

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES CON SÍNDROME ISQUÉMICO CORONARIO AGUDO DE
CHICLAYO, 2015**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES: Bach. BARTRA AGUINAGA, ANGIE VANESSA
Bach. HURTADO NOBLECILLA, EMMANUEL AMADO**

Chiclayo, 22 de Febrero de 2017

**FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES CON SINDROME ISQUÉMICO CORONARIO AGUDO DE
CHICLAYO, 2015**

POR:

Bach. BARTRA AGUINAGA, ANGIE VANESSA
Bach. HURTADO NOBLECILLA, EMMANUEL AMADO

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio
de Mogrovejo, para optar por el título profesional de:

MEDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Mgtr. Milagros Ochoa Medina
Presidente de Jurado Calificador

Med. Jorge Luis Limo Liza
Secretario de Jurado Calificador

Mgtr. Franco León Jiménez
Vocal/Asesor de Jurado Calificador

Chiclayo, 22 de Febrero de 2017

DEDICATORIA

A Dios, a nuestros padres y hermanas, por ser siempre nuestro apoyo incondicional, motivación y compañía durante todo el trayecto de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros maestros, quienes nos proporcionaron los conocimientos necesarios para ser buenos médicos, y cultivaron en nosotros el amor por esta profesión.

A nuestros asesores, por la constancia y adecuada dirección en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	10
i. Antecedentes del problema	10
ii. Bases Teórico – Científicas	13
III. MATERIALES Y MÉTODOS	16
i. Tipo de estudio	16
ii. Población	16
iii. Criterios de inclusión	16
iv. Criterios de exclusión	16
v. Muestra y muestreo	16
vi. Tiempo de duración	16
vii. Operacionalización de variables	17
viii. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
ix. Tipo de análisis	18
x. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
VIII. ANEXOS	33

RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Síndrome isquémico coronario agudo (SICA) de dos hospitales del Perú. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Participaron 100 pacientes hospitalizados con SICA, en quienes se exploraron factores de riesgo cardiovascular. También se utilizó la escala ronquido somnolencia y escala de somnolencia de Epworth (versión peruana) para evaluar síntomas relacionados a apnea de sueño. **Resultados:** La frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes entre los participantes fueron: Obesidad según Índice Cintura Cadera 98,86% (87/88), Edad mayor a 55 años en varones y 65 años en mujeres, 78% (78/100), Hipertensión arterial 71% (71/100), Dislipidemia 55,67% (54/97), Sedentarismo 50,51% (49/97). La frecuencia de roncadors crónicos fue de 85,56% (83/97). **Conclusiones:** El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la obesidad según Índice cintura-cadera y el menos frecuente fue el tener antecedente familiar de SICA. La frecuencia de ronquido en estos pacientes fue elevada.

Palabras clave: Enfermedad de la Arteria Coronaria, Factores de riesgo, Obesidad, Síndromes de la Apnea del Sueño.

Fuente: DeCS

ABSTRACT

Objective: Describe cardiovascular risk factors frequency in patients with acute coronary syndrome (ACS) of two hospitals from Chiclayo. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study in which a data collection sheet allowed us to register cardiovascular risk factors records from ACS patients. We also used snoring-sleepiness scale and Epworth sleepiness scale (Peruvian version) to register sleep apnea symptoms. **Results:** Most frequent cardiovascular risk factors among subjects were waist-hip ratio obesity in 98,86%, Advanced Age in 78%, Chronic Arterial Hypertension in 71%, dyslipidemia in 55,67%, sedentary lifestyle in 50,51%. Snoring was reported on 85,56% (83/97) of patients. **Conclusions:** The most frequent cardiovascular risk factor was obesity defined by Waist-Hip index and the less frequent was to have ACS family history. The frequency of snoring in these patients was high

Keywords: Heart disease, Acute Coronary Syndromes, Risk factors, Obesity, Sleep Apnea Syndromes.

Source: MeSH

I. INTRODUCCIÓN

Los síndromes coronarios agudos se definen como la presentación aguda de la cardiopatía isquémica. Su mecanismo fisiopatológico reside en la inestabilidad de las placas de ateroma preexistentes en la luz de las arterias coronarias y su traducción clínica comprende la angina inestable, el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2008 la primera causa de defunción corresponde a las cardiopatías isquémicas, provocando aproximadamente 7.2 millones de muertes a nivel mundial.² En el Perú constituye la quinta causa de muerte, en el 2012 se registró un total de 4414 muertes por esta causa.³ En el departamento de Lambayeque también representan la quinta causa de mortalidad, registrándose 283 defunciones en el 2012.⁴

Se conocen los factores de riesgo cardiovascular que predisponen a la aparición de cardiopatías isquémicas, y se han realizado estudios en distintas poblaciones, explorando la frecuencia de estos tanto en población sana como en población con patología cardiovascular. Estos factores de riesgo son obesidad, edad avanzada (mayor de 55 años en hombres y 65 años en mujeres), diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), sedentarismo, enfermedad renal crónica, tabaquismo, dislipidemia, antecedente familiar de enfermedad coronaria prematura en parientes de primer grado (antes de 55 años en hombres y 65 años en mujeres). También se ha encontrado que apnea obstructiva de sueño es un factor de riesgo cardiovascular.⁵

A nivel internacional se han encontrado estudios provenientes de países asiáticos y americanos en donde el factor de riesgo más encontrado en pacientes con SICA fue Hipertensión Arterial⁶⁻¹⁰ a excepción de dos estudios, uno realizado en

Pakistán y otro en Arabia Saudita en donde los factor de riesgo más prevalente fueron Dislipidemia¹¹ y Diabetes Mellitus¹² respectivamente. Por otro lado en México, país con semejantes características sociodemográficas a nuestro país, se investigaron principalmente factores de riesgo no convencionales encontrándose que el Síndrome metabólico fue el más frecuente¹³.

