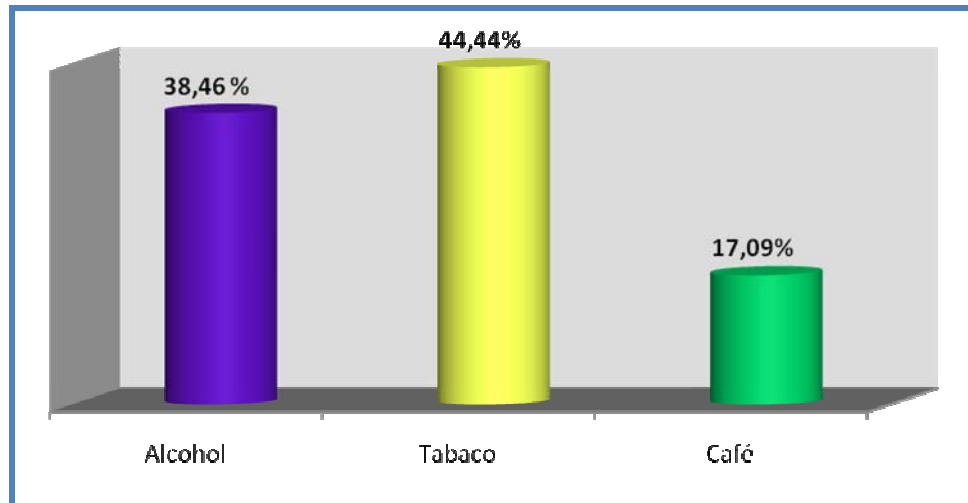


Figura 4.6. Distribución de los Hábitos Psicobiológicos según su frecuencia. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En el cuadro 2.3 y su gráfico se aprecia que el hábito psicobiológico predominante fue el Tabaco presente 52 pacientes de la muestra representando el 44,44% del total de 117 hábitos psicobiológicos, por otra parte, el Café presentó la menor frecuencia encontrándose en 20 pacientes que abarcan un 17,09% del total.

Discusión: De acuerdo a un estudio realizado en la Ciudad de Zaragoza, España en 2001, titulado Mortalidad y Morbilidad a Largo Plazo en Pacientes con Cardiopatía Isquémica Multivascular por Sanchez J., Galache J., Chopo J., y col., se concluyó que el tabaquismo fue el hábito psicobiológico más frecuente con 56% de la población estudiada, similar a la obtenida en esta investigación.

4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución

Tabla 4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Evolución clínica	Pacientes	%
Satisfactoria	48	45,71
Complicada	57	54,29
Total	105	100,00

