

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

“MODIFICACION DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
EGRESADOS DEL HOSPITAL DE PUERTO MONTT CON DIAGNOSTICO DE
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, DURANTE JULIO DEL 2003 Y JULIO DEL 2004”.

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

CONSUELO JOSE CORDOVA LOPEZ
VALDIVIA – CHILE
2005.

Profesor Patrocinante:

Nombre: R. Mauricio Barría P.
Profesión: Enfermero
Grado: Magíster en Epidemiología Clínica.
Instituto de Enfermería.
Facultad de Medicina.
Firma: _____

Profesores Informantes:

1) Nombre: Rosa Elena Parada H.
Profesión: Enfermera.
Grado: Magíster en Desarrollo Rural
Instituto de Enfermería
Facultad de Medicina.
Firma: _____

2) Nombre: Ana Luisa Cisternas M,
Profesión: Enfermera.
Grado: Experto en Gerontología, Magíster en Gerontología y Geriatría, Magíster en Modelado de Conocimientos para Entornos Visuales Educativos (c), Doctorado en gerontología Y Geriatría (c).
Instituto de Enfermería.
Facultad de Medicina.
Firma: _____

*“Creo que el mejor regalo
que puedo recibir de alguien
es ser vista por él,
escuchada por él.*

*El mejor regalo que puedo dar
Es el ver, escuchar, comprender,
Y tocar a otra persona,
Cuando esto está hecho
Siento que el contacto se ha realizado”*

A mi madre...Marcela

INDICE

PAGINAS	
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II: MARCO TEORICO	2
CAPITULO III: OBJETIVOS	11
III.1: OBJETIVO GENERAL	11
III. 2: OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
CAPITULO IV: MATERIAL Y METODOS	13
IV.1: TIPO ESTUDIO	13
IV.2: POBLACIÓN	13
IV.3: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13
IV.4: RECOLECCION DE INFORMACIÓN	13
IV.5: ANÁLISIS DE DATOS	13
CAPITULO V: DEFINICIÓN DE VARIABLES: NOMINAL Y OPERACIONAL	14
V.1: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	14
V.2: ASPECTOS DE LA RED DE APOYO	15
V.3: ASPECTOS DE LA EDUCACIÓN RECIBIDA	15
V.4: ASPECTOS DE LA INCIDENCIA DE FRCV	17
CAPITULO VI: RESULTADOS	20
CAPITULO VII: DISCUSIÓN	39
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES	43
CAPITULO IX: BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS.	

RESUMEN

El infarto agudo al miocardio (IAM) es causa del 8% de la mortalidad poblacional. Un 30% muere antes de recibir atención médica y a nivel intrahospitalario entre un 10 y un 15% de los pacientes fallecen por disfunción ventricular. En el primer año de evolución post infarto, 4 a 10% fallece por reinfarto, insuficiencia cardiaca, o muerte súbita por arritmias ventriculares.

Los principales factores de riesgo cardiovascular modificables que suelen presentar los pacientes coronarios son el tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad; factores de riesgo que se estudiaron en esta investigación.

Se realizó un estudio de tipo Cuantitativo, Descriptivo y Correlacional, a una población de 57 pacientes egresados del Hospital de Puerto Montt con diagnóstico de IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, cuyos criterios de inclusión fueron: pertenecer a la zona urbana y haber egresado del hospital de Puerto Montt.

La recolección de información se realizó a través de un instrumento diseñado para ese fin y aplicado en el domicilio de los pacientes. Finalmente, logró encuestarse a 29 pacientes, excluyendo quienes no se encontraron en sus domicilios después de tres visitas y quienes no desearon participar del estudio.

En relación con los resultados; se observó que la población encuestada (29 pacientes) pertenece en su mayoría al sexo masculino con un 72,41%. El promedio de edad de IAM fue de 61,5 años, con un promedio de edad para el sexo masculino de 60,1 y para el femenino de 65,3. En relación con la incidencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, la mayor prevalencia se encontró en el consumo esporádico de alcohol con el 48,3%, luego la obesidad con un 34,5% y el sobrepeso con el mismo porcentaje dentro del total de encuestados, el sedentarismo con un 27,6% del total y el tabaquismo con 17,2%.

Las mayores modificaciones a factores de riesgo presentes previo al IAM, se encontraron en el abandono del tabaco y las peores en la obesidad y sobrepeso.

SUMMARY

Myocardic Infartation (MI) causes 8% of population mortality. 30% dies before receiving medical attention, at intrahospitalarian level between 10 to 15% dies by ventricular disfunction. During the first year of post MI 4 to 10% of the patients dies by second infarctation, cardiac insuficiency or sudden death caused by ventricular arrythmias.

The main modifiable risk factors presented by coronary patients are: tabaquism, sedentarism, alcohol, overweight and obesity; risk factors studied in this investigation.

It was made Cualitative, Descriptive and Correlacional study on a population of 57 patients whit diagnosis of MI between July of 2003 and July of 2004, whose inclusion criterias were: belong to the urban zone, have been out of the hospital sane of main.

The information harvesting was made trough an instrument designed for that aim and applied in the address of the patients. Finally, the poll was made among 29 people excluding who were not at their addresses before three visits and that did not wish to participate in the study.

In relation to the results, it was observed that the population belongs in its greaters one to masculine sex with a 72,4%. The average of age for the MI was of 61,5 years, with an average of age for the masculine sex of 60,1 and the feminine one of 65,3%. In relation to the incidence of modifiable risk factors, the greater prevalence was in the sporadic alcohol consumption with 48,3%, then the obesity with a 34,5% and the overweight with the same percentage within the total of population, the sedentarism with a 27,6% of the total and the smoking with 17,2%.

The main modifications in risk factors previous to the MI, were in the abandonment of the tobacco and worse in the obesity and overweight.

I. INTRODUCCIÓN

Durante el Siglo XIX y principios del Siglo XX, las patologías infectocontagiosas fueron las principales causas de muerte en los individuos en el mundo entero, situación que fue revertida con el descubrimiento de la Penicilina, aumentando así las expectativas de vida de la población de la época. Luego, los cambios en la calidad de vida, el estrés, la mala alimentación y el sedentarismo desembocaron en la aparición de otro tipo de enfermedades conocidas como crónicas no transmisibles. En éstas se incluyen las enfermedades cardiovasculares, las cerebro vasculares, cáncer, diabetes mellitus y los accidentes y violencias que ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad entre la población adulta.

Según el Estudio de Carga de Enfermedad, Componente Cuantitativo del Estudio de Priorización de Inversiones del Ministerio de Salud en 1996, “las enfermedades no transmisibles representan el 73% seguido por los traumatismos y envenenamientos con 15% y luego las enfermedades infecciosas, maternas y perinatales” (Murray, López, 1994), cifras que sin duda han aumentado principalmente por tres factores: incremento de factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, dieta inadecuada, hipercolesterolemia, sedentarismo y alcohol; consumo de drogas legales e ilegales y el estrés psicosocial (Jadue, H; Vega, J; Escobar, M et al. 1999).

Actualmente, la enfermedad cardiovascular (ECV), constituye un importante problema de salud pública. En Chile, el infarto agudo al miocardio (IAM) es causa del 8% de la mortalidad poblacional. Un 30% muere antes de recibir atención médica y a nivel intra hospitalario entre un 10 y un 15% de los pacientes fallecen por disfunción ventricular. En el primer año de evolución post infarto, 4 a 10% fallece por reinfarto, insuficiencia cardiaca, o muerte súbita por arritmias ventriculares.

Desde el estudio de Framingham iniciado en 1948, y con un seguimiento de 30 años, se determinó la existencia de factores de riesgo modificables en esta patología. Determinándose así, que los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (FRCV) corresponden a dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, sedentarismo, sobrepeso y gota.

La estrategia para disminuir el impacto de estas ECV, se basa entonces en la limitación y reducción de los factores de riesgo que anteceden a la aparición de las afecciones. Numerosos análisis de los datos epidemiológicos han confirmado la enorme relación entre costo y eficacia de esta medida estratégica medida en términos de supervivencia y calidad de vida. Aquí es necesario incrementar el esfuerzo en la educación del público y los profesionales

y quizás será necesario aplicar estrategias más agresivas, dirigida a poblaciones vulnerables o de alto riesgo. Para la consecución de tal objetivo, son fundamentales dos estrategias: la prevención dirigida hacia los individuos y poblaciones de alto riesgo y el tratamiento agudo más precoz de los eventos coronarios.

A pesar de los logros conseguidos en los últimos años, la enfermedad coronaria sigue siendo una epidemia alarmante. Por lo tanto debemos mirar hacia el futuro con dedicación pasional y renovada a la investigación, formación y educación profesional así como a la aplicación rigurosa de los conocimientos adquiridos. Para lo cual se hace necesario un esfuerzo en el diseño de nuestra organización sanitaria que permita la estrecha colaboración entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales.

Debido a la elevada incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares así como al hecho de compartir los factores de riesgo de padecimiento de la enfermedad, como son el estilo de vida, hábito tabáquico, sedentarismo, alimentación, etc. con otras entidades conducir a que la prevención cardiovascular se convierta en el corazón de la prevención.

Esto es lo que se pretende lograr con la realización del estudio; determinar las características de la población que ha sufrido un IAM en términos sociodemográficos y de Autocuidado, conocer cuales son los principales factores de riesgo que presentan estos pacientes con el fin último de poder tomar las medidas más adecuadas para el control y la educación intra hospitalaria, labor intrínseca de la profesión de Enfermería.

II. MARCO TEORICO

“La salud es un estado que tiene diferentes significados para la persona. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Para conseguir la salud, el hombre utiliza sus facultades llevando a cabo acciones que le permitan alcanzar los mencionados niveles de integridad” (Marriner, 1994).

Existen evidencias que sugieren que el ambiente social, la familia, la comunidad, el trabajo pueden influir en la salud. El ambiente social está constituido por la red social con sus funciones de promoción del compromiso social, para la adopción de conductas relevantes para la salud. “La influencia social es un gran aporte para el proceso de cambio de conducta y para la adquisición de comportamientos saludables” (Caro 1999).

Dorothea Orem en su “Teoría del Autocuidado” de 1971 menciona que todos los individuos necesitan satisfacer distintos requisitos para poder mantener la vida, la salud y el bienestar; y que la capacidad de éstos para atender los requisitos es distinta ya que depende de las propias habilidades cognitivas, motoras, emocionales, la cultura, la edad y la familia. El mismo año define el Autocuidado como: “Una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Marriner, 1994).