A nivel nacional la información es escasa. Carrión, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, entre el 2000-2006 halló que los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron HTA: 54,5%, dislipidemia 44,2%, tabaquismo 33,5% y diabetes 17,3%.¹⁴ Estas cifras coinciden con algunos de los estudios encontrados y difieren con otros sobre todo con el estudio más cercano a nuestra población, realizado en México.

Se decidió realizar este estudio teniendo en cuenta que se han encontrado resultados diferentes según el área geográfica en la que se encuentra la población estudiada. Se plantea que existe diferencia en la frecuencia de los factores cardiovascular en Lambayeque en relación a Lima ya que se ha encontrado mayor prevalencia de obesidad y síndrome metabólico en la población general en Lambayeque ¹⁵⁻¹⁷

El objetivo de estudio fue determinar la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Síndrome Isquémico Coronario Agudo (SICA) que acuden a los centros asistenciales de mayor complejidad del departamento de Lambayeque durante el 2015.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Butt et al. Investigaron la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular convencionales: Hipertensión (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Tabaquismo e Hipercolesterolemia) en 100 pacientes con SICA de Pakistán, encontrando como factores más frecuentes en general la Hipertensión (54%), luego diabetes (41%); finalmente tabaquismo (34%) e Hipercolesterolemia (28%). Sin embargo también encontró una alta frecuencia de Hipertrigliceridemia (86%)⁶.

Esteghamati et al. Encontraron que entre los factores de riesgo convencionales en pacientes con SICA, la Hipertensión fue el más frecuente (90.9%), luego Diabetes Mellitus (30%), posteriormente se encuentra tabaquismo e hipercolesterolemia (42% y 41.8% respectivamente). Además, pudo comparar la frecuencia de los diferentes factores entre pacientes diagnosticados con angina inestable versus Infarto de Miocardio (Los pacientes con infarto de miocardio tenían mayor frecuencia de ser fumadores)⁷.

El-menyar et al. Describieron a partir de un estudio observacional multicéntrico en el medio oriente, que el factor de riesgo cardiovascular convencional más frecuente fue Hipertensión (49%); sin embargo, entre los otros factores de riesgo cardiovascular se encuentra Insuficiencia renal, el cual alcanzó el (69%). Además, Se encontraron algunos factores muy frecuentes cuando solo se estudiaba mujeres, como la obesidad (48% de mujeres < 60 años)⁸.

Asif Bhalli et al. Mencionan que en una ciudad de Pakistán, se encontró como factor de riesgo cardiovascular más frecuente a la dislipidemia (56.29%), seguido del tabaquismo (44%) y luego hipertensión y diabetes con un 37% y 25.2% respectivamente. También encontraron que la combinación más frecuente de factores de riesgo fue de Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia (17.7%)¹¹.

Khot U et al. el objetivo del estudio fue encontrar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en una población de 122458 pacientes con SICA, pertenecientes de 14 ensayos clínicos randomizados. Los resultados obtenidos fueron comparados entre hombres y mujeres y entre la edad de ingreso al estudio. En hombres el factor de riesgo más frecuente fue Hipertensión Arterial (55.9%) mientras que en mujeres el factor más frecuente es tabaquismo (41,6%). Por otro lado se comprobó según aumenta la edad de los pacientes hay un aumento gradual de la prevalencia de pacientes sin ningún factor de riesgo cardiovascular⁹.

Alhabib K et al. elaboraron un estudio prospectivo en pacientes con Síndrome Coronario Agudo de 17 hospitales de Arabia Saudita entre el periodo de Diciembre 2005 y Diciembre de 2007. Se dividió a la población en dos grupos STEMI (ST-elevation myocardial infarction) y NSTEMI (non-ST elevation acute coronary syndrome) que abarca a pacientes con infarto sin ST elevado y a angina inestable. El objetivo fue conocer principalmente las características clínicas, el manejo y la evolución hospitalaria de los pacientes. Dentro de los resultados se obtuvo que el factor de riesgo más prevalente fue Diabetes

Mellitus (58,1%) y el menos frecuente fue Tabaquismo (32,8%). En los pacientes con STEMI el factor de riesgo más frecuente es Diabetes Mellitus y en NSTEMI fue Hipertensión¹².

Batista X et al. Realizaron un estudio retrospectivo observacional para establecer los factores de riesgo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en un hospital de Republica Dominicana durante el periodo de Junio de 1995-Junio 1999. Entre los factores de riesgo más trascendentales en orden de frecuencia fueron Hipertensión Arterial, Hábito de fumar y Diabetes Mellitus¹⁰.

Solís C et al. Ejecutaron un estudio transversal comparativo en 239 pacientes que acudieron a consulta externa del Servicio Cardiología de un Hospital del Noreste de México para ser evaluados por sospecha de cardiopatía isquémica. El objetivo del estudio fue estudiar los factores de riesgo cardiovascular no convencionales. Se dividió a la población en dos grupos, pacientes sin cardiopatía isquémica y con cardiopatía isquémica. Dentro del grupo con cardiopatía isquémica se encontró que el factor de riesgo más prevalente fue síndrome metabólico(25,1%); no obstante el factor estrés (31%) tiene una prevalencia más alta que síndrome metabólico pero no está considerada dentro de los factores de riesgo cardiovascular según el 7mo reporte de JNC¹³.

Carrión C et al. estudio observacional prospectivo-retrospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, realizado en el periodo de 2000-2006. Este estudio investiga acerca los factores de riesgo cardiovascular convencionales (HTA,

DM, tabaquismo y dislipidemia) en personas con SICA y otras variables relacionadas (edad, sexo, medicación utilizada, antecedentes cardiovasculares, glicemia, depuración de creatinina, leucocitos, enzimas cardiacas y datos electrocardiográficos.) El factor de riesgo más frecuente fue hipertensión con un 54,5% y el menos frecuente fue diabetes mellitus 17,3%¹⁴.