Fuente: Historias Medicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

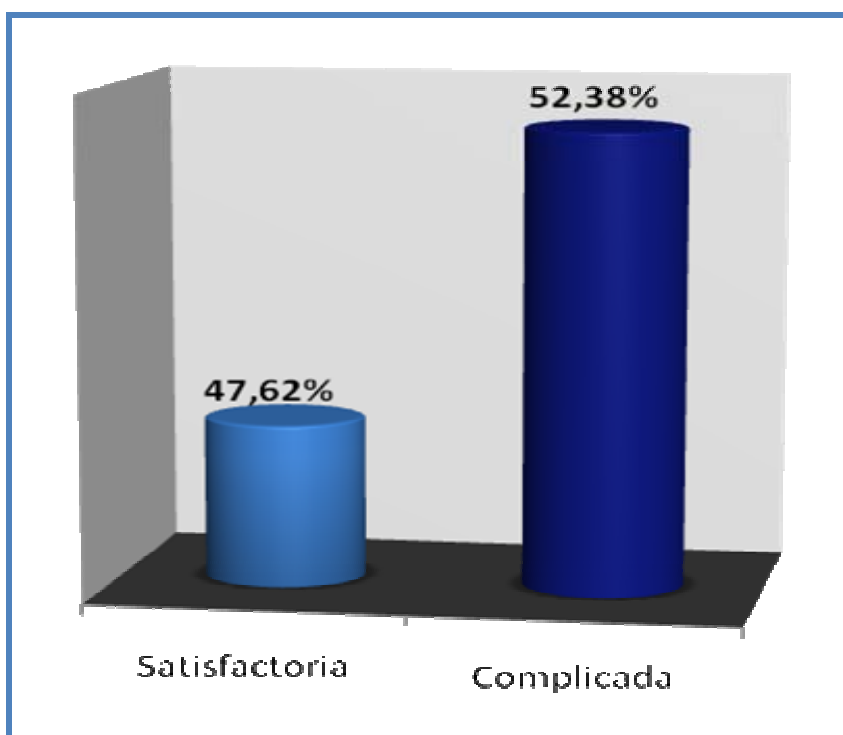


Figura 4.7. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según su evolución. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: Se observa que la evolución en la mayoría de los pacientes fue complicada, la cual estuvo presente en 57 de ellos lo que represento el 54,29%. La evolución satisfactoria por cardiopatía isquémica estuvo en 48 pacientes, los cuales representan el 45,71%.

4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones

Tabla 4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Complicaciones	N	%
Arritmias	16	21,62
Bloqueo	15	20,27
Insf.Cardíaca	18	24,32
Reinfarto	13	17,57
Rup. Tabique	1	1,35
Muerte	11	14,86
Total	74	100

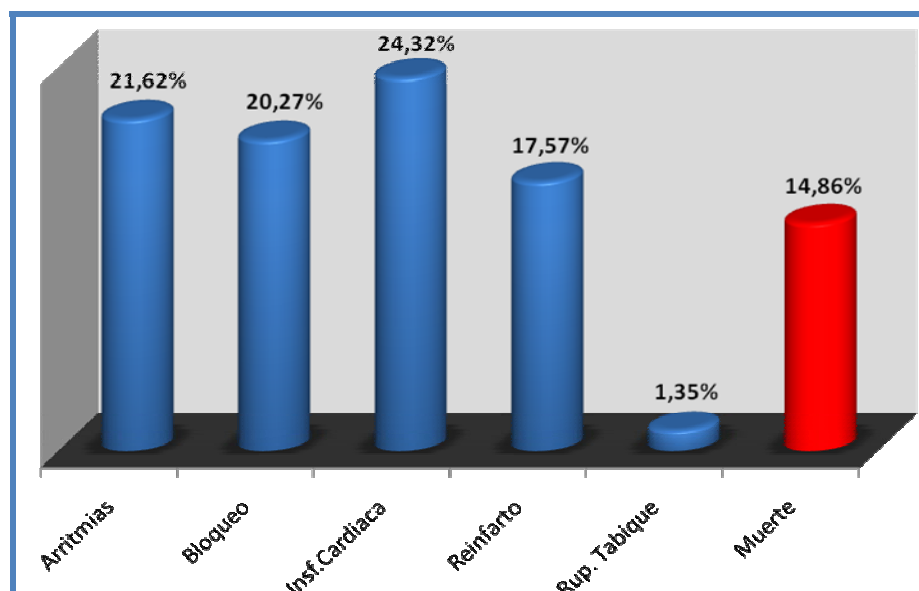


Figura 4.8. Distribución de los pacientes con cardiopatía isquémica según complicaciones. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda

Tabla 4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Presentación Clínica	Urbano		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina Inestable	29	46,77	6	9,68	35	56,45
Infarto elevacion ST	11	17,74	2	3,23	13	20,97
Infarto sin elevacion ST	10	16,13	4	6,45	14	22,58
Total	50	80,65	12	19,35	62	100,00