La enfermedad cardiovascular (ECV), constituye uno de los más importantes problemas de salud pública, ésta última se define como: “La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (Terris, 1992).

Dentro de las ECV se encuentran: hipertensión arterial (HTA), enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular cardíaca, accidente cerebrovascular y fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares causan 12 millones de muertes en el mundo cada año y

representan la mitad de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países desarrollados. En los países subdesarrollados también está aumentando la frecuencia (Wielgosz 1993).

En Chile, el año 2001, de las 81.873 defunciones generales registradas, se destaca en orden decreciente las que corresponden a: el sistema circulatorio (27,7% de los casos), tumores malignos (22,5%), enfermedades del sistema respiratorio (10,4%) y enfermedades del sistema digestivo (7,8%). En el caso del sistema circulatorio, las defunciones ocurrieron mayoritariamente por infarto agudo al miocardio (5.650), enfermedad isquémica crónica del corazón (2.124), enfermedad cardíaca hipertensiva (1.525), insuficiencia cardíaca (1.459), hemorragia intraencefálica (1.638) y accidente vascular encefálico agudo (2.998) (Instituto Nacional de Estadística, 2001).

En nuestro país, las ECV constituyen la primera causa de muerte desde 1969, representado en términos proporcionales un 29% del total de defunciones durante la década de los 90 (Ministerio de Salud, 1995) y, actualmente, con tasas de alrededor de 28%. El IAM, es causa del 8% de la mortalidad poblacional. Un 30% muere antes de recibir atención médica y a nivel intrahospitalario entre un 10 y un 15% de los pacientes fallecen por disfunción ventricular (Schuster, A. Fajuri, A. 2001).

“Infarto agudo al miocardio (IAM), es el término utilizado para describir los cambios necróticos agudos del miocardio debidos a la privación de forma repentina y catastrófica del aporte sanguíneo coronario durante un período de tiempo suficiente, resultado casi siempre de una oclusión coronaria aguda (trombosis, hemorragia subíntima, o rotura de placa de ateroma)”.

El dolor precordial del IAM se caracteriza por ser sostenido, profundo, suele durar más de 20 minutos y no alivia con Nitroglicerina. Se acompaña de cambios en el electrocardiograma (ECG) y en el laboratorio con elevación de enzimas séricas específicas de necrosis tisular. Existen dos tipos de IAM: transmural y subendocárdico. El más común es el infarto transmural en el cual la necrosis isquémica afecta todo o casi todo el espesor de la pared ventricular en la distribución de una sola arteria coronaria. Se suele asociar a aterosclerosis coronaria, ruptura de placa y trombosis sobreañadida. Por el contrario, el infarto subendocárdico constituye una zona de necrosis isquémica limitada al tercio interno o como máximo a la mitad de la pared ventricular y que a menudo se extiende lateralmente más allá del territorio de irrigación de una sola arteria coronaria. La zona subendocárdica es la zona peor perfundida del miocardio y la más vulnerable a cualquier reducción del flujo coronario. En la mayoría de los IAM subendocárdicos existe una aterosclerosis estenosante difusa y una reducción global del flujo coronario pero sin ruptura de la placa ni trombosis.

Las consultas por dolor torácico representan en otros países un porcentaje significativo dentro del total de las consultas de Urgencia. En España representan el 1,88%, en el Reino Unido el 2% y en Estados Unidos el 5%. Estos porcentajes no son aplicables a las atenciones de urgencia realizadas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria de Chile, debido a la baja complejidad de la mayoría de éstas, por lo que para poder estimar el número de atenciones que debieran esperarse en nuestro país por dolor torácico, se comenzó estimando el número de infartos agudos al miocardio que debiéramos esperar por tramos de edad y sexo. Las consultas por dolor torácico en población beneficiaria de FONASA se estimaron en 31.150 casos.

Para la distribución del IAM, se considera la obtenida por el GEMI (Grupos de Estudios Multicéntricos del Infarto) en el Registro del Infarto Agudo al Miocardio en Hospitales Chilenos; en donde el 75% de los casos corresponden a IAM Q y el 25% a IAM no Q (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2003).

Los datos de la siguiente tabla fueron utilizados para extrapolar lo obtenido en España y aplicarlo a los tramos de edad correspondientes, diferenciados por sexo de la población chilena beneficiaria de FONASA y estimar así, el número de IAM que podrían esperarse en Chile.

Incidencia, Porcentaje De Letalidad En Distintos Periodos Y Porcentaje De Hospitalización Por IAM, según Sexo y Edad, España, 2003.

Sexo		Hombres		Mujeres	
Rango de edad		25-74 años	>= 75 años	25-74 años	>= 75 años
Incidencia		194/100.000	1500/100.000	38/100.000	830/100.000
IAM	Letalidad poblacional por IAM antes de 28 días (muertes antes de llegar a lugar de atención + las producidas durante o después de hospitalización)	38,80%	74,40%	45,70%	76%
	Proporción hospitalizados	77,80%	43,70%	76,80%	38,20%
	Letalidad hospitalizados por IAM 28 días	14%	47%	20%	41%
	Letalidad por IAM 1 año (Incluye letalidad por IAM hospitalizados 28 días)	18%	58%	24%	52%

La tabla muestra que la mayor incidencia de IAM en España se encuentra en varones, pero la letalidad por IAM es mayor en mujeres en edad de 25 a 74 años.

En España, la educación para la modificación de factores de riesgo cardiovascular y una reincorporación sociolaboral cardiosaludable está en manos de la atención primaria y de las unidades de rehabilitación cardíaca. La reincorporación laboral postinfarto se sitúa en ese país en un 30% frente al 50% de otros países occidentales con mayor cobertura como Estados Unidos y Canadá, en Europa el índice desciende al 30%, alcanzando en España el 2% (González, JM. Capote, ML 1996).

Un estudio de intervención en cohorte prospectivo realizado en este mismo país entre Agosto de 1996 y Diciembre de 2001 sobre pacientes que recibieron educación en consulta de Enfermería, concluyó que un 78% de los individuos modificó total o parcialmente sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y un 57,7% asumió estilos de vida saludables. Los mejores resultados se obtuvieron en el abandono del tabaco y los peores en hiperglicemia y sobrepeso.

El Consumo de cigarrillos es uno de los factores de riesgo más importantes dentro de las ECV. Este riesgo está directamente relacionado con el número de cigarrillos que se fuman, el periodo de tiempo que se fuma, la edad de inicio del hábito tabáquico, la cantidad de humo inhalado y el contenido de alquitrán y nicotina. Según el estudio internacional MONICA de la OMS en 1988, las tasas de consumo de cigarrillo varían de un país a otro, registrándose en ese entonces las mayores tasas en varones entre 35 a 64 años de Rusia, Polonia y Escocia.

La dieta constituye al igual que el consumo de tabaco un factor de riesgo cuando no es equilibrada y contiene un gran nivel de sal. Las dietas con elevado contenido de hidratos de carbono, grasas y calorías contribuyen al desarrollo de sobrepeso, hipertensión arterial e hipercolesterolemia con el consiguiente aumento de riesgo cardiovascular. El sobrepeso es un factor de riesgo cardiovascular de menor significación directa. El patrón de distribución de grasa abdominal en varones se asocia a un mayor riesgo de problemas cardiovasculares que la distribución pélvica de la grasa femenina. Al sobrepeso se lo asocia con la aparición de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia y por lo tanto se transforma en riesgo cardiovascular.

“La estrecha asociación entre hipertensión, sobrepeso, diabetes y falta de ejercicio, ha convertido a la inactividad física en un factor de riesgo significativo de cardiopatía coronaria” (Briazgounov, 1988). Se ha podido demostrar en varios estudios mundiales que manteniendo todos los demás factores de riesgo, la tasa de mortalidad en personas que realizan regularmente algún tipo de ejercicio intenso, es inferior que en individuos sedentarios.

En relación con el consumo excesivo de alcohol, este ha sido asociado a un riesgo elevado de hipertensión, ictus y miocardiopatía, mientras que el consumo moderado de vino reduce el riesgo cardiovascular actuando de manera protectora.

Actualmente y según los datos estadísticos del mundo relacionados con IAM, se hace necesaria la educación para la salud relacionada con los factores de riesgo cardiovascular. La rehabilitación cardíaca definida como el proceso mediante el cual los pacientes, con alguna enfermedad cardiovascular (ECV), son llevados a reasumir una vida activa, productiva y con un adecuado bienestar psicológico y social, libre de síntomas el mayor tiempo posible (Prevención Secundaria). Incluye además, prevenir la aparición de ECV, detectando oportunamente factores de riesgo, antes de la aparición de la enfermedad (Prevención Primaria).

La Reforma de Salud de Chile prioriza un modelo de atención enfocado principalmente en la promoción y prevención con el fin de mantener sana a la población y alcanzar una mayor calidad de vida. Es un enfoque de atención basado en la familia, con equipos de salud que están a cargo de un número determinado de ellos y que conocen en profundidad su situación de riesgo.

En el caso específico del IAM, la Reforma determinó como población objetivo la adulta con dolor torácico no traumático que consulte en Unidades de Emergencia Hospitalaria de hospitales tipo 1, 2, 3 y 4 y en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). El objetivo sanitario es reducir la morbimortalidad de esta patología mediante la reperfusión coronaria con Trombolisis en infartos con elevación del segmento ST y con la prevención secundaria de los sobrevivientes de IAM y los pacientes en los cuales se haya efectuado intervenciones terapéuticas como cirugía o Angioplastía. El modelo de atención incluye la atención inmediata de pacientes con dolor torácico y terapia con trombolíticos en todas las unidades de emergencia del país. Prevención secundaria ambulatoria en Atención 1ª, con controles por especialistas de nivel 2º. Para la prevención 2ª existen establecimientos de nivel 2º de la red ambulatoria; principalmente control por enfermera, nutricionista y médico especialista.

El objetivo sanitario para la década de 2000 al 2010, es disminuir la mortalidad estandarizada por edad de enfermedad isquémica en un 30%.

El programa de Salud Cardiovascular Llanquihue del año 2003, centra su actuar en el adulto a través de:

- Pesquisa de pacientes portadores de enfermedades crónicas.
- Control de pacientes crónicos, especialmente diabetes mellitus e hipertensión arterial.

- Pesquisa de factores de riesgo de la población adulta en la atención primaria de salud, a través del Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA).
- Control de pacientes adultos en base a su riesgo cardiovascular.