Conociendo la existencia del estudio realizado en Lima, se justifica la investigación en Chiclayo ya que en un estudio realizado por Pajuelo J, se determinó que la prevalencia nacional de síndrome metabólico era de 16,8% y la de Lima metropolitana de 20,7%¹⁵. Asimismo, en un estudio por Soto V, en Lambayeque se encontró una frecuencia de síndrome metabólico de 28,3% mayor que la prevalencia nacional y de Lima metropolitana¹⁶.

En cuanto a Obesidad, en un estudio de Álvarez D, et al. Se encontró que en Lima la prevalencia en adultos de 30 a 59 años fue de 23.5%¹⁷. Mientras que en el estudio de Soto V, Se encontró también que la obesidad tenía una frecuencia de 30,2%¹⁴; valores que sugieren diferencias entre ambas poblaciones.

2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

Los síndromes coronarios agudos se definen como la presentación aguda de la cardiopatía isquémica. Su mecanismo fisiopatológico reside en la inestabilidad de las placas de ateroma preexistentes en la luz de las arterias coronarias, y su traducción clínica comprende la angina inestable, el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita¹⁸.

La introducción del término síndrome coronario agudo en 1985 y su clasificación, según los hallazgos electrocardiográficos, en SCASEST y SCACEST, permite una correlación directa entre el mecanismo fisiopatológico subyacente y el evento agudo. Su detección y comprensión es fundamental para la toma de decisiones de manera rápida y adecuada. Otras herramientas de uso habitual en la práctica clínica diaria son marcadores de lesión miocárdica, técnicas invasivas (coronariografía) y técnicas de imagen; cuyo papel es crucial tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estos pacientes, aunque la primera aproximación siempre se hará conforme a los hallazgos electrocardiográficos¹⁸.

Al atender por primera vez a la persona con molestia isquémica aguda, el diagnóstico provisional es un síndrome coronario agudo. El electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones es un elemento de importancia decisiva en el diagnóstico y la selección de pacientes, porque permite diferenciar a los pacientes cuya manifestación inicial es la elevación del segmento ST, de aquellos cuyos síntomas iniciales no incluyen tal elevación. Luego, se obtienen biomarcadores cardíacos en suero para diferenciar entre la angina inestable y el infarto del miocardio sin elevación del segmento ST y evaluar la magnitud del infarto del miocardio con elevación del segmento ST¹⁹.

En situaciones normales, en cualquier nivel de necesidad de oxígeno, el miocardio recibirá sangre en que abunde dicho gas para evitar la deficiencia de perfusión de los miocitos y la aparición de isquemia e infarto¹⁹.

Al reducir la luz de las coronarias, la aterosclerosis limita el incremento correspondiente de la perfusión cuando aumenta la demanda, como sucede durante el ejercicio o la excitación. Cuando esta obstrucción luminal es pronunciada, disminuye la perfusión del miocardio en estado basal¹⁹.

El flujo coronario también puede verse limitado por trombos, espasmos y, pocas veces, por émbolos coronarios o por el estrechamiento de los orificios coronarios causado por aortitis sifilítica. Las anomalías congénitas, como el origen anómalo de la coronaria descendente anterior izquierda en la arteria pulmonar, pueden asimismo ocasionar isquemia e infarto en la lactancia, pero son causas muy raras en el adulto.

También puede haber isquemia miocárdica cuando aumenta en exceso la demanda de oxígeno y cuando la circulación coronaria es limitada, como ocurre en la hipertrofia ventricular izquierda grave por estenosis aórtica¹⁹.

La cardiopatía isquémica es un trastorno en que parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno; surge de manera específica cuando hay un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de él por dicha capa muscular¹⁹.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

2. POBLACIÓN:

Los pacientes con SICA (Infarto de Miocardio o Angina Inestable), diagnosticados por médico internista, cardiólogo o emergenciólogo, utilizando los criterios de la Sociedad Americana de Cardiología²⁰ en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y Hospital Regional de Lambayeque (HRL) - Chiclayo.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Paciente que ingrese por diagnóstico de Síndrome Isquémico Coronario Agudo por médico internista o emergenciólogo.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente que no acepte firmar el consentimiento informado si está consciente o familiar que se niegue a la participación.

5. MUESTRA Y MUESTREO

El estudio utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico inicial de SICA en los establecimientos de salud donde se recogieron los datos. En este trabajo se estudiaron 100 pacientes.

6. TIEMPO DE DURACIÓN:

Se acudió a los nosocomios durante el periodo de 6 meses comprendido entre 01 de marzo y 31 de agosto de 2015.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES	UNIDAD DE MEDIDA
	DIMENSIONES				
Factores de riesgo cardiovascular	Edad	Numérica Discreta	De Razón	-	Años
	Tabaquismo	Categórica Politómica	Nominal	No fumador: No ha fumado 100 cigarrillos en su vida. Fumador pasado: Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, actualmente no. Fumador Actual: Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida y continúa.	-
	Hipertensión Arterial	Categórica Dicotómica	Nominal	Si: Antecedente de HTA, diagnóstico <i>de novo</i> o - en tratamiento antihipertensivo	
	Dislipidemia	Categórica Dicotómica	Nominal	No: Sin antecedente de HTA Si: Antecedente de dislipidemia, en tratamiento hipolipemiente o hallazgo actual.	-
	Antecedente familiar	Categórica Dicotómica	Nominal	No: Sin antecedente de dislipidemia Si: Antecedente familiar de enfermedad coronaria prematura en familiar de primer grado No: Sin Antecedente de enfermedad coronaria prematura	-
	Obesidad	Categórica Dicotómica	Nominal	Si: Índice Cintura cadera ≥ 0.9 en Hombres y ≥ 0.85 en mujeres; o Perímetro abdominal ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres	-
	Sedentarismo	Categórica Dicotómica	Nominal	No: Valores menores Realiza actividad física intensa (caminar, correr, nadar, bicicleta, etc) al menos 30 minutos al día Si: > 3 días a la semana	-
	Sexo	Categórica Dicotómica	Nominal	No: ≤ 3 días a la semana 1: Masculino 2: Femenino	-
	Enfermedad Renal Crónica	Categórica Dicotómica	Nominal	Si: Diagnóstico previo por médico de Enfermedad renal crónica estadio 3, 4 o 5	
Diagnóstico final	Categórica dicotómica	Nominal	No: Ausencia de antecedente 1: SICA ST ELEVADO 2: SICA ST NO ELEVADO	-	
Servicio de captación	Categórica Politómica	Nominal	1: Tópico de medicina 2: Observación Emergencia 3: Hospitalización 4: UCI/UCIN 5: UTIC	-	
Tiempo entre inicio de dolor y llegada a hospital	Numérica continua	De Razón	-	Minutos	
Tiempo entre llegada a hospital y Electrocardiograma	Numérica continua	De Razón	-	Minutos	
Presión arterial media al ingreso	Numérica continua	De razón	-	mmHg	
Uso de medicamentos previos	Categórica Politómica	Nominal	1: IECA 2: ARA II 3: Nitratos 4: Estatinas 5: Beta Bloqueantes 6: Ac. Acetilsalicílico 7: Calcio Antagonistas 8: Anticoagulante	-	
Perímetro abdominal	Numérica continua	De razón	-	Centímetros	
Índice cintura/cadera	Numérica continua	De razón	-	-	
Fibrilación Auricular de Respuesta ventricular alta	Categórica Dicotómica	Nominal	Si: Diagnóstico realizado por médico internista o emergenciólogo refrendado por cardiólogo No: Diagnóstico negativo	-	
Cuestionario Ronquido	Numérica	Discreta	-	-	
Somnolencia diurna	Numérica	Discreta	-	-	