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

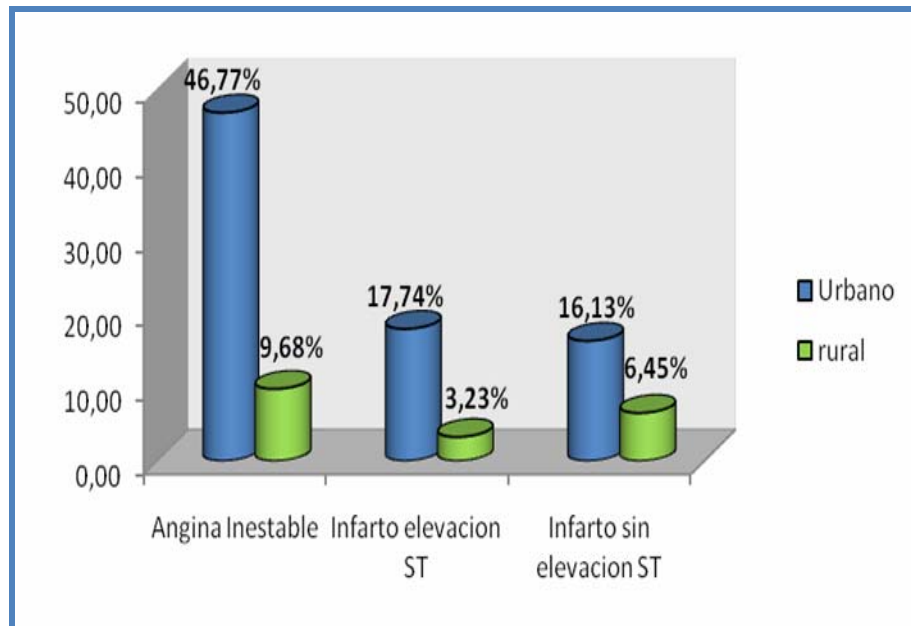


Figura 4.9. Asociación entre procedencia y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Fuente: Historias Medicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En la tabla 4.1 y su grafica, la cardiopatía isquémica aguda se evidencia que el evento isquémico agudo no presenta diferencias significativas de presentación clínica de acuerdo a si el paciente es de origen rural o urbano $p > 0,05$.

4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda

Tabla 4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Presentación Clínica	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina Inestable	20	32,26	15	24,19	35	56,45
Infarto elevación ST	5	8,06	8	12,90	13	20,97
Infarto sin elevación ST	1	1,61	13	20,97	14	22,58
Total	26	41,94	36	58,06	62	100,00

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

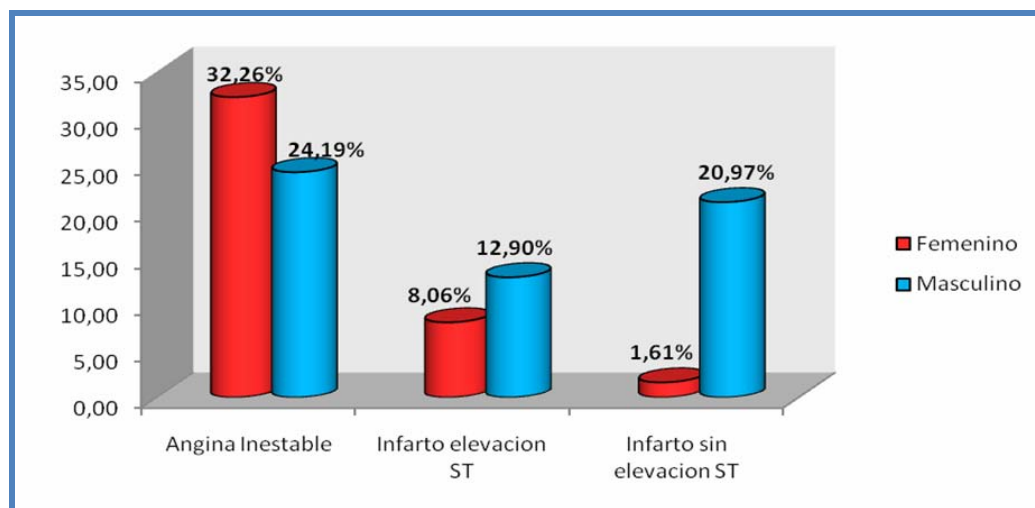


Figura 4.10. Asociación entre sexo y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En la tabla y su grafica se observa que la cardiopatía isquémica aguda tipo anginoso se presenta mayormente en las mujeres con 32,26%; mientras que en el hombre se presenta mayormente el infarto agudo con un 33,87%, siendo estas diferencias porcentuales estadísticamente significativas con una $p < 0,05$.

Discusión: De acuerdo a un estudio realizado en Lima, Peru en 2006, titulado Registro Nacional de Infarto Miocárdico Agudo (RENIMA) por Reyes M, Heredia J., y col., se concluyo que las mujeres eran quienes más se presentaban con equivalentes anginosos en relación a los hombres siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Otra diferencia significativa fue que los varones presentaron con más frecuencia IMA con elevación del ST en el ECG en relación a su contraparte femenina, resultados similares a los presentados en esta investigación.