Objetivos generales del programa:

- Disminuir la morbi – mortalidad por enfermedad cardiovascular.
- Reorientar los sub - programas de hipertensión y diabetes a un enfoque terapéutico, basado en el riesgo cardiovascular global del individuo.

Objetivos específicos del programa:

- Reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes en control.
- Reducir el hábito tabáquico.
- Niveles de presión óptimos de los pacientes en control.
- Mejorar el control metabólico de los diabéticos en control.
- Reducir el nivel de colesterol en pacientes dislipidémicos.
- Incentivar la obtención y manutención del peso adecuado en pacientes con sobrepeso y obesidad.
- Motivar la actividad física en pacientes bajo control.

De acuerdo a lo mencionado por Orem, el Autocuidado al ser aprendido requiere de una guía, siendo el objetivo de la Profesión de Enfermería: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de Autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (Marriner, 1994).

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de los individuos y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos. Es así como el cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.

El Autocuidado posee principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a lo cotidiano y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.

- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones entre los individuos.

En los pacientes portadores de enfermedad crónica, el autocuidado cobra aún mayor importancia, no sólo porque las metas tienen que ver con el cambio hacia una vida más saludable, sino porque el hecho de tener una enfermedad durante toda la vida, debe producir un cambio a nivel del pensamiento para poder vislumbrar un buen futuro debido a que la esperanza de vida aumenta diariamente y el llegar a la adultez tardía en óptimas condiciones implica satisfacciones personales y familiares.

El apoyo psicológico es fundamental en los pacientes; manejar la motivación de éstos para que desarrollen a través de metas a corto plazo, la identificación del poder interno del autocontrol respaldado con esquemas cognitivos positivos, reforzando el querer, poder y la conciencia. La familia entra aquí a jugar un papel importante, ya que, para muchas personas resulta difícil cambiar conductas de acuerdo a los consejos médicos, especialmente para aquellos desfavorecidos social y económicamente, los que tienen un trabajo monótono dependiente y no estimulante, los que se encuentran en situaciones familiares estresantes o los que viven solos y carecen de apoyo social. La familia es un sistema abierto, y como tal, posee todos los elementos de un sistema. Tiene límites claros y consiste en componentes que interactúan entre sí y con su medio. Al igual que en cualquier sistema, todo lo que afecta a un componente también afecta a los demás. Toda modificación endógena o exógena, ejerce efectos sobre sus demás miembros.

De acuerdo a la literatura existente, estudios anteriores mencionan la importancia y los beneficios para la modificación de los factores de riesgo cardiovascular estudiando los factores de riesgo de todos los miembros de la familia del paciente con el fin de que todo el núcleo luche unido a favor de modificar conductas de vida perjudiciales para la salud.

Todas aquellas metas ya sean terapéuticas o de la promoción del Autocuidado en los pacientes, no podrían ser logradas sólo por los profesionales de la salud y el paciente si no existiera una red de apoyo que entregara desde fuera todo lo que éste necesita. El apoyo social es entregado por la red social de un individuo, la que se define como el conjunto de personas significativas con las cuales se interactúa con frecuencia, incluyendo vínculos establecidos por parentesco, trabajo, vecindad física, amistad, entre otras.

“La importancia de la red social radica en el hecho de que produce una fuente potencial de recursos, de apoyo y de información a la que pueden recurrir sus miembros especialmente cuando enfrentan problemas, además el pertenecer a una red posibilita el sentirse cuidado, valorado y estimado por los otros (Turner, 1986 en Páez, 1986)); lo que satisface la necesidad de afiliación de los seres humanos”

Estudios de Didier, 1985 y de Cohn, 1994, evidenciaron el hecho de que el apoyo social tiene efectos sobre la salud de las personas. Así, quien pertenece a una nutrida y preocupada red de apoyo, se relaciona con mejores niveles de salud tanto física como mental y viven más tiempo. Los individuos con escaso apoyo social, al enfermar experimentan problemas más graves y en algunos casos con peor pronóstico. La falta de apoyo y contacto social facilita la aparición de síntomas como ansiedad y depresión.

III. OBJETIVOS

III.1 Objetivo General:

1. Determinar la modificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes egresados del Hospital de Puerto Montt entre el 31 de Julio de 2003 y el 31 de Julio de 2004 con diagnóstico de infarto agudo al miocardio.

III. 2 Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a sexo, edad, estado civil, escolaridad y estado nutricional, tipo de familia y rol que cumple en ella.

2. Establecer la incidencia de factores de riesgo cardiovascular modificables entre los pacientes antes y después de presentado el IAM, con un tiempo mínimo de tres meses luego de ocurrido el evento coronario.

3. Determinar la asistencia del paciente a controles de salud luego del IAM.

4. Determinar las dificultades del paciente o causas señaladas por ellos para asistir a los controles de salud.

5. Determinar relación existente entre sexo del paciente y la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

6. Determinar relación existente entre la edad del paciente y la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

7. Determinar la percepción del paciente en relación a la calidad de la educación / información recibida durante la hospitalización en relación con el IAM y los factores de riesgo cardiovascular modificables.

8. Determinar la información que poseen los pacientes luego de sufrido el IAM, acerca de su situación de salud y factores de riesgo cardiovascular modificables.

9. Determinar los principales factores de riesgo cardiovascular modificables incluidos en la educación o información recibida por los pacientes durante la hospitalización por IAM.

10. Determinar el apoyo que percibe el paciente de su familia, en relación con la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

11. Determinar que factores o factor de riesgo cardiovascular logran modificar los pacientes con mayor facilidad según su propia percepción.

12. Determinar qué factores o factor de riesgo cardiovascular es más difícil de modificar por los pacientes, según su propia percepción.

13. Determinar las mayores modificaciones que logran los pacientes en relación con la dieta.

14. Determinar las principales causas de muerte en pacientes fallecidos.

15. Determinar el número de eventos cardiovasculares isquémicos sufridos por los pacientes fallecidos.

16. Determinar el promedio de edad de ocurrencia de IAM en ambos sexos.

17. Determinar cuál es la percepción de los pacientes en relación a la capacidad que han tenido para modificar factores de riesgo cardiovascular luego de sufrido el IAM.

IV. MATERIAL Y METODOS

IV. 1 Tipo de Estudio: Investigación Cuantitativa, Descriptiva y Correlacional. Es descriptiva porque buscó especificar las propiedades de individuos o fenómenos y Correlacional porque buscó medir el grado de asociación o relación entre dos o más variables.

IV. 2 Población en estudio: Pacientes egresados vivos y quienes fallecieron durante la hospitalización por IAM en el Hospital de Puerto Montt (HPM), que residían en esta ciudad y habían presentado infarto agudo al miocardio entre el 31 de Julio del año 2003 y el 31 de Julio del año 2004. La población total correspondió a 115 pacientes, de los cuales 57 (49,56%) residían en Puerto Montt y son quienes se incluyeron en el estudio. Finalmente, la población total estudiada según los criterios de exclusión correspondió a 29 pacientes.

IV. 3 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no acepten ser parte del estudio.
- Pacientes que hayan cambiado de domicilio y no se puedan ubicar.
- Pacientes que no se encuentren en su domicilio luego de tres visitas domiciliarias.

IV. 4 Métodos y procedimientos para la recolección de información: Se analizaron fichas clínicas de pacientes ingresados al HPM por IAM por el periodo de un año a partir del 31 de Julio de 2003, con lo cual pudo establecerse las condiciones y factores de riesgo cardiovascular al momento del ingreso. Posteriormente, se contactó a los sobrevivientes y la tesista aplicó un cuestionario (anexo I) previo consentimiento informado (anexo II) y prueba de éste en pacientes que no se incluyeron en el estudio. El cuestionario constó de 20 preguntas divididas en cuatro ítems: I) Aspectos Sociodemográficos y Personales, II) Aspectos de la Red de Apoyo familiar del paciente, III) Educación / información recibida por el paciente durante la hospitalización, IV) Incidencia de factores de riesgo cardiovascular modificables.

IV. 5 Método de análisis de datos: Para analizar los datos recopilados durante la investigación, éstos fueron incorporados al sistema computacional Microsoft Excel del año 2002 y analizados posteriormente con el programa estadístico STATA 8.0.

Los datos se presentan a través de gráficos y tablas de distribución de frecuencia. Para la asociación de variables se utilizó el mismo programa computacional.

V. DEFINICIÓN DE VARIABLES: NOMINAL Y OPERACIONAL

V. 1 Aspectos Sociodemográficos:

1. Sexo: Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.
 - Masculino = Hombre
 - Femenino = Mujer

2. Edad: Años cumplidos del paciente a la realización del estudio.
 - Edad en años.

3. Escolaridad: Educación formal aprobada por el paciente durante su vida.
 - Ninguna = Sin educación formal recibida o aprobada.
 - Básica Incompleta = 1° a 7° Básico.
 - Básica Completa = 1° a 8° Básico.
 - Media Incompleta = 1° a 3° Medio.
 - Media Completa = 1° a 4° Medio.
 - Superior Incompleta = Educación universitaria o técnico profesional sin obtención de Título profesional.
 - Superior Completa = Educación universitaria o técnico profesional completa.

4. Estado Civil: Condición civil del individuo respecto a una pareja.
 - Soltero = Sin pareja estable o pareja estable sin matrimonio legal.
 - Conviviente = Pareja que vive bajo un mismo techo sin contrato matrimonial.
 - Casado = Con contrato matrimonio legal.
 - Separado = Que ya no vive con quien se casó o convivió.
 - Viudo = Situación civil que denota fallecimiento de la pareja.

5. Actividad física: Ejercicio físico realizado por el paciente de forma constante por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos cada vez.
 - Realiza actividad física = Camina, bicicleta u otro ejercicio aeróbico realizado a diario o tres veces por semana de duración mínima treinta minutos por vez.
 - No realiza actividad física = Realiza ejercicio aeróbico por menos tiempo que lo señalado anteriormente o no realiza ejercicio físico.

6. Estado Nutricional: Relación entre peso y talla según IMC que será calculado en el momento de la entrevista con los datos del último control de salud.

- Enflaquecido = $IMC < 20$
- Normal = IMC entre 20 – 24.9
- Sobrepeso = IMC entre 25 – 29.9
- Obeso = IMC entre 30 – 39.9

V. 2 Aspectos de la red de apoyo:

7. Tipo de familia: Clasificación estructural de la familia del paciente.

- Nuclear: Pareja sin hijos
Pareja con hijos
- Monoparental: Compuesta por uno de los padres y los hijos
- Unipersonal: Integrada por una persona
- Extensa: Padre o madre con o sin hijos, más un familiar consanguíneo o político viviendo bajo el mismo techo

8. Rol que cumple dentro de la familia: Función o papel que desempeña al interior de la familia, organizando, sustentando, influenciando a los demás miembros de la familia.