8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó una ficha de recolección de información, revisada previamente por un médico internista y un cardiólogo que incluía factores de riesgo cardiovascular como: obesidad utilizando Índice Cintura Cadera (ICC) y perímetro abdominal, edad mayor a 55 años en varones y 65 años en mujeres (edad avanzada), dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, antecedente familiar de infarto de miocardio, tabaquismo, sedentarismo, enfermedad renal crónica (ERC) así como datos sociodemográficos, medidas antropométricas y de laboratorio; también se investigó el tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y llegada al hospital (tiempo de llegada) y el tiempo entre la llegada al hospital y la toma del primer electrocardiograma (EKG) (tiempo de toma de EKG). Se aplicó la escala de Ronquido-Somnolencia y Escala de somnolencia diurna de Epworth (versión peruana), para pesquisar Apnea obstructiva de sueño, factor de riesgo reconocido en otros estudios^{21, 22}.

La ficha de recolección de datos ha sido diseñada para proteger la privacidad del paciente, es anónimo, confidencial y voluntario; identificará y registrará los factores de riesgo cardiovascular, mas no proporcionará un diagnóstico de ningún tipo.

9. TIPO DE ANÁLISIS

Se realizó un análisis descriptivo univariado, con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas, además de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para explorar asociación entre variables categóricas se usó la prueba de Chi cuadrado. Se utilizó el programa estadístico STATA versión 13.

10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Hospital Regional Lambayeque y Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Todos los participantes aceptaron ser incluidos en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado por el paciente o familiar.

IV. RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes, 84% del hospital Almanzor y 16% del Hospital Regional. En 97 de los casos se realizó una entrevista directa con el paciente y/o su familiar y en 3 casos se tomaron datos exclusivamente de la historia clínica.

El promedio de edad fue $67,40 \pm 10,9$ años, no existiendo diferencia significativa entre sexos ($66,20 \pm 10,47$ en varones y $69,90 \pm 11,85$ en mujeres ($p > 0,050$); 69% fueron hombres, 67% fueron de Lambayeque; 33% correspondieron a SICA ST elevado (SCASTE) y 67% a SICA ST no elevado (SCASTNE).

Los servicios de captación de los pacientes fueron: hospitalización (66%), áreas críticas (22%), emergencia (9%) y en 3%, sólo se obtuvieron datos de la historia clínica en archivo.

La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular fue: obesidad según ICC 98,86% (87/88), Edad avanzada, 78% (78/100), HTA 71% (71/100), Dislipidemia 55,67% (54/97), Sedentarismo 50,51% (49/97), obesidad según perímetro abdominal 50% (44/88), Tabaquismo 37% (37/100), Diabetes Mellitus 28% (28/100), ERC 11,22% (11/98), Antecedente Familiar de SICA o enfermedad cerebrovascular (ECV) 8,25% (8/97); 85% de los pacientes tenían entre 3 y 7 factores de riesgo cardiovascular. Además 35,05% (34/97) refirieron tener un antecedente previo de SICA o ECV.

Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de edad avanzada ($p = 0,029$), Hipertensión arterial ($p = 0,017$), Sedentarismo ($p = 0,003$) y Obesidad abdominal ($p < 0,001$), siendo el Tabaquismo ($p < 0,001$) más frecuente en hombres. Ver Gráfico 1.

El antecedente de HTA, fue más frecuente en los pacientes con SCASTNE (77,60%) que en los que tuvieron un SCASTE (48,40%) ($p = 0,033$) Ver gráfico 2

La frecuencia de roncadors crónicos fue de 85,56% (83/97), siendo la frecuencia de moderado, severo y muy severo de 75,26% (73/97). La frecuencia de hipersomnias diurnas fue 27,84% (27/97) y de éstos, los que adicionalmente presentaron ronquido moderado, severo o muy severo fueron 77,78%. (21/27).

El tiempo promedio entre el inicio del dolor torácico y la llegada al hospital fue de 313 minutos (D.E.=1083), mediana= 60 minutos; en 7,69% (7/91) fue mayor a 12 horas. El tiempo promedio entre la llegada a emergencia y la toma de Electrocardiograma fue de 189 minutos (D.E. =1120), mediana= 15 minutos.; en 55,7% (49/88) este tiempo fue de 10 minutos o menos y en 3,41% (3/88), mayor a 12 horas; Se encontró que 4% (4/100) presentó shock cardiogénico y 2% (2/100), Fibrilación Auricular de respuesta ventricular alta.