4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda

Tabla 4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Presentación Clínica	Satisfactoria		Complicada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina Inestable	26	41,94	9	14,52	35	56,45
Infarto elevacion ST	7	11,29	6	9,68	13	20,97
Infarto sin elevacion ST	8	12,90	6	9,68	14	22,58
Total	41	66,13	21	33,87	62	100,00

Fuente: Historias Medicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

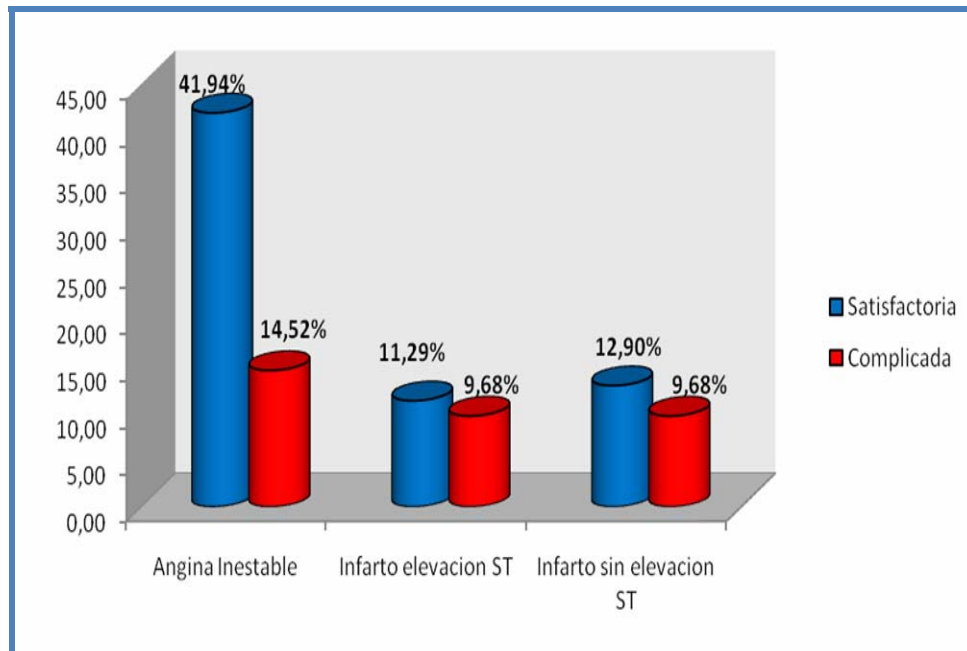


Figura 4.11. Asociación entre evolución intrahospitalaria y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”. 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En la tabla y su grafica se observa que la cardiopatía isquémica aguda se evidencia que a pesar de que el IM presenta una incidencia de complicaciones de 4 por cada 10 pacientes (ambas IM con o sin ST), frecuencia mayor a los pacientes con estado de angina donde solo $\frac{1}{4}$ presenta complicaciones, estas tendencia proporcionales no son estadísticamente significativas en el estudio $p > 0,05$.

4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda

Tabla 4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Presentación Clínica	Fallecidos		No Fallecidos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angina Inestable	0	0,00	35	56,45	35	56,45
Infarto elevación ST	4	6,45	9	14,52	13	20,97
Infarto sin elevación ST	3	4,84	11	17,74	14	22,58
Total	7	11,29	55	88,71	62	100,00

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

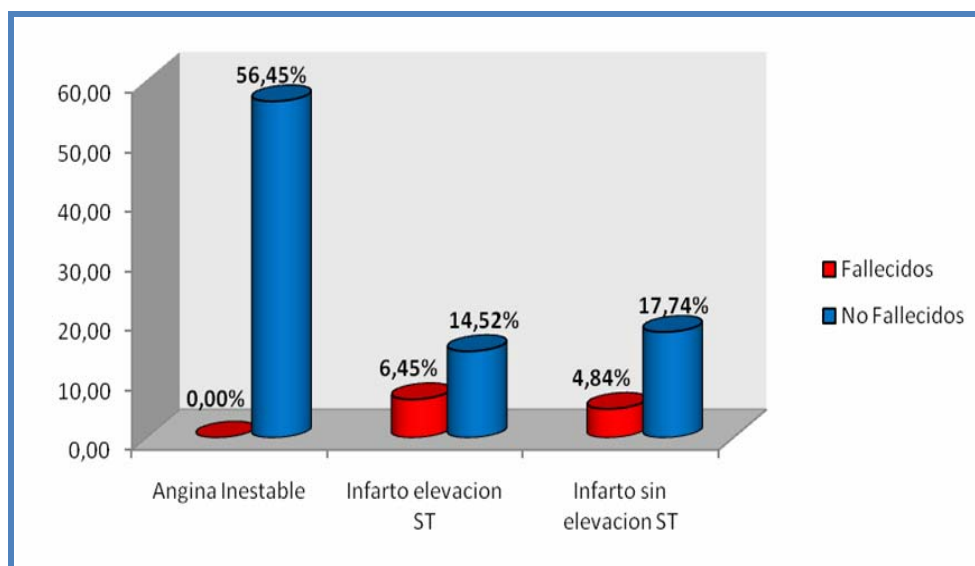


Figura 4.12. Asociación entre fallecidos y formas de presentación clínica de cardiopatía isquémica aguda. Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti". 2008.