- Jefe de hogar
- Miembro económicamente dependiente
- Otro rol.

9. Compromiso de la familia en el cumplimiento de indicaciones: Apoyo de la familia percibido por el paciente en relación al tratamiento y cumplimiento de las indicaciones relacionadas con la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

- Siempre
- A veces
- Nunca

V. 3 Aspectos relacionados con educación / Orientación recibida:

10. Educación Intrahospitalaria: Educación recibida por el paciente durante el proceso de hospitalización.

- Recibió educación ó información
- No recibió educación ó información
- No recuerda

11. Educación ó información intrahospitalaria sobre factores de riesgo cardiovascular: Educación ó información recibida por el paciente durante su hospitalización y que se refiere a qué factores de riesgo fueron abordados por profesionales de la salud.

- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Alcoholismo
- Dieta/ Alimentación
- Todos
- Ninguno

12. Calidad de la información recibida en relación con la patología durante el periodo intrahospitalario: Referida a la percepción del paciente sobre la información recibida durante la hospitalización en relación al Infarto al miocardio.

- Muy buena = Entendida completamente por el paciente
- Buena = Parcialmente entendida por el paciente
- Regular = Información poco clara e incompleta
- Mala = El paciente no entendió la información entregada
- No recuerda

13. Calidad de la información recibida en relación a los factores de riesgo cardiovascular durante el intrahospitalario: Referida a la percepción del paciente sobre la información recibida durante la hospitalización en relación con los factores de riesgo cardiovascular.

- Muy buena = Entendida completamente por el paciente
- Buena = Parcialmente entendida por el paciente
- Regular = Información poco clara e incompleta
- Mala = El paciente no entendió la información entregada
- No recuerda

14. Información ó conocimiento: Conocimiento que posee el paciente en cuanto a IAM y factores de riesgo cardiovascular modificables.

- Completa: Refiere en líneas simples rasgos de la patología y factores de riesgo cardiovascular modificables
- Incompleta: Menciona en forma incompleta rasgos poco relevantes de la patología y factores de riesgo cardiovascular modificables ó parte de la información es incorrecta
- Sin información: No posee conocimientos de la patología ni sobre factores de riesgo cardiovascular modificables ó el conocimiento es errado

15. Asistencia a controles post alta hospitalaria: Asistencia a controles, según indicación médica o de enfermería, posteriores al IAM.

Va a control:

- Siempre = Ha asistido a todos los controles de salud a los que ha sido citado.
- Regularmente = Ha faltado a un promedio de 2 controles de salud.
- A veces = Asiste a controles de salud cuando puede.
- Nunca = Ha faltado a todos sus controles de salud.

16. Dificultad en la asistencia a controles: Dificultad que presenta el paciente para asistir a controles de salud luego del IAM.

- Económicas = Falta de dinero para locomoción.
- Físicas = Dificultades en la movilización o falta de acompañante.
- Geográficas = Difícil acceso geográfico.
- Desinterés = Falta de interés del paciente por su propia salud.
- Otras = Otras dificultades señaladas por los pacientes.
- Ninguna = El paciente no presenta dificultad para asistir a controles de salud.

V. 4 Aspectos relacionados con la incidencia de FRCV modificables: Presencia de características que aumentan la probabilidad de sufrir otro evento coronario y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, y que la persona puede modificar.

17. Tabaquismo: Se considera fumador al paciente consumidor de cualquier tipo y cantidad de tabaco.

- Sí = Paciente que continua fumando cualquier cantidad y calidad de tabaco.
- No = Paciente ex fumador que ha dejado el hábito antes del IAM o luego de éste.

18. Sedentarismo: Paciente que no realiza ejercicio aeróbico (caminar, nadar, bicicleta, correr) durante un mínimo de 20 a 30 minutos diariamente.

- Realiza Ejercicio físico = Camina, bicicleta u otro ejercicio aeróbico realizado a diario o tres veces por semana de duración mínima treinta minutos por vez.
- No realiza ejercicio físico = Realiza ejercicio aeróbico por menos tiempo que lo señalado anteriormente o no realiza ejercicio físico.

19. Ingesta de alcohol:

- Siempre = Todos los días.
- Habitualmente = 2 a 4 veces por semana.
- Esporádicamente = Sólo en fiestas y ocasiones especiales.
- Nunca = No ingiere alcohol en ninguna ocasión.

20. Dieta / Alimentación: Aspectos de la alimentación que los pacientes han logrado modificar (disminuir, aumentar o erradicar) desde producido el IAM.

- Disminución de alimentos grasos y frituras
- Disminución en el consumo de sal
- Disminución en el uso de condimentos para las comidas
- Aumento en el consumo de frutas y verduras
- Todos los anteriores
- Ninguna modificación

21. Factores de riesgo cardiovascular que presentan mayor dificultad de ser modificados por los pacientes: Aquellos factores de riesgo cardiovascular modificables que suelen ser más difíciles de cambiar por los pacientes luego de sufrido el IAM.

- La dieta
- El tabaquismo
- El alcohol
- La actividad física
- Todos
- Ninguno

22. Factores de riesgo cardiovascular previos: Aquellos factores de riesgo cardiovascular que presentaban los pacientes antes de sufrido el IAM.

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Sobrepeso
- Obesidad
- Sedentarismo

23. Factores de riesgo cardiovascular previos al IAM en pacientes fallecidos: Presencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes fallecidos, antes de ocurrir el evento coronario en estudio.

- Tabaquismo
- Sobrepeso
- Obesidad
- Consumo de alcohol
- Sedentarismo

24. Percepción del paciente en relación con la modificación de factores de riesgo cardiovascular modificables luego del IAM: Percepción que tiene el paciente en relación a la capacidad que ha tenido para poder modificar factores de riesgo cardiovascular luego del infarto; tales como, tabaquismo, dieta, sedentarismo, alcoholismo.

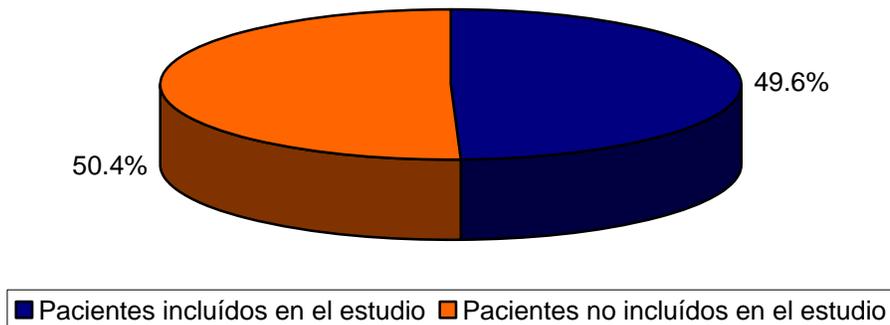
- El paciente considera que ha logrado modificar $FRCV = 1$
- El paciente considera que ha modificado parcialmente $FRCV = 2$
- El paciente no considera haber modificado $FRCV = 0$

VI. RESULTADOS

VI. 1 Antecedentes generales:

De acuerdo con los datos estadísticos manejados por el Hospital de Puerto Montt, el total de pacientes que presentaron Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del año 2003 y Julio del 2004 correspondió a 115 pacientes, en donde 57 de éstos (49,6%) presentaron domicilio en la ciudad de Puerto Montt y 58 pacientes (50,4%) residían en otras comunas y en sectores rurales de la Décima Región como se aprecia en el grafico N° 1:

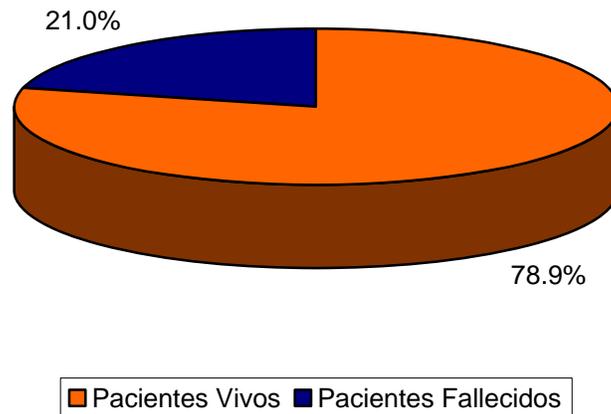
Gráfico N° 1: Distribución porcentual de población total que presentó IAM entre Julio de 2003 Y Julio de 2004, según inclusión en el estudio, HPM, 2003 – 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Se estudió sólo un total de 29 pacientes de 57 , excluyéndose 28 personas de acuerdo a los criterios establecidos. Del total de pacientes en estudio se constató fallecimiento en ficha clínica de 12 de éstos (21,0%) como se muestra en el grafico N° 2:

Grafico N° 2: Distribución porcentual de población que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según fallecimiento, HPM, 2003 – 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Del total de pacientes encuestados (29 pacientes), el 72,4% corresponde al sexo masculino y 27,6% al femenino. La distribución por sexo y edad se muestra en la tabla N°1:

VI. 2 Aspectos Sociodemográficos:

Tabla N° 1: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y edad, HPM, 2004.

Grupos Etáreos	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
35 - 44	0	0	2	9,52	2	6,90
45 - 54	1	12,5	3	14,3	4	13,8
55 - 64	2	25,0	9	42,9	11	37,9
65 - 74	4	50,0	3	14,3	7	24,1
75 - 82	1	12,5	4	19,0	5	17,2
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

El promedio de edad de IAM es de 61,5 años.

Tabla N° 2: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y escolaridad, HPM, 2004.

Escolaridad	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	1	12,5	0	0	1	3,5
Básica Incompleta	2	25,0	2	9,5	4	13,8
Básica Completa	2	25,0	7	33,3	9	31,0
Media Incompleta	1	12,5	3	14,3	4	13,8
Media completa	0	0	8	38,0	8	27,6
Superior	2	25,0	1	4,8	3	10,3
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y estado civil, HPM, 2004.

Estado Civil	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	2	25,0	0	0	2	6,90
Conviviente	0	0	2	9,5	2	6,90
Casado (a)	3	37,5	17	81,0	20	69,0
Separado (a)	1	12,5	0	0	1	3,5
Viudo (a)	2	25,0	2	9,5	4	13,8
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Se observa amplio predominio de pacientes casados en ambos sexos, y, del total de encuestados, los separados son quienes presentaron menor porcentaje.