Se encontró que 39% recibían Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), 35% Antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA-II) y 11%, ambos. Además 20,58% (7/34) de los pacientes con antecedente de SICA o ECV previo refirieron no usar terapia antiagregante.

V. DISCUSIÓN

La edad de presentación promedio fue similar a la encontrada en población peruana en un estudio realizado en Lima (64 vs 67 años), pero a diferencia de esa población, en este estudio, no se encontró diferencia según sexo. En el estudio limeño la presentación fue 7 años más tardía en mujeres en comparación a los varones. Probablemente las mujeres en Lima, adquieren mejores estilos de vida o quizás presenten mayor vigilancia médica o adherencia al tratamiento, en caso tengan antecedentes patológicos, a diferencia de las mujeres del norte del país, lo que podría retrasar la aparición de Síndrome Coronario Agudo.

Se halló que Obesidad fue el factor más frecuente, a diferencia de otros estudios en los que se encontró que fue Hipertensión Arterial, como el estudio de Carrión en Lima. Esto podría deberse a que en la mayoría de investigaciones a nivel nacional e internacional se estudiaron únicamente factores de riesgos convencionales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Tabaquismo y Dislipidemia y no se abordó Obesidad a pesar de ser considerado como un factor de riesgo cardiovascular de gran impacto. Adicionalmente se rescata que los investigadores hicieron las mediciones antropométricas y no se basaron en el registro de historia clínica, de esta manera se obtuvo el dato exacto al momento del evento.

La obesidad se considera un problema de salud pública. Sin embargo su control para disminuir el riesgo cardiovascular, dista de ser el ideal. A pesar de hacerse el diagnóstico, incluso desde las primeras horas del evento cardiovascular, los pacientes no reciben el abordaje multidisciplinario y agresivo que amerita. Por otra parte, los obesos en muchos casos no consideran que su salud está en riesgo²³, y por lo tanto no instauran precozmente estilos de vida saludables, mediante la

modificación de la dieta, el aumento de actividad física ni el uso de medicamentos adyuvantes para la reducción de peso. Además, la adherencia a la medicación, es baja.

El ICC ha demostrado ser uno de los mejores predictores de riesgo cardiovascular, superior al Índice de masa corporal en un estudio desarrollado Ni Mhurchu, de la colaboración de estudios de cohorte Asia-Pacífico en 2006 para población de Asia pacífico, Europa y Norteamérica²⁴, de esta manera se logró identificar un mayor número de pacientes con riesgo de evento coronario. Los datos para el ICC fueron medidos directamente por los investigadores cumpliendo los lineamientos de la OMS para reducir sesgos²⁵.

En una cohorte prospectiva, en un periodo de 11 años de seguimiento, Lakka H. en Finlandia, halló que la mortalidad coronaria fue 3 veces mayor en los pacientes con síndrome metabólico, después de ajustar para los demás factores de riesgo²⁶. Se conoce que la frecuencia de síndrome metabólico y obesidad es más elevada en el norte del país, lamentablemente en este estudio no se pudo obtener la frecuencia de síndrome metabólico ya que no se contaron con resultados de laboratorio necesarios para realizar el diagnóstico, según los criterios de Adult Treatment Panel III (ATP III).²⁷

Comparando la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular según el sexo, se encontró diferencia en cuanto la frecuencia de tabaquismo siendo mayor en varones, debido probablemente a factores socioculturales lo cual podría significar que las políticas de prevención de tabaquismo deben orientarse principalmente al sexo masculino. Además se encontró que en mujeres existe mayor frecuencia de obesidad medida por circunferencia abdominal que en varones, lo cual podría deberse a que las mujeres tienen peores estilos de vida o son más sedentarias. En

este estudio no se midieron estas características. Otra posibilidad es una distribución diferente y mayor, en mujeres Lambayecanas, de la grasa corporal abdominal.

Entre otras variables estudiadas encontramos que el tiempo de llegada al hospital y el tiempo de toma de EKG suelen ser periodos cortos, sin embargo algunos casos presentaron valores extremos debidos probablemente a un retraso en el diagnóstico por factores que generen una presentación atípica o un retraso por transporte o por la logística del hospital que no permiten una atención temprana. Otra posibilidad es el déficit en el entrenamiento del personal médico para diagnosticar SICA, como se ha evidenciado en un estudio previo del 2011 en los mismos hospitales²⁸. Al contrastar con resultados en un estudio europeo, se encontró un menor tiempo de llegada al hospital (medianas de 60 min vs 360 min), probablemente debido a vivir en un área menos extensa en comparación a otros países lo que facilitaría la llegada a los hospitales estudiados²⁹.

La literatura menciona que 30% de los infartos de miocardio son silentes, mayormente en mujeres (35% vs 28%)³⁰; en este estudio se observan casos cuyo total de tiempo llegada al hospital y tiempo de toma de EKG se vio considerablemente prolongado (mayor de 12 horas) lo que podría haber sido causado por un infarto silente u otras causas.

Si se considera que la terapia fibrinolítica tiene mínima efectividad después de 12 horas de inicio de los síntomas³¹ y en nuestro medio aún existen casos (12,79%) en los que no se llega a un diagnóstico en ese rango de tiempo, entonces se considera que mejoras en la implementación del establecimiento, en la cantidad de personal y entrenamiento del mismo, serían necesarias para llegar precozmente al diagnóstico en una mayor cantidad de pacientes.

Además según la literatura internacional, todo paciente con sospecha de SICA debe tener un EKG antes de los 10 minutos de ingreso para mejorar el pronóstico, lo cual sucedió solamente en un 55.7% ³². Es por esto que el resultado de este estudio puede ser una medida base para en el futuro mejorar las políticas en salud que impidan lograr diagnóstico temprano y el entrenamiento médico para lograr llegar al diagnóstico tempranamente.