Fuente: Historias Médicas del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti 2008.

Análisis: En la tabla y su grafica se observa que la cardiopatía isquémica aguda se presento que las cardiopatía isquémica tipo estado anginoso no presentan letalidad; mientras que el infarto agudo presenta un índice de 3:10 con IM con ST y 2:10 con IM sin ST, siendo estas diferencias porcentuales estadísticamente significativas con una $p < 0,05$.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- 1.** La prevalencia de cardiopatía isquémica fue mayor en los pacientes de procedencia urbana, entre 55 y 64 años y en el sexo masculino.
- 2.** El antecedente personal más frecuente fue Hipertensión Arterial, el antecedente familiar que predominó fue el Infarto Agudo del Miocardio y el hábito más frecuente fue el tabaquismo.
- 3.** La evolución en la mayoría de los pacientes fue complicada, representando la insuficiencia cardíaca la complicación más frecuente.
- 4.** EL sexo y la muerte como complicación aportaron datos estadísticamente significativos cuando se relacionaron con las distintas formas de presentación clínica de la cardiopatía isquémica aguda.

5.2. Recomendaciones

1. Incrementar las acciones de promoción de salud y educación sobre la cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo, haciendo particular énfasis en la importancia de controlar aquellos que sean modificables mediante la aplicación de estilos de vida saludables.
2. Realizar en el Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” otros estudios sobre cardiopatía isquémica para determinar el comportamiento de la misma y poder perfeccionar las medidas de prevención y tratamiento.
3. Incluir en otros estudios similares variables no mensurables, como actitudes psicológicas (disciplina, optimismo, y rutina), que podrían ser útiles para una descripción más amplia de los factores de riesgo coronario en pacientes cardiópatas.
4. Elaborar estrategias de intervención comunitarias concretas encaminadas a erradicar los factores de riesgo coronario para así mejorar el estilo de vida de los individuos y el modo de vida de nuestra población con un impacto a mediano plazo en el mejoramiento del estado de salud de este municipio, del estado y de Venezuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murria CL, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
2. Centro Zuliano de Historia de la Medicina. Maracaibo, Venezuela.
3. Morales Briceño, Eduardo: “Historia de la Sociedad Venezolana de Cardiología. Unas palabras acerca del autor” Publicación científica. N° 587. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2006, VI. P 294-295.
4. (Tendencia en Venezuela, años 1958 a 1994 y 1999). Trabajo de Ascenso, Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2000.
5. Sandison AT. Degenerative vascular disease in the Egyptian mummy. *Med Hist* 1962;7:77.
6. Hall AJ. A lady from China. *National Geographic Magazine* 1974; 145:660.
7. Frye WB. William Osler’s Collected Papers on the Cardiovascular System. Birmingham, Ala: the classics of Cardiology Library; 1985.
8. Liebowitz JO. The history of Coronary Heart Disease. Berkeley. Calif: University of California Press; 1970.

9. Dawber TR, Meadors GF, Moore FE Jr. Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. *Am J Public Health* 1951;41:279-286.
10. Dawber TR, Moore FE, Mann GV. Coronary heart disease in the Framingham Study. *Am J Public Health*. 1957;47:4-24.
11. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie L, Stokes J. Factors of risk in the development of coronary heart disease:six year follow up experience. *Ann Intern Med* 1961;55:33-50
12. Martínez de Aragón MV, Llacer A. Mortalidad en España 1995. *Boletín Epidemiológico Semanal* 1998;6:105-116
13. 1997 Heart and Stroke statistical Update. Dallas, Tex: American Heart Association.
14. Sanz Romero G.A. 1997 *Cardiopatía Isquémica*. Farreras V, Rozman E. *Medicina Interna Tomo1*. Ediciones Harcout Brace. Madrid. 14ª edición. Cap 67; 625-644.
15. Zalenski RJ, Selker HP, Cannon CP, Farin HM, Gibler WB, Golberg RJ et al. National Heart Attack Alert Program position paper: Chest pain centres and programs for the evaluation of acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med*. 2000;35:462-71.
16. Arós F, Loma-Osorio A. Diagnóstico de la angina inestable en el servicio de urgencias. Valor y limitaciones de la clínica, el electrocardiograma y las pruebas complementarias. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52(Suppl):139-45.