VI. 3 Aspectos de la red de apoyo familiar:

Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según tipo de familia y sexo, HPM, 2004.

Tipo de Familia	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear	2	25,0	9	42,9	11	37,9
Monoparental	0	0	0	0	0	0
Unipersonal	3	37,5	1	4,8	4	13,8
Extensa	3	37,5	11	52,4	14	48,3
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

El mayor porcentaje fue para familias extensas y el menor para monoparentales con un 0%. El sexo masculino presentó un 52,38% para familias extensas y el femenino un 37,5%.

Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y rol familiar, HPM, 2004.

Rol Familiar	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Jefe (a) de Hogar	4	50,0	18	85,7	22	75,9
Miembro económicamente dependiente	0	0	3	14,3	3	10,3
Otro Rol	4	50,0	0	0	4	13,8
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

El 13,8% del total de pacientes mujeres encuestadas manifestó otro rol familiar. Son quienes pertenecen a familias unipersonales o viven con hermanos (as).

Tabla N° 6: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y percepción del compromiso familiar, HPM, 2004.

Percepción del compromiso Familiar	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	7	87,5	21	100,0	28	96,6
A veces	1	12,5	0	0	1	3,5
Nunca	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Es importante destacar que el 100% de los varones se sintió apoyado por la familia durante todo el proceso de enfermedad.

VI. 4 Aspectos sobre la asistencia a controles de salud:

Tabla N° 7: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y asistencia a controles de salud post alta hospitalaria, HPM, 2004.

Asistencia a controles post alta hospitalaria	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	7	87,5	16	77,0	23	79,3
Regularmente	1	12,5	3	14,3	4	13,8
A Veces	0	0	2	9,5	2	6,9
Nunca	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Tabla N° 8: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y dificultad en la asistencia a controles de salud post alta hospitalaria, HPM, 2004.

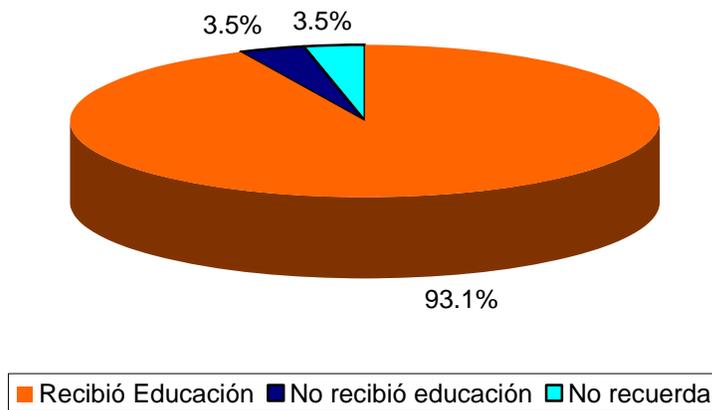
Dificultad para asistencia a controles	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Económicas	2	25,0	2	9,5	4	13,8
Impedimento físico	0	0	0	0	0	0
Geográficas	0	0	0	0	0	0
Desinterés	1	12,5	1	4,8	2	6,9
Otra	2	25,0	6	28,6	8	27,6
Ninguna	3	37,5	12	57,1	15	51,7
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

De la tabla anterior se destaca que más del 50% del total de pacientes encuestados refirió no tener ninguna dificultad para asistir a controles de salud. El 27,6% refirió tener otras dificultades tales como: lentitud por parte del hospital en la entrega de horas médicas y situaciones laborales.

VI. 5 Aspectos relacionados con educación / información intrahospitalaria:

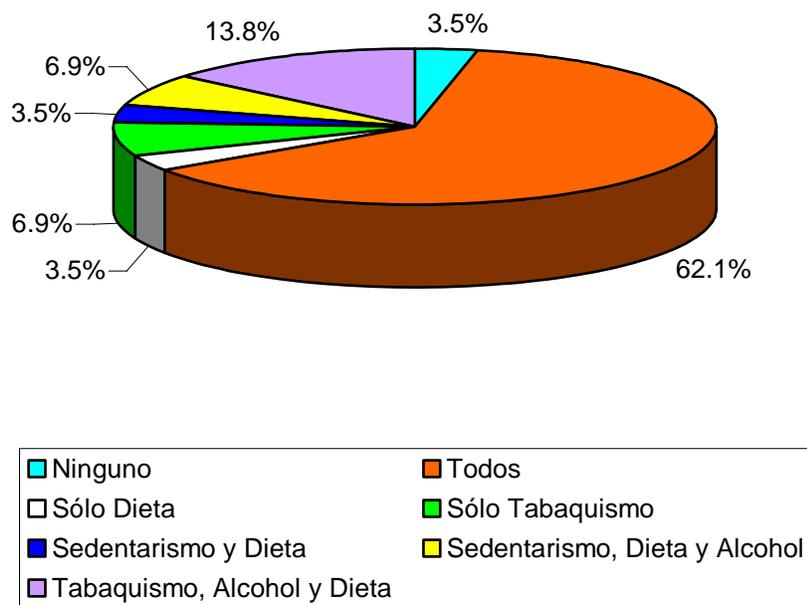
Gráfico N° 3: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según educación ó información recibida durante la Hospitalización por IAM, HPM, 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Es importante destacar que el porcentaje de pacientes que refirieron no haber recibido educación intrahospitalaria durante el proceso de IAM es mínimo al igual que quienes no lo recuerdan, lo que significa que casi el 100% la recibió.

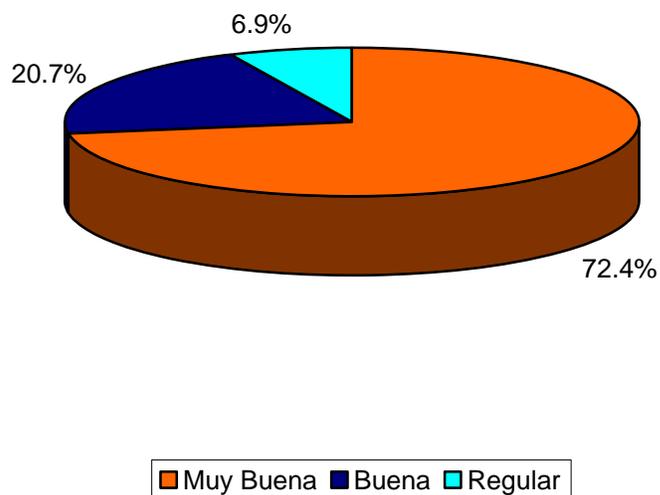
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables abordados durante el intrahospitalario como educación o información por parte de profesionales de la salud, HPM, 2003 – 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

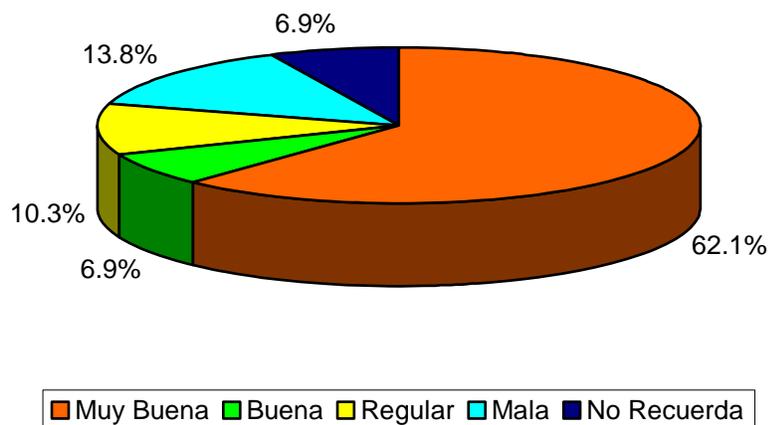
Se observa que el 62,1% del total de pacientes recibió durante el intrahospitalario educación o información sobre todos los factores de riesgo cardiovascular modificables en estudio; tabaquismo, sedentarismo, dieta, alimentación, sobrepeso, obesidad y alcoholismo, y sólo un paciente con el 3,5% refirió no haber recibido educación sobre ninguno de los FRCV modificables en estudio.

Gráfico N° 5: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según percepción de la calidad de educación ó información recibida durante el intrahospitalario y relacionada con FRCV modificables. HPM, 2003 – 2004.



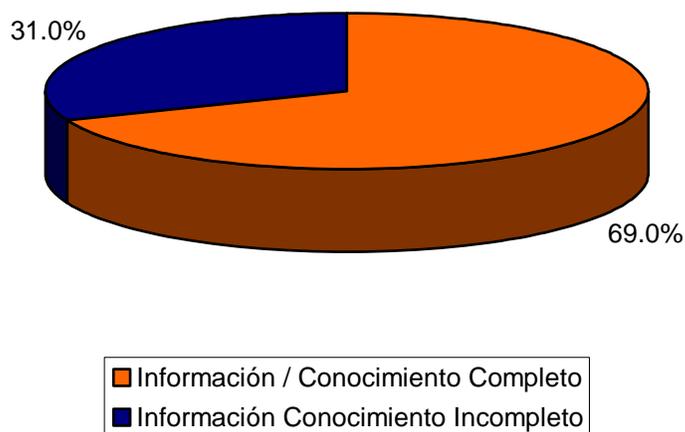
Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Gráfico N° 6: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según percepción de la calidad de educación ó información recibida durante el intrahospitalario y relacionada Con el Infarto Agudo al Miocardio, HPM, 2003 – 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según grado de conocimiento sobre FRCV modificables e Infarto Agudo al Miocardio, HPM, 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

El gráfico N° 7 muestra que el mayor porcentaje del total de pacientes encuestados presentó conocimiento completo sobre FRCV modificables e IAM, es decir, refirieron en líneas simples rasgos relevantes de la patología y FRCV modificables. Los demás pacientes, presentaron un conocimiento incompleto, ya que, mencionaron de forma incompleta aspectos poco relevantes sobre el IAM y FRCV modificables.

VI. 6 Aspectos relacionados con incidencia – prevalencia de FRCV modificables:

Tabla N° 9: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y estado nutricional, HPM, 2004.

Estado Nutricional	Sexo femenino		Sexo Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enflaquecido (a)	2	25,0	1	4,8	3	10,3
Normal	2	25,0	4	19,0	6	20,7
Sobrepeso	3	37,5	7	33,3	10	34,5
Obeso (a)	1	12,5	9	42,9	10	34,5
Total	8	100	21	100	29	100

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

La tabla muestra el estado nutricional de los pacientes encuestados de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC). Se observa un alto porcentaje total de sobrepeso y obesidad que en ambos sexos sobrepasa el 30%. Sólo 6 de los pacientes se encontraron dentro de los rangos de normalidad nutricional.