En relación a apnea obstructiva de sueño, las cifras presentadas revelan que la hipersomnia diurna y el ronquido catalogado como moderado a muy severo son elevadas. Asimismo, el ronquido crónico es un antecedente muy frecuente entre los pacientes con SICA. Los resultados de la frecuencia de estos síntomas sugieren una elevada frecuencia de apnea de sueño. En Chiclayo, los centros asistenciales de más alta capacidad resolutive no cuentan con polisomnografía, por lo que no se podría hacer el diagnóstico definitivo. Conociendo que el ronquido y la somnolencia sugieren alta frecuencia de apnea de sueño, se propone sensibilizar a los médicos en tener en cuenta esta patología para tener una mejor aproximación del riesgo cardiovascular del paciente y lograr un diagnóstico adecuado utilizando el sistema de referencia a centros de mayor complejidad cuando sea necesario. El tratamiento de apnea de sueño disminuye el riesgo cardiovascular y evita nuevos eventos de SICA según estudios observacionales, con impacto en la salud de estos pacientes³³.

También se encontró que existe un considerable porcentaje de pacientes con antecedente de ECV o SICA previo, los cuales no se encontraban cumpliendo una terapia antiagregante, sabiendo que el uso de ácido acetilsalicílico en dosis profiláctica en pacientes con riesgo cardiovascular tiene un Número Necesario para Tratar (NNT) = 149 (97-317) para evitar un nuevo evento coronario o

cerebrovascular severo. Sería importante mejorar la adherencia al tratamiento preventivo en los pacientes con riesgo para evitar nuevos eventos^{34, 35}.

Dado que algunos factores de riesgo cardiovascular necesitan un diagnóstico con exámenes auxiliares y la recolección de datos requirió que el paciente o su familiar conozca y recuerde el diagnóstico, existe la posibilidad de sesgo de información, lo cual se intentó contrarrestar contrastando la información del paciente, sus familiares y la historia clínica.

Se reclutaron pacientes de forma consecutiva, lo cual indica posibilidad de sesgo de selección ya que existen casos que no llegan con vida por diversas causas, otros que fallecen mucho antes de la identificación por los investigadores, sin embargo se trató de limitar este sesgo acudiendo la mayor parte de los días para conseguir datos del mayor número de pacientes posible.

Cabe resaltar que estos datos sugieren que existe aún una necesidad importante de mejorar el tiempo de diagnóstico, tratamiento y prevención en estos pacientes ya que la precocidad de instauración de terapias de reperfusión puede tener más impacto que el método elegido³⁶.

VI. CONCLUSIONES

De lo expuesto, podemos concluir que:

1. La obesidad medida por ICC fue el factor de riesgo más frecuente en los pacientes con SICA
2. En los varones se encontró mayor frecuencia de tabaquismo en relación a las mujeres
3. En mujeres se encontró mayor frecuencia de obesidad por perímetro abdominal únicamente, sedentarismo e hipertensión arterial en comparación con los hombres
4. El ronquido y somnolencia diurna son muy frecuentes en los pacientes con SICA.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura T, Carbonell S, Zamorano J. Síndrome Coronario Agudo. *Medicine*. 2013; 11(37): 2233-9
2. Global Health Observatory. ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? [sede web]. Organización Mundial de la salud. 2008 [Actualización 2012; acceso Abril 2014] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/18/es/>
3. Oficina General de Estadística e Informática. Principales causas de mortalidad por sexo. Peru - año 2012 [Sede web] Perú: Ministerio de Salud; 2005 [actualizado 2011; acceso Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
4. Oficina General de Estadística e Informática. Principales causas de mortalidad por sexo Departamento de Lambayeque año 2012 [Sede web] Perú: Ministerio de Salud; 2002 [actualizado 2012; acceso Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?14>
5. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206–1252
6. Butt Z, Shahbaz U, Hashmi A, Nasseem T, Khan M, Bukhari M. Frequency of conventional risk factors in patients with acute coronary syndrome in males and females. *Annals*. 2010; 16 (1): 55-58
7. Esteghamati A, Abbasi M, Nakhjavani M, Yousefizadeh A, Basa A, Afshar H, et al. Prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors in an Iranian population with acute coronary síndrome. *Cardiovascular Diabetology*. 2006; 5 (15)

8. El-Menyar A, Zubaid M, Shehab A, Bulbanat B, AlBustani N, Alezi F, et al. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors among patients presenting with acute coronary syndrome in the Middle East. *Clin Cardiol.* 2011; 34(1): 51-58
9. Khot U, Khot M, Bajzer C, Sapp S, Ohman E, Brener S, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA.* 2003; 290 (7): 898 – 904.
10. Batista X, García D, Madé C, Moya K. Alvarez M, Batista J. Factores de riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio. Hospital Dr. Salvador B. Gautier. *Rev Med Dom.* 2000; 61 (3): 220-222
11. Asif M, Mehmood A, Ahmed N. Frequency of risk factors in male patients with acute coronary syndrome. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2011; 21 (6): 271-275
12. Alhabib K, Hersi A, Alfaleh H AlNemer K, AlSaif S, Taraben A, et al. Baseline Characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients with acute coronary syndromes: Results of the Saudi project for assessment of coronary events (SPACE) registry. *Journal of the Saudi Heart Association.* 2011; 23: 233 – 239
13. Solís C, Muñoz M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes evaluados por dolor torácico. *Rev Mex Cardiol.* 2007; 18 (3): 109-118
14. Carrión M, Becerra L, Pinto J, Postigo R. Características clínicas y seguimiento a 30 días de pacientes con síndrome isquémico coronario agudo. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2007; 20 (2): 53-58
15. Pajuelo J, Sánchez J. El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. *An Fac Med Lima.* 2007; 68(1): 38-46