17. Jencks SF, Huff ED, Cuerdon T. Change in the quality of care delivered to medicare beneficiaries, 1998–1999 to 2000–2001. *JAMA*. 2003;289:305–12.
18. Norel M, Lytham D, Coghlan G, Cheng A, Kushawa S, Swan J. Limited value of the resting electrocardiogram in assessing patients with recent onset chest pain: Lessons from a chest pain clinic. *Br Heart J*. 1992;67:536.
19. Guía para la prevención secundaria de pacientes con enfermedad coronaria. Sociedad Venezolana de Cardiología. Fundación Venezolana del Corazon. Caracas – Venezuela, 2001.
20. Avendaño Vázquez, Edgar; Barrios Nanni, Rodolfo. Incidencia de infarto agudo al miocardio en el Hospital Central de Barquisimeto Lara y su manejo con trombólisis. *Rev. sanid. Mil* 2007;55(6):249-255
21. Singh Linares, Omar; Licea Puig, Manuel E; Martínez García, Rolando; Díaz Feliz, Angel. Interpretación de algunos factores de riesgo coronarios en urgencias medicas. *Rev. Venezolana de Endocrinol* 2004; 12(2):105-114.
22. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago E R, Batista Molier R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001
23. Valencia A., W. La isquemia miocárdica silenciosa en el periodo Postoperatorio. Estudio de casos y controles en ASCARDIO Barquisimeto, Rep. Bol. Venezuela *Rev. Venez. Anestesiol* 2006; 29(3):189-194.

24. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago E R, Batista Molier R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
25. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M et al. For the GAP Steering Committee of the American College of Cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. JAMA. 2002;287:1269-76.
26. Schneider EC, Zaslavsky AM, Epstein AM. Racial disparities in the quality of care for enrollees in medicare managed care. JAMA. 2002;287:1288-94.
27. Rodríguez Magallán, Alfredo. Informe del XXVI Congreso Venezolano de Cardiología en Puerto la Cruz 1993; 16:27-31.
28. Manfroi, Waldomiro Carlos. Historial de la atención cardiovascular en Venezuela. Revista de Medicina de Urgencias Ven. 2006;78(4):388-395
29. Rogers WJ, Canto JG, Lambrew CT, et al. Temporal trends in the treatment of over 1.5 million patients with myocardial infarction in the US from 1990 through 1999: the National Registry of Myocardial Infarction 1, 2 and 3. J Am Coll Cardiol. 2005;36:2056-63.
30. Arós F, Loma-Osorio A. Las enfermedades Crónicas asociadas a la Cardiopatía Isquémica. Rev. esp. Cardiol. 2007;52(Suppl):139-45
31. Bertomeu Martínez V.; Valero Parra R.: Prevención primaria y secundaria. Tema monográfico: Cardiopatía isquémica. Jano, medicina y humanidades. NI 1258. Mayo 1998. Doyma S.A.

32. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339:229-34.
33. Villar F, Banegas JR, Donado JM, Rodríguez Artalejos F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid: Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA), 2004.
34. Educación Sanitaria a pacientes con Cardiopatía Isquémica. Del Ria Moro, Maldonado Vázquez, Carmena Utrilla, Davós Jiménez, Garoz Martín, Gutierrez Noguera, Lozano Lázaro, Monedero López, Sanchez Ugena, Soto Gutiérrez, Vilalta Sevilla.. Nº 33 Enero-Marzo 2005.
35. Washington A; Browenld PF; Albert Louiss MJ; Raimond Clark; Massimaell Medmasterhouse; Hipp Caroline B; Wilfred White CJ. What is and how we can prevent M.I *Med Hypotheses* 2007; 60(1):36-51.
36. Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med* 2006; 329: 247-256.
37. Orenca A, Bailey K, Yawn BP, et al. Effect of gender on longterm outcome of angina pectoris and myocardial infarction/sudden unexpected death. *JAMA* 2007; 269: 2392-2397
38. Marrugat J.; Elosúa Llanos R.: Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En Martínez Navarro F.; Antó J.M.: Salud Pública. McGraw-Hill- Interamericano. Madrid 2004.