Tabla N° 10: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según FRCV modificables previos al IAM V/S incidencia de FRCV modificables al momento de la encuesta, HPM, 2003 – 2004.

FRCV Modificables	Previo IAM		Posterior a IAM		Total pacientes que modificaron el FRCV	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	16	55,2	5	17,2	11	68,8
Consumo de alcohol	18	62,0	14	48,3	4	22,2
Sedentarismo	1	3,5	8	27,6	7	24,1
Sobrepeso	9	31,0	10	34,5	1	3,5
Obesidad	10	34,5	10	34,5	0	0

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

- Aumento en la incidencia del FRCV.

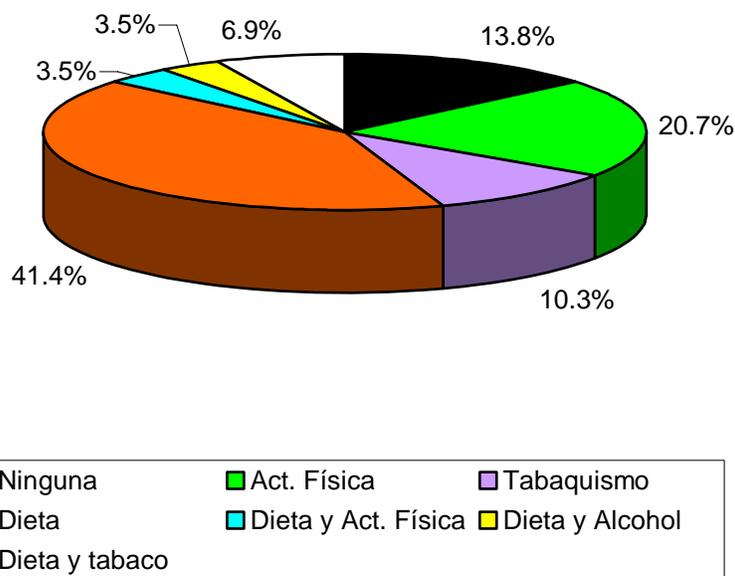
Del total de pacientes encuestados, más del 50% fumaba antes de sufrir el IAM. La situación cambia luego, ya que, sólo 5 de ellos continuaron fumando. Para el tabaquismo, se obtuvo una modificación del 68,8% tomando en cuenta como 100% los pacientes que fumaban previo al IAM.

En relación al consumo de alcohol, el mayor porcentaje de pacientes bebía en forma frecuente antes del infarto, posterior al IAM se obtuvo una disminución del 22,2% para este factor de riesgo, en donde 4 de los 18 pacientes disminuyeron el consumo.

Para el sedentarismo, se obtuvo un aumento del 24,1%, reflejado en número, hubo un aumento en 7 pacientes.

La incidencia de obesidad se mantuvo y para el sobrepeso se obtuvo aumento en un 3,5%.

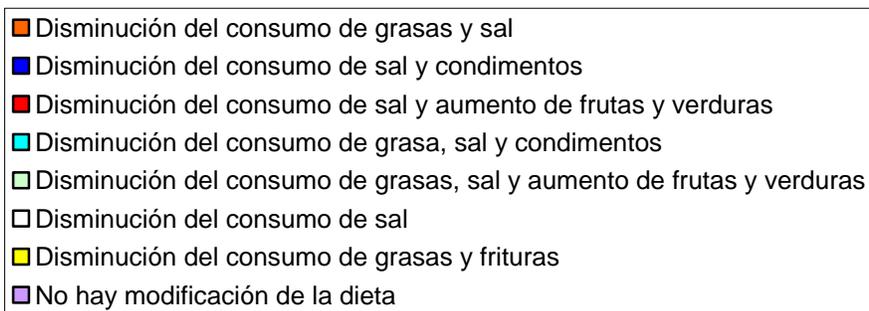
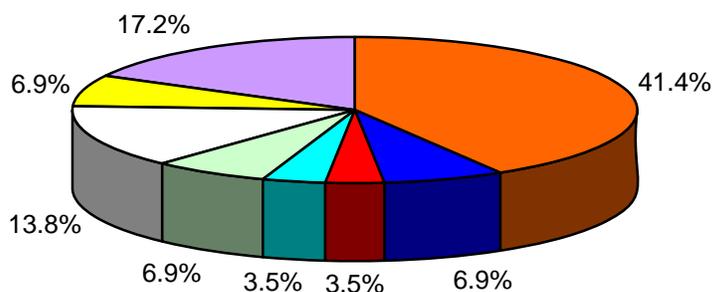
Gráfico N° 8: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según percepción de FRCV que presentan mayor dificultad para ser modificados, HPM, 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes encuestados refirió que la dieta es el factor de riesgo cardiovascular más difícil de modificar, siendo en el rubro de dieta y actividad física, y, dieta y alcohol donde se encontraron los menores porcentajes.

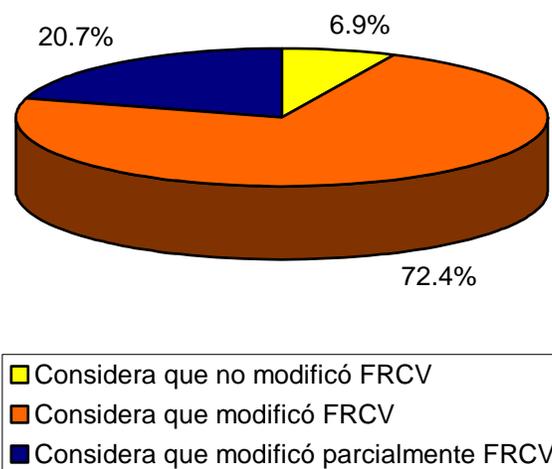
Gráfico N° 9: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según mayores modificaciones realizadas en la dieta y/o alimentación luego de sufrido el IAM, HPM, 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

Se observa que las mayores modificaciones realizadas a la dieta son la disminución en el consumo de sal y alimentos grasos y los menores en el aumento del consumo de frutas y verduras y la disminución de los condimentos ó aliños.

Gráfico N° 10: Distribución porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según percepción de la modificación de FRCV luego de sufrido el IAM, HPM, 2004.



Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

El mayor porcentaje de pacientes consideró haber modificado completamente FRCV previos, mientras que el menor porcentaje consideró no haber modificado FRCV.

Tabla N° 11: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre Julio de 2003 y Julio de 2004, según sexo y modificación de FRCV, HPM, 2004.

Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables	Sexo Femenino				Sexo Masculino				Modificación de FRCV Sexo Femenino		Modificación de FRCV Sexo Masculino	
	Previo IAM		Posterior IAM		Previo IAM		Posterior IAM					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	2	25	1	12,5	16	76,2	4	19,0	1	50	12	75,0
Consumo de Alcohol	5	62,5	4	50	13	61,9	10	47,6	1	20	3	23,1
Sedentarismo	0	0	2	25	1	4,8	6	28,6	2	25	5	23,8
Sobrepeso	2	25	3	37,5	7	33,3	7	33,3	1	12,5	S/M	S/M
Obesidad	1	12,5	1	12,5	9	42,9	9	42,9	S/M	S/M	S/M	S/M

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004”.

S/M: Sin modificación, se mantiene la incidencia.

- Aumento en la incidencia del FRCV.

Se observa que para el tabaquismo, el 50% del total de pacientes de sexo femenino que fumaba antes del IAM, dejó el cigarrillo luego de este; en el sexo masculino, el 75% (12 pacientes) dejaron el hábito luego del IAM.

En relación al consumo de alcohol previo, el sexo femenino obtuvo una disminución en el consumo del 20%. El sexo masculino obtuvo una disminución del 23,1%, ya que, 3 pacientes dejaron de beber.

El 25% de las mujeres encuestadas es sedentaria obteniéndose un aumento en la incidencia de este factor de riesgo. El sexo masculino obtuvo un aumento del 23,8%.

Para el sobrepeso, el sexo femenino tuvo un aumento en la incidencia del 12,5% y el masculino mantiene el mismo porcentaje. En relación con la obesidad, el sexo femenino mantuvo el mismo porcentaje de población obesa al igual que la población masculina, no habiendo modificación en la obesidad.

Tabla N° 12: Distribución numérica y porcentual de población encuestada que presentó IAM entre julio de 2003 y Julio de 2004, según edad y modificación de Factores de Riesgo cardiovascular, HPM, 2004.

FRCV	Incidencia de FRCV previo IAM por grupos etáreos									
	35-44		45-54		55-64		65-74		75-82	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	1	5,6	4	22,2	9	50,0	2	11,1	2	11,1
Consumo alcohol	2	11,1	1	5,6	8	44,4	4	22,2	3	16,7
Sedentarismo	0	0	1	3,5	0	0	0	0	0	0
Sobrepeso	0	0	1	11,1	6	66,7	1	11,1	1	11,1
Obesidad	2	20,0	2	20,0	3	30,0	0	0	3	30,0
FRCV	Incidencia de FRCV posterior a IAM Por grupos etáreos.									
	35-44		45-54		55-64		65-74		75-82	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	0	0	1	5,6	3	16,7	1	5,6	0	0
Consumo alcohol	1	5,6	1	5,6	7	38,9	3	16,7	2	11,1
Sedentarismo	1	3,5	2	6,9	3	10,3	0	0	2	6,9
Sobrepeso	0	0	1	11,1	5	55,6	3	33,3	1	11,1
Obesidad	2	20,0	2	20,0	3	30,0	0	0	3	30,0
FRCV	Modificación (disminución, aumento o erradicación) de FRCV Por grupos etáreos. (Cantidad de pacientes que modificaron FRCV).									
	35-44		45-54		55-64		65-74		75-82	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tabaquismo	1	5,6	3	16,7	6	33,3	1	5,6	2	11,1
Consumo Alcohol	1	5,6	S/M	S/M	1	5,6	1	5,6	1	5,6
Sedentarismo	1	3,5	1	3,5	3	10,3	S/M	S/M	2	6,9
Sobrepeso	S/M	S/M	S/M	S/M	1	11,1	2	22,2	S/M	S/M
Obesidad	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M

Fuente: Encuesta Tesis: “Modificación de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio entre Julio del 2003 y Julio del 2004.”

S/M: Sin modificación en la incidencia del FRCV.

- Aumento en la incidencia del FRCV.