16. Soto V, Vergara E, Neciosup E. Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del departamento de Lambayeque, Perú – 2004. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2005; 22(4): 254-261
17. Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(3): 303-313
18. Segura T, Carbonell S, Zamorano J. Síndrome Coronario Agudo. *Medicine*. 2013; 11(37):2233-9
19. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. *Harrison Principios de medicina interna*. 17a ed. México: Mc-Graw Hill; 2009
20. Amsterdam E, Wenger N, Brindis R, Casey D, Ganiats T, Holmes D, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *Circulation*. 2014; 130: e344-e426
21. Rey de Castro J, Vizcarra D. Frecuencia de síntomas del síndrome Apnea hipopnea del sueño e insomnio en médicos de una clínica privada peruana. *Rev Med Hered*. 2003; 14 (2): 53-8
22. Rosales E, Rey de Castro J, Huayanay L, Zagaceta K. Validation and modification of the Epworth Sleepiness Scale in Peruvian population. *Sleep Breath* (2012) 16:59–69
23. Portocarrero D, Zamora J, León F. Conocimientos, actitudes y creencias en personas con sobrepeso-obesidad sobre riesgo cardiovascular en Lambayeque, Perú. *Rev Med Hered* vol.27 no.1 Lima ene. 2016

24. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Central obesity and risk of cardiovascular disease in the Asia Pacific Region. *Asia Pac J Clin Nutr* 2006;15 (3):287-292
25. World Health Organization. Waist circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO expert consultation. WHO document production services. Geneva, Switzerland. 2011
26. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA*. 2002; 288:2709-16
27. American Heart Association. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Circulation*. 2002; 106(3): 3143-421
28. Castañeda M, Requelme F, León J et al. Conocimientos y práctica clínica en síndrome coronario agudo en médicos de Lambayeque, Perú. *Rev Exp Med*. 2016; 2(3)
29. Doggen C, Zwerink M, Droste H, et al. Prehospital paths and hospital arrival time of patients with acute coronary syndrome or stroke, a prospective observational study. *BMC Emergency Medicine*. 2016; 16(3)
30. Kannel WB. Silent myocardial ischemia and infarction: insights from the Framingham Study. *Cardiol Clin*. 1986; 4(4):583-91
31. White H, Van de Werf F. Thrombolysis for Acute Myocardial Infarction. *Circulation*. 1998; 97: 1632-1646

32. Amsterdam E, Wenger N, Brindis R, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014; 130: e344- e426
33. Somers V, White D, Amin R, Abraham W, Costa F, Culebras A, et al. Sleep Apnea and Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2008; 118: 1080-1111
34. Sanmuganathan PS, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Aspirin for primary prevention of coronary heart disease: safety and absolute benefit related to coronary risk derived from meta-analysis of randomised trials. *Heart* 2001 Mar; 85: 265-71.
35. Collaboration AT. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high-risk patients. *BMJ* 2002 Jan 12; 324:71–8630.
36. Pehnek Z et al. Baseline characteristics, time-to-hospital admission and in-hospital outcomes of patients hospitalized with ST-segment elevation acute coronary syndromes, 2002 to 2005. *SIGNA VITAE* 2009; 4(1): 14-20

VIII. ANEXOS

Anexo 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sede: Hospital Regional Lambayeque
 Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo

Instrucciones: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los datos proporcionados por el paciente, su familiar o cuidador; también se pueden utilizar datos desde la historia clínica de emergencia.

Datos Generales:

Responsable del llenado: _____
 Ficha N° _____ Fecha: _____ - _____ Hora: _____ - _____

Sexo: F M Edad: _____ años
 Informante: Paciente: Ambos
 Otro: Parentesco: _____

Procedencia (Distrito – Provincia): _____ - _____

Servicio donde es captado: Tópico de medicina | Observación Emergencia
 Hospitalización UCI-UCIN UTIC Archivo

Factores de Riesgo Cardiovascular:

1. Hipertensión Arterial: No Si
2. Dislipidemia: No Si
3. Diabetes: No Si
4. Antecedente familiar: No Si
5. Antecedente personal: Ninguno Stroke SCA PREVIO
6. Enfermedad Renal Crónica: No Si Creatinina Sérica: _____
7. Sedentarismo: No Si
8. Tabaquismo: No Fumador Fumador pasado Fumador Actual
9. Obesidad: Perímetro abdominal: _____ cm y Circunferencia de cadera: _____ cm

Características clínicas:

10. LDL: _____ Col-T: _____
11. PA ingreso: _____
12. Presencia de Fibrilación Auricular de Respuesta Ventricular Alta: No Si
13. Medicación habitual: IECA ARA II Beta Bloqueante
 _____ Antiagregante Ca-Antagonista Nitratos
 _____ Estatinas Anticoagulante
14. Tiempo de inicio de dolor torácico – Llegada a hospital: _____
15. Tiempo de llegada a hospital – toma de EKG: _____
16. Tipo de evento isquémico: SCASTNE SCASTE
17. Shock cardiogénico: No Si
18. Puntaje Escala Ronquido: _____ y Puntaje escala de Epworth: _____

ANEXO 2: Cuestionario Ronquido - Somnolencia

RONQUIDOS:

(0)	NO	(< 1 al día por mes >)
(1)	L	(< 1 al día por semana >)
(2)	M	(2-5 días por semana)
(3)	S	(> 5 días por semana)
(4)	MS	Pausas respiratorias. A veces acompañadas de sonidos de asfixia y/o ruidos entrecortados o se despierta sobresaltado.

HIPERSOMNIA DIURNA:

(0)	NO	
(1)	L	Al disminuir la estimulación, en ambiente propicio, escuchando una lectura, música suave o viendo Tv., como pasajero de vehículo.
(2)	M	Leyendo periódico, en el cine, esperando en la consulta del médico.
(3)	S	Comiendo, sentado en el wc, en un ómnibus o combi o micro, conduciendo.
(4)	MS	Incontrolable. No puede permanecer despierto suficiente tiempo como para hacer su trabajo normalmente o relacionarse con los demás.

RNQ \ HSD	0	1	2	3	4
0	1	3	6	10	15
1	2	5	9	14	19
2	4	8	13	18	24
3	7	12	17	21	24
4	11	16	20	23	25

Puntaje Final



Anexo 3: Escala de Somnolencia de Epworth – Versión Peruana Modificada

¿Qué tan probable es que usted cabecee o se quede dormido en las siguientes situaciones? Considere los últimos meses de sus actividades habituales. No se refiere a sentirse cansado debido a actividad física. Aunque no haya realizado últimamente las situaciones descritas, considere como le habrían afectado.