39. Bossaert L, Van Hoyweght K, R. Bystander MI as clinical way of presentation in an associative study of risk in Orleans in 5 years. Am Heart Association J. 2007; 85:223-224.
40. Taula rodona II: Prevenció primària i prevenció secundària de la cardiopatia coronària amb hipolipemians. De l'evidència científica a la pràctica clínica. ACMCB. 13 desembre 2007. Rev. Soc. Catalana Cardiol.2007; 3: 350-359 Hospital Universitari Vall d'Hebron
41. La prevenció en la població general. El dia mundial del cor. Mutua General de Catalunya. Fundació. IIIJornades sobre Medicina Preventiva i Predictiva. Juny de 2007
42. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K; Daley J et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American college of Cardiology/ American heart association Task force on practice guidelines (committee to update the 1999 guidelines for the management of patients with chronic stable angina, 2002. (www.acc.org)
43. Carrasco HA; Di Paolo A; Landaeta C. Atención del Paciente Coronario Agudo. Consejo de publicaciones de la Universidad de los Andes. Tercera edición, Merida, Venezuela. 1999
44. Diamond GA. Atlas of heart diseases. A clinically relevant classification of chest discomfort. Am J Cardiol 1983; 1: 574-5

45. Carrasco H, Landaeta C, Quintero W. Atención del Paciente Coronario Agudo. Consejo de publicaciones de la Universidad de los Andes. Cuarta Edición, Merida, Venezuela. 2003
46. Lacunza Ruiz J, López-Palop R, Pinar Bermúdez E, Valdés Chávarri M. Diagnóstico de la angina estable. Enfermedades cardiovasculares (VII). Medicine 8ª serie. Abril 2001; 43: 2281-2286.
47. Koonlawee N., Intarachot V., Josepson M.A., et al. Prognostic significance of silent Myocardial Ischemia in patients with unstable angina. J Am coll Cardiol 1987; 10:1-9
48. Azpitarte J, Cabades O, Callaghan A, Lopez M, V. et al. Angina de pecho, concepto y clasificación. Rev Esp Cardiol 1995; 48 (6): 373-382
49. Ribeiro PA., Shah PM. Unstable Angina: New Insights into pathophysiologic Characteristic, prognosis, and Management Strategies. Curr Probl Cardiol 1996; 21 (10): 671-731.
50. Falk, E.; shah, P fuster V. Coronary plaque disruption. Circulation. 1995; 92(3): 657-671
51. Arós F, Loma-Osorio A, Alonso JJ, Cabadés A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 1999;52:919-956.
52. Carrillo Sáez P, López Palop R, Pinar Bermúdez E, Valdés Chávarri M. Complicaciones del infarto agudo de miocardio y su tratamiento.

Enfermedades cardiovasculares (IX). *Medicine* 8ª serie. Mayo 2001; 45: 2371-2379.

53. Cappuro NL, Kent KM, Epstein SE. Comparison of nitroglycerin, nitroprusside and phentolamine induced changes in coronary collaterals function in dog. *J Clin Invest.* 1997; 60: 295-301
54. Diodati J., Theroux P. Lotour J-G et al. Effects of nitroglycerin at therapeutic doses on platelet aggregation in unstable angina pectoris. *Am J Cardiol* 1990; 66: 683-688
55. Lewis, HD. JR., Davis JW., Archibald DG. Et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina. *N. Engl J Med* 1983; 309: 396-406
56. Arós Borau F, Heras Fortuny M, et al. Avances en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2001,1, suplementoB
57. McAlpine H.M, Morton J.J, Leckie B, Gillen G and Dargie H.J. neuroendocrine activation after acute myocardial infarction. *Br Heart J* 1998;60:117-24.
58. Rouleau J.L, Moye L.A, de Champlain J, et al. Activation of Neurohumoral Systems following Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol* 1991;68:80D-86D.