La tabla muestra la modificación (aumento, disminución o erradicación) de los factores de riesgo cardiovascular que estaban presentes en los pacientes previo al IAM según grupos etáreos. Para el tabaquismo, la mayor modificación se obtuvo en el grupo etáreo entre 55 – 64 años donde 6 pacientes (33,3% del total de fumadores previo al IAM) abandonaron el cigarrillo, los menores porcentajes de modificación se encuentran entre los grupos etáreos de 35 -44 y 65 a 74 años.

Para el consumo de alcohol, se obtuvo una disminución en los grupos etáreos de 35-44, 55-64, 65-74 y 75 a 82 años y no hubo modificación en el grupo de 45 a 54 años.

En relación al sedentarismo, sólo hay antecedentes de éste en el grupo etáreo entre 45 a 54 años, por lo que se observa un aumento en la incidencia de este factor en todos los grupos etáreos con excepción del comprendido entre los 65 a 74 años.

Para el sobrepeso, la mayor disminución de la incidencia se encuentra en el grupo etáreo entre 55 a 64 años, los demás grupos mantuvieron la incidencia y entre los 65 a 74 años se observa un aumento del 22,2%. La obesidad mantuvo en todos los grupos etáreos la misma incidencia previa y posterior al IAM, por lo que no se observa para este factor de riesgo ninguna modificación.

VII. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados, se observa que la mayoría de los pacientes que sufrieron IAM pertenecen al sexo masculino, quienes exceden a la población femenina en un 44,8%; esto concuerda con la literatura en donde se cita que el sexo masculino es uno de los principales FRCV no modificables junto con la edad en hombres desde los 45 años y en mujeres mayor a 55.

La edad promedio de los pacientes infartados en estudio es de 61,5 años y ésta fluctuó entre los 35 y los 82. Se confirma este resultado con la información obtenida por el Grupo Multicéntrico del Infarto (GEMI) realizado en 37 hospitales nacionales donde se obtuvo que la edad promedio de quienes sufren IAM es de 60 años en hombres y 67 en la población femenina. Para este estudio, el sexo masculino presentó un promedio de IAM de 60,1 años y el femenino de 65,3. De acuerdo al promedio de edad de IAM obtenido, el 51,7% de la población masculina se encontró dentro del promedio a diferencia del 48,3% presentado en las mujeres.

El relación al estado civil, el mayor porcentaje del total de la población corresponde a casados y el 17,3% a solteros, convivientes y separados. Aún cuando la población de infartados tiene un promedio superior a 60 años de edad, sólo el 13,8% de ésta es viuda. La condición civil y el tipo de familia son importantes dentro del proceso de salud enfermedad debido a que ésta última es la primera red de apoyo social, siendo la deficiencia de este apoyo un fuerte marcador de mortalidad para casi todas las patologías. La investigación arrojó que más del 50% de la población corresponde a familias Extensas seguidas por las Monoparentales y en último lugar Nuclear (con y sin hijos) y Unipersonal. Se destaca la percepción de los pacientes en relación con el apoyo familiar desde el periodo de hospitalización por IAM, en donde más del 95% de los encuestados refirió sentirse siempre apoyado por la familia, siendo este apoyo una gran motivación en el cumplimiento de indicaciones y tratamiento.

La escolaridad de la población encuestada es mayoritariamente Básica Completa seguida por Media Completa, lo que explica el hecho que el 69,0% de los pacientes tenga un conocimiento completo en relación a los FRCV modificables y al IAM propiamente tal, ya que, el nivel de escolaridad de la población permite una comprensión correcta sobre los rasgos más relevantes de la patología. Un mínimo de la población es analfabeta, quienes se encontraron dentro de este porcentaje lograron demostrar parcialmente aspectos menos relevantes de la condición de infartados y sobre los FRCV modificables en estudio.

En esta investigación, se estudiaron FRCV modificables; tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, sobrepeso y obesidad y la modificación de éstos, ya sea aumento, disminución o erradicación de la incidencia luego de sufrido el IAM. Los FRCV más prevalentes entre los pacientes previo al evento coronario son el tabaquismo con un consumo diario promedio de 7 a 2 cajetillas diarias y el consumo de alcohol en grandes cantidades y en forma frecuente. En relación con el sedentarismo, sólo se obtuvo información de un paciente sedentario luego de revisar las fichas clínicas, información que podría estar errada debido a que la anamnesis de los pacientes al momento del ingreso al hospital por infarto no se realizó de forma completa o porque los registros de ésta son incompletos. Previo al IAM, el 31,0% de la población total presentaba antecedentes de sobrepeso y el 34,5% de obesidad. Estos datos concuerdan con el Estudio IBERICA realizado en la Región de Murcia, España, en donde los FRCV modificables más prevalentes son el sobrepeso, la obesidad y la actividad física.

Las mayores modificaciones de FRCV previos los presentaron los fumadores ya que actualmente 5 de los 18 pacientes que fumaban mantienen el hábito, es importante destacar que la cantidad de cigarrillos ha disminuido notoriamente ya que el promedio diario no excede los 4 cigarrillos diarios. Para el alcohol, la disminución no ha sido tan brusca como para el caso del tabaco, sí, se destaca que el consumo se limita sólo a ocasiones especiales y muchos pacientes lo consideran correctamente como un factor cardiovascular protector.

Posterior al IAM, la población de sedentarios se vio aumentada en 7 pacientes, la explicación para esto es que las indicaciones sobre la importancia de mantener una actividad física aeróbica constante, no fue entendida completamente por los pacientes o no fue bien explicada por profesionales, ya que como es sabido, éstos deben paulatinamente incrementar la actividad física, además muchos de los pacientes encuestados refirió no realizar ejercicio constante porque se cansan, por miedo, y hay quienes sufren anginas crónicas. El porcentaje de sedentarios no es alta en esta investigación, situación que según como señala la literatura es positiva ya que estudios han podido comprobar que la actividad física constante en pacientes post infartados y nunca infartados actúa de manera protectora, disminuyendo la incidencia de IAM en quienes se ejercitan permanentemente, además en individuos que presentan los mismos FRCV, la probabilidad de infarto disminuye en quienes realizan ejercicio físico constante.

En relación con el sobrepeso y la obesidad, el primero aumentó su porcentaje luego del IAM y desgraciadamente la población obesa previa se mantiene, lo que sin duda demuestra que la dieta es el FRCV que más cuesta modificar, de hecho, el 41,4% de la población refirió a la dieta como el más complicado seguido por la actividad física, lo que sin duda explica que el sobrepeso y la obesidad se hayan mantenido. Estos resultados concuerdan con investigaciones realizadas en España como se citó en la literatura; las peores modificaciones de FRCV se encuentran en el sobrepeso y la obesidad y las mejores en el abandono del tabaco.

En relación con la dieta y la alimentación, las mayores modificaciones realizadas se encuentran en la disminución del consumo de sal y alimentos grasos y fritos, lo que sin duda es importante ya que dietas no equilibradas y ricas en sal constituyen un riesgo de obesidad e HTA. Las menores modificaciones realizadas se presentaron en el aumento del consumo de frutas y verduras.

De acuerdo a la modificación de los FRCV por sexos, el masculino presentó un porcentaje mayor de modificación del tabaco y alcohol debido principalmente a que eran ellos quienes fumaban y bebían más previo al infarto, para el sedentarismo las mujeres aumentaron la incidencia al igual que los varones pero en menor número, quienes no son sedentarios mantienen actividad física diaria principalmente remitida a caminatas de más de 40 minutos en promedio. El sexo masculino no presentó modificaciones en la incidencia de sobrepeso y obesidad y las mujeres aumentaron un 12,5% en sobrepeso y mantuvieron el porcentaje de obesidad.

En relación con la modificación de FRCV por grupos etáreos, el comprendido entre 55 y 64 años fue el que presentó mayores modificaciones en el tabaco. Previo al IAM, el grupo etáreo que más bebía era el que comprende entre los 55 y 64 años y luego del evento coronario, este grupo presentó una mínima disminución del 5,6%. En relación al sedentarismo, fue el mismo grupo de edad anterior quienes presentaron un mayor aumento seguidos por el que comprende entre 75 y 82 años, esta última cifra se entiende pensando que a mayor edad disminuye la actividad física y por lo mismo la realización de ejercicio. Para el sobrepeso se observa un aumento en la incidencia en el grupo de edad entre 65 y 74 años y la única modificación en el grupo entre 55 a 64 años. Ninguno de los grupos etáreos presentó modificación alguna en la obesidad, lo que en resumen vuelve a avalar lo citado anteriormente en donde son el sobrepeso y la obesidad son los FRCV menos modificados por pacientes que han sufrido IAM.

Es importante destacar algunos aspectos de la población fallecida que corresponde al 21,05%. En este caso interesa el sexo, la edad y el número de infartos presentados; esto con el fin de poder comparar los datos obtenidos con otros estudios nacionales e internacionales. De los 12 pacientes que fallecieron luego de presentar infarto miocárdico en el periodo de tiempo estudiado, el 50% corresponde al sexo masculino siendo obviamente el mismo porcentaje para el femenino, esta situación es diferente a lo obtenido en España por el Estudio IBERICA en la región de Murcia, en donde el porcentaje de letalidad por IAM a los 28 días es mayor en mujeres, siendo la letalidad hospitalaria también mayor en este sexo. Esta situación tiene un matiz si analizamos este dato proporcionalmente; de esta última forma, al ser la población masculina encuestada bastante mayor que la femenina, se puede decir que la mortalidad por IAM es mayor en el sexo femenino, en donde de 14 mujeres fallecieron 6, para el caso de los hombres, de 27 fallecieron 6.

La edad promedio de ocurrencia de IAM en población fallecida fue de 68,9 años, lo que indica que a mayor edad aumenta la probabilidad de fallecer por esta causa.

En relación a la presencia de FRCV modificables en la población fallecida, el 33,33% presentó antecedentes de tabaquismo, mismo porcentaje para la obesidad y un 25% presentaba antecedentes de alcoholismo. No se encontraron antecedentes de población fallecida sedentaria y con sobrepeso debido a lo escueto de los registros. Se destaca que el porcentaje de obesidad es sólo un poco menor que para la población encuestada, manteniéndose un alto porcentaje de tabaquismo y alcoholismo. Esta población tiene registro de dos pacientes reinfartados.

Finalmente, se destaca una percepción subjetiva del entrevistador; la población en estudio presentó una gran tendencia a la depresión, inclusive en siete casos se encontraron en tratamiento antidepresivo con Fluoxetina. Se observó a los pacientes muy sensibles y abiertos al diálogo. Puede ser que esta condición de desgano y desinterés que provoca la depresión influya de manera negativa al momento de lograr una motivación para modificar FRCV.