INSTRUCCIONES:

Responda la primera pregunta y marque la opción más apropiada para cada situación:

- Nunca cabecearía
- Poca probabilidad de cabecear
- Moderada probabilidad de cabecear
- Alta probabilidad de cabecear

¿Ud. maneja vehículos motorizados (auto, camioneta, ómnibus, micro, combi, etc.)?

SI

NO

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE CABECEAR			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
Sentado leyendo.				
Viendo televisión				
Sentado (por ejemplo en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto).				
Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido.				
Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten.				
Sentado conversando con alguien				
Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol.				
Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos minutos por razones de tráfico				
Parado y apoyándose o no en una pared o mueble				

**Puntaje
Final**



1. Consentimiento informado

Consentimiento para participar en estudio de investigación

Instituciones :	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- HNAAA Hospital Regional de Lambayeque -HRL
Investigadores :	Angie Bartra, Emmanuel Hurtado
Título:	“Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Síndrome Isquémico Coronario Agudo que acuden al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y al Hospital Regional de Lambayeque (HRL) durante el periodo de Marzo - Agosto 2015.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con Síndrome Isquémico Coronario Agudo que acuden al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y al Hospital Regional de Lambayeque (HRL) durante el periodo de Marzo - Agosto 2015.

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Estamos realizando este estudio para conocer los factores de riesgo más prevalentes en pacientes con Síndrome Coronario Agudo en dos hospitales de Chiclayo, con el fin de conocer mejor a los pacientes que ingresan por esta patología y educarlos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le harán los siguientes exámenes:

1. Se le realizarán 12 preguntas sobre datos de sociodemográficos, Sobre padecimiento de enfermedades o hábitos que constituyen factores de riesgo cardiovascular, y otros datos como medicinas que usted consume y tiempo aproximado entre los distintos eventos ocurridos.
2. Se realizará una revisión a su historia clínica para obtener datos referentes al estudio (ej. Resultados de exámenes de laboratorio, diagnósticos hechos por especialistas).
3. Se le medirá su circunferencia abdominal con una cinta métrica para lo cual el paciente solamente necesitará descubrir su área abdominal y ningún otro esfuerzo.
4. El equipo investigador será el encargado de completar las fichas de recolección de datos, para lo cual se requerirá un tiempo aproximado de 15 minutos y ante la imposibilidad de obtener una respuesta segura o datos consignados en la historia, podría requerirse una segunda visita, previa comunicación con paciente y/o familiar.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

El paciente no recibirá beneficio económico, sin embargo al conocer los factores de riesgo presentes se le explicará detalladamente la interacción de los mismos en el desarrollo de su enfermedad.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a conocer cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la investigadora Angie Bartra tel. 971782077.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio ninguno a mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

2. Figuras

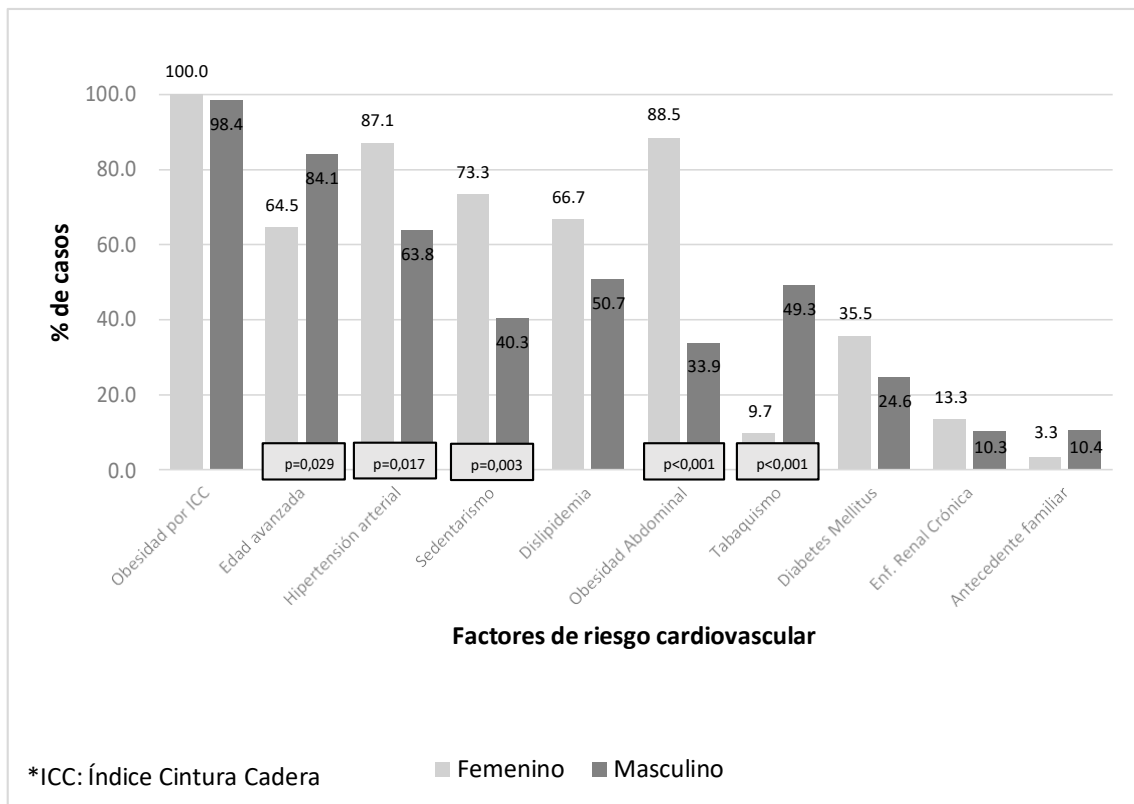
Gráfico 1. Factores de Riesgo Cardiovascular según Sexo

Gráfico 2. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular según tipo de síndrome coronario agudo.