- 59.** Hirsh, J. Fuster, V. Guide to Anticoagulant Therapy Part I: Heparin . AHA Medical/ Scientific statement/ special report. *Circulation*. 1994 (89); 3: 1449-1468
- 60.** Ramírez, T., Bravo, L. y Mendez P. (1987). La investigación documental y bibliográfica. Recomendaciones para la practica estudiantil. Caracas: Edit Panapo.
- 61.** Danhke, G. L. (1989). Investigacion y comunicación. En C. Fernandez-Collado y G. L. Danhke (Eds). *La comunicación humana: ciencia social* (pp. 385-484). Mexico: McGraw-Hill.

Anexos

GLOSARIO

Frecuencia: número de repeticiones de cualquier fenómeno en un determinado periodo de tiempo.

Incidencia: número de nuevos casos en un periodo determinado de tiempo

Morbilidad: se describe como el número total de enfermedades, problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un periodo de tiempo para una población o lugar determinado.

Mortalidad: tasa de fallecimiento, que refleja el número de muertes por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación, normalmente expresada como muertes por 1.000, 10.000 y 100.000.

Prevalencia: numero de todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestaciones de un hecho durante un periodo determinado de tiempo.

Rural: población con menos de 2500 habitantes.

Urbano: población con más de 2500 habitantes.

ABREVIATURAS

CPK: creatinfosfoquinasa

EVC: evento vascular cerebral

GTO: transaminasa glutamico-oxalacetica

GPT: transaminasa glutamico-piruvico

HDL: lipoproteína de alta densidad

IAM: infarto agudo del miocardio

ICC: insuficiencia cardiaca congestiva

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

LDH: lactato deshidrogenasa

LDL: lipoproteína de baja densidad

VLDL: lipoptroteina de muy baja densidad

VSG: velocidad de sedimentación glomerular

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO**

TÍTULO	“MORBIMORTALIDAD POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR “LUIS RAZETTI” ANZOATEGUI. AÑO 2008”
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
GUATACHE GARCÍA, EDGARDO JOSÉ	CVLAC: 7.732.408
LARA VELÁSQUEZ, ERNESTO ARTURO	CVLAC: 17.779.078
PEREIRA LISBOA, ELIANA CAROLINA	CVLAC: 17.092.302

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

MORBIMORTALIDAD

CARDIOPATIA

ISQUEMICA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUB ÁREA
Ciencia de Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

Se realizo un estudio descriptivo, documental y transversal, donde la población estudiada la constituyeron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el periodo enero – diciembre 2008, en el hospital universitario “Dr. Luis Razetti” con diagnostico de cardiopatía isquémica, y la muestra aquellos que tenían diagnostico de cardiopatía isquémica y cumplían con los criterios de inclusión. El objetivo general de la investigación fue Determinar la morbimortalidad por cardiopatía isquémica en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” durante el año 2008, y teniendo como específicos definir la procedencia, sexo y grupo etareo de los pacientes con cardiopatía isquémica, así como determinar los antecedentes personales, antecedentes familiares y los hábitos psicobiológicos en estos pacientes, también se investigo la evolución clínica y la relación entre el sexo, procedencia, evolución y complicación con las distintas formas de presentación de la cardiopatía isquémica aguda. En la investigación se determino que la cardiopatía isquémica fue más frecuente en los pacientes de procedencia urbana, entre 55 y 64 anos y del sexo masculino, así como la hipertensión Arterial y el Infarto Agudo del miocardio son los antecedentes personales y familiares respectivamente de mayor frecuencia en estos pacientes y el tabaquismo el habito más frecuente. También se encontró que la insuficiencia cardiaca es la evolución más frecuente. Además el sexo y la muerte como complicación aportaron datos estadísticamente significativos cuando se relacionaron con las distintas formas de presentación clínica de la cardiopatía isquémica aguda.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E-MAIL				
HUMBERTO GÓMEZ	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:				
	e-mail:				
OSCAR GERALDINO	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	e-mail:				
SABRINA DROZ	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	e-mail:				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	e-mail:				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	06	10
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis.Morbimortalidad_CardiopatíaIsquémica.doc	Aplicación/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M N O P Q
R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z . 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 .

ALCANCE

ESPACIAL: _____(OPCIONAL)

TEMPORAL: _____OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del Reglamento de Trabajo de Grado:

“Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario”

AUTOR

GUATACHE EDGARDO

AUTOR

LARA ERNESTO

AUTOR

PEREIRA ELIANA

TUTOR

HUMBERTO GÓMEZ

JURADO

OSCAR GERALDINO

JURADO

SABRINA DROZ

PROF. MARÍA OVALLES

POR LA SUBCOMISION DE TESIS