VIII. CONCLUSIONES

Como conclusiones de este estudio y luego de analizar la literatura; se puede decir que las enfermedades cardiovasculares continúan siendo desgraciadamente la primera causa de muerte en Chile y el mundo, situación que en países desarrollados ha ido disminuyendo a diferencia de lo que ocurre con los que están en vías de desarrollo. Estados Unidos por ejemplo, ha implementado con el correr del tiempo diferentes formas de seguimiento de los pacientes coronarios con el fin de minimizar el riesgo cardiovascular específicamente el reinfarto y mejorar la calidad de vida.

En nuestro país, con la actual Reforma de Salud, se le ha otorgado gran importancia a la prevención primaria y secundaria de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y se han realizado estudios para estratificar el riesgo de morir de estos pacientes, dentro de éstos se destaca lo realizado por el Grupo Multicéntrico del Infarto (GEMI), realizado en 37 hospitales con el fin de caracterizar a la población infartada en términos de FRCV modificables y no modificables otorgándoles a los pacientes un puntaje estandarizado que luego se relaciona con las complicaciones y mortalidad que éstos presentan durante la hospitalización, el objetivo es que el equipo de salud que trata a los pacientes pueda de acuerdo a las características y antecedentes que presentan éstos, tener una idea de cuál es el pronóstico y por lo tanto, como tratar al paciente de forma más personalizada.

A juicio de la autora es muy importante que la prevención secundaria se pudiera realizar un seguimiento constante de los pacientes que han sufrido infarto para así tener una visión clara de cuáles son las mayores dificultades que presenta esta población, ya sea en términos de adherencia al tratamiento, cumplimiento de indicaciones, aspectos socioeconómicos, entre otros, que nos pueda ayudar a disminuir la incidencia de FRCV y por lo tanto la probabilidad de sufrir otro evento coronario. Por estas razones, la presente investigación adquiere gran importancia en términos de caracterización de la población infartada, ya que, el Hospital de Puerto Montt, actualmente no maneja datos de este tipo principalmente porque la forma ideal de obtenerlos es a través de visitas domiciliarias, las cuales no se llevan a cabo debido al impacto económico que esto significa para la institución, situación que resulta paradójica si se analiza el costo – beneficio final de la prevención secundaria.

Es importante destacar en términos metodológicos que se trabajó sólo con los pacientes domiciliados en Puerto Montt por falta de financiamiento y difícil acceso a comunas rurales, situación que obviamente pudiera haber cambiado los resultados sociodemográficos del estudio, ya que, el mayor porcentaje del total de infartados residen principalmente en comunas rurales de la Décima Región.

Dentro de los FRCV modificables estudiados, se sugiere incorporar la colesterolemia, ya que otorga un dato objetivo relacionado con los hábitos alimenticios de los pacientes y sería interesante poder comparar los niveles de colesterol presentados previo y posterior a sufrido el infarto, como se hizo con el estudio CARMEN realizado en Valparaíso, que si bien no estudió a pacientes post infartados, logró determinar cuáles FRCV presentaba la población.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación y como sugerencia, se hace necesario mencionar lo importante de la rehabilitación cardiaca para estos pacientes, la cual incluye la prevención primaria y secundaria.

Todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad coronaria, deberían ser evaluados por miembros de un equipo especialista en cardiología preventiva y rehabilitación cardiaca. Igualmente todas las personas con factores de riesgo cardiovascular, deberían recibir educación sobre la importancia de modificar aquellos factores de riesgo presentes.

En los pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria, la rehabilitación cardiaca debería iniciarse muy temprano, realizando quizás un Test de Esfuerzo al ingresar al programa, prescribiendo un plan de ejercicios seguro y eficaz con base en los resultados de la prueba de esfuerzo, con monitoreo electrocardiográfico, control de la presión arterial, frecuencia cardiaca, control de peso y educación sobre la modificación de los factores de riesgo. Es importante que una vez que el paciente fuera logrando los objetivos del programa, recibiera algún tipo de estímulo por parte de los miembros del ideal Programa de rehabilitación cardiaca.

Finalmente, la importancia de Enfermería en la modificación de los factores de riesgo cardiovascular es enorme; debido al rol educativo del profesional y a la guía en la que nos convertimos a la hora de motivar a los pacientes a iniciar, mantener o mejorar el autocuidado. La enfermera (o), por su rol asistencial es quien se encuentra más cerca de los pacientes y por lo tanto somos quienes entablamos una mejor comunicación con ellos, lo que es ideal para conocer las expectativas de los individuos, su motivación, el grado de estímulo, su red de apoyo y social y los propios objetivos que éstos tienen en relación a la rehabilitación. Además, en términos de costo-efectividad, el seguimiento continuo de estos pacientes permitirá disminuir a futuro los costos de las hospitalizaciones de quienes se descompensan o reinfartan.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Briasgounov, IP.1998. “The role of physical activity in the prevention and treatment of noncommunicable diseases”. World Health Stat Q 41: 242 – 250.
2. Cardiovascular disease risk factors: New areas for research. Technical Report Series, N° 841. Ginebra: OMS.
3. Caro, G. 1999. “Dinámicas Familiares asociadas al control y evolución de la Hipertensión Arterial en el Programa de Crónicos del Centro de Salud Angelmó”
4. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. 2003. “Protocolo Manejo de Pacientes con Dolor Torácico en Unidades de Emergencia Hospitalaria y Hospitales Tipo 4”.
5. González, JM. Capote, ML 1996, “Modificación de factores de riesgo en pacientes sometidos a educación y seguimiento de Enfermería tras revascularización percutánea”.
6. Jadue H, L; Vega, J; Escobar, MC et al, 1999. “Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). Rev. Méd. Chile, Vol. 127, n° 8, p. 1004 – 1013. ISSN 0034 – 4887.
7. Marriner – Tomey, Ann, 1994 “Modelos y Teorías de Enfermería”, Madrid.
8. Ministerio de Salud. 1995. Hipertensión Arterial, normas técnicas. Santiago de Chile.
9. Murray, CJL; López, AD, 1994. “Global Comparative Assessments in the Health Sector”. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.
10. Páez, D, 1986. “Salud Mental y Factores Psicosociales”, España.
11. Plaza Pérez I, Velasco Rami JA, Maroto Montero JM, Sección de Cardiología Preventiva. Prevención Secundaria y rehabilitación Cardíaca en España. Rev. Española de Cardiología 1996, en “Modificación de factores de riesgo en pacientes sometidos a educación y seguimiento de Enfermería tras revascularización percutánea”, González Juan Luis, Capote María Luz, Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Madrid, España.
12. Schuster, A. Fajuri, A 2001. “Actualización en el manejo del Infarto Agudo al Miocardio”

13. Terris, M. 1992 “Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas”, en “La crisis de la Salud Pública”, Publicación Científica N° 540, OPS.

14. Wielgosz, AT. 1993. “The decline in cardiovascular health in developing countries”. World Health Stat Q 46: 90 – 150

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

I. ITEM: Aspectos Sociodemográficos y Personales:

1. Sexo a) Masculino
 b) Femenino

2. Edad: _____

3. ¿Cuál es su Estado Civil?

- a) Soltero
- b) Conviviente
- c) Casado
- d) Separado
- e) Viudo

4. ¿Cuál es el último nivel escolar que aprobó?

- a) Ninguno
- b) Básico Incompleto
- c) Básico Completo
- d) Media Incompleta
- e) Media Completa
- f) Superior Incompleta
- g) Superior Completa.

5. ¿Qué tipo de trabajo desempeña?

II. ITEM: Aspectos de la Red de Apoyo familiar:

6. ¿Usted vive con?

7. Tipo de familia.

- a) Nuclear
- b) Monoparental
- c) Uniparental
- d) Extensa

8. ¿Cuál es el rol que cumple dentro de su familia?

- a) Jefe de hogar
- b) Miembro dependiente.

9. La percepción que Usted tiene en relación al compromiso de su familia en el cumplimiento de indicaciones y tratamiento es:

- a) Siempre
- b) A veces.
- c) Nunca.

III ITEM: Educación / orientación recibida durante la hospitalización por IAM.

10. Durante su hospitalización, en relación con las actividades de la vida diaria post infarto, ¿sobre que aspectos recibió educación / orientación?

11. Durante su hospitalización, ¿sobre cuáles de estos factores de riesgo cardiovascular recibió educación / orientación?

- a) Tabaquismo.
- b) Sedentarismo (inactividad física)
- c) Alcoholismo.
- d) Dieta/ Alimentación

12. La educación / información recibida sobre el infarto al miocardio le pareció:

- a) Muy buena = Entendida completamente por el paciente.
- b) Buena = Parcialmente entendida por el paciente
- c) Regular = Información poco clara e incompleta
- d) Mala = El paciente no entendió la información entregada

13. La educación / información recibida en relación con los factores de riesgo le pareció:

- a) Muy buena = Entendida completamente por el paciente.
- b) Buena = Parcialmente entendida por el paciente
- c) Regular = Información poco clara e incompleta
- d) Mala = El paciente no entendió la información entregada

14. ¿Cuál es la información y conocimiento que presenta el paciente sobre el IAM y los factores de riesgo cardiovascular modificables?

- a) Completa: Refiere en líneas simples rasgos de la patología y factores de riesgo cardiovascular modificables.
- b) Incompleta: Menciona en forma incompleta rasgos poco relevantes de la patología y factores de riesgo cardiovascular modificables ó parte de la información es incorrecta.
- c) Sin información: No posee conocimientos de la patología ni sobre factores de riesgo cardiovascular modificables ó el conocimiento es errado.

15. ¿Asiste Usted a controles de salud luego del IAM cuando es citado?

- a) Siempre.
- b) Regularmente
- c) A veces.
- d) Nunca.

16. ¿Presenta UD. Alguna de estas dificultades para asistir a sus controles de salud?

- a) Económicas.
- b) Físicas.
- c) Geográficas.
- d) Desinterés.
- e) Otras _____

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: “Modificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes egresados del hospital de Puerto Montt con diagnóstico de infarto agudo al miocardio entre Julio de 2003 y Julio de 2004”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio: “Modificación de factores de riesgo cardiovascular” que realiza la Srta. Consuelo Córdova, tesista de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar de este estudio, yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo en mi domicilio.

- Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- Los resultados son confidenciales y pueden ser publicados manteniendo el anonimato.

Yo _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección _____.

Teléfono _____.

Firma _____.

Persona con quien aplicó formato de Consentimiento:

Nombre _____

Profesión _____

Firma _____

Fecha _____