



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-13-13

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MARÍA UZCÁTEGUI Prof. GUSTAVO MARCANO y Prof. GILBERTO FIGARELLA, Reunidos en: Solista Mercedes Cuivoga

a la hora: 11 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CAMBIOS EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ MAYO-JULIO 2024.

Del Bachiller ARONICO TORRES VERONICA C.I.: 28575852, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 26 días del mes de NOVIEMBRE de 2024

[Signature]
Prof. MARÍA UZCÁTEGUI
 Miembro Tutor

[Signature]
Prof. GUSTAVO MARCANO
 Miembro Principal

[Signature]
Prof. GILBERTO FIGARELLA
 Miembro Principal

[Signature]
Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-13-13

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MARÍA UZCÁTEGUI Prof. GUSTAVO MARCANO y Prof. GILBERTO FIGARELLA, Reunidos en: Salon Nuevos Cursos

a la hora: 14:00

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CAMBIOS EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ MAYO-JULIO 2024.

Del Bachiller CARRASQUERO LÓPEZ DANIEL ALEJANDRO C.I.: 27765046, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 26 días del mes de Noviembre de 2024

Maria Uzcategui
 Prof. MARÍA UZCÁTEGUI
 Miembro Tutor

Gustavo Marcano
 Prof. GUSTAVO MARCANO
 Miembro Principal

Gilberto Figarella
 Prof. GILBERTO FIGARELLA
 Miembro Principal

Iván Amayo Rodríguez
 Prof. IVÁN AMAYO RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**CAMBIOS EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA
ISQUÉMICA. CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ
MAYO-JULIO 2024.**

Tutor académico:

Dra. María Uzcátegui

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Aronico Torres Verónica

C.I: 28.575.852

Br: Carrasquero López Daniel Alejandro

C.I: 27.765.046

Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Octubre 2024

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
DEDICATORIA	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
METODOLOGÍA	20
Tipo de investigación	20
Universo y Muestra	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de Exclusión.....	20
Procedimiento	21
Presentación y análisis de los resultados.....	22
RESULTADOS.....	23
Tabla 1.....	23
Tabla 2.....	25
Tabla 3.....	28
Tabla 4.....	31
Tabla 5.1.....	34
Tabla 5.2.....	36
Tabla 6.....	38
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
APÉNDICE.....	55

Apéndice A.....	56
Apéndice B.....	57
Apéndice C.....	58

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar este espacio de agradecimientos a todas las personas que han sido parte esencial de este proyecto de grado. En primer lugar, a mis asesores, María Uzcátegui y Alida Navas por su constante apoyo, orientación y por compartir su vasto conocimiento. Su dedicación y compromiso han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo. Gracias a sus valiosas críticas y sugerencias, he podido mejorar y enriquecer cada aspecto de mi investigación. Su paciencia al guiarme en este proceso ha sido inestimable. Sin su guía, este proyecto no habría alcanzado el nivel y calidad que hoy presenta.

A mis padres, quienes siempre han confiado en mí y me han ofrecido su amor y apoyo en cada etapa de este camino. Su sacrificio y esfuerzo me han motivado a seguir adelante. A mis hermanos, por ser mi respaldo constante y por su inquebrantable ánimo a lo largo de este proceso.

A mis amigos y compañeros de estudio, quienes han compartido este viaje conmigo, gracias por las conversaciones enriquecedoras, las risas y el apoyo en los momentos difíciles. Su compañía ha hecho que este proceso sea mucho más llevadero y gratificante.

También quiero expresar mi agradecimiento a la UDO, por su generosidad al brindarme recursos y herramientas que fueron fundamentales para el desarrollo de mi investigación. Su apoyo ha sido invaluable y ha contribuido significativamente a la calidad de este trabajo.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento; este logro es también suyo.

Aronico, Verónica

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido fundamentales en la realización de esta tesis. En primer lugar, a mis familiares, por su amor incondicional y por siempre motivarme a alcanzar mis metas. Su sacrificio y aliento han sido mi mayor fortaleza.

Mis asesores, María Uzcátegui y Alida Navas, por sus invaluable enseñanzas, orientación, paciencia y apoyo constante. Su experiencia y conocimientos han sido esenciales para guiarme en este proceso, y sus críticas constructivas me han permitido mejorar y enriquecer mi trabajo.

A mis amigos, quienes han estado a mi lado en los momentos de estrés y celebración, gracias por su comprensión y por hacerme reír cuando más lo necesitaba, por compartir ideas que hizo este viaje mucho más ameno.

También agradezco a mi universidad, la UDO y el Hospital Universitario Ruiz y Páez por facilitarme recursos valiosos que fueron clave para el desarrollo de mi investigación. Sin el apoyo de todos ustedes, este trabajo no habría sido posible por lo cual estoy profundamente agradecido por cada uno de ustedes y por las enseñanzas que me han dejado en este camino.

Carrasquero, Daniel

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres Sorel y Renato por ser un pilar fundamental a lo largo de mi vida, por su amor y sacrificio mientras me guiaban siempre de la mano de Dios. A mi hermano Rubén por siempre sacarme de mis momentos de aburrimiento y ayudarme en todas las cosas tecnológicas que nunca entendí. A mis tías Yini, Milays, Lisbeth y Josefina por tenerme siempre en sus oraciones para continuar con este camino que he escogido. Y a mi abuela por ser la base de mi familia y que sus últimas palabras antes de perder la claridad fueron “y usted póngase a estudiar sino no va a ser nadie”

A mi mejor amiga Otdielis que, aunque no le perdono que no haya querido estudiar conmigo, siempre estuvo allí para escuchar todo lo que le contaba que me pasaba y nos reíamos sin parar a pesar de que la distancia no nos dejaba vernos tanto como queríamos, te quiero. A mi compañero de tesis y rotaciones Daniel, que siempre me apoyó y ayudó a estudiar. A mis mejores amigos Franco y Camilo que, aunque creíamos que no encajábamos juntos ahora no me imagino como habría sido mis días sin ustedes.

Y por últimos a mis gatos, Armin que me enseñó lo bonito del amor gatuno, Niki y Aatrox por hacerme compañía en las noches y que sigo adelante para darles la vida que merecen.

Aronico, Verónica

DEDICATORIA

Dedico esta tesis que, como todo en esta vida, ha sido también un aprendizaje a mi mamá Marlyn, Yisel, Yitza, Edgar, Edgar Sr, José Luis, Wilmer, Larry, que gracias a su amor, apoyo y sacrificio desde el principio de mi vida me han guiado en cada paso de mi vida, y sin su aliento constante, no habría llegado hasta aquí. Han sido la base de mis logros y los próximos que llegarán. Si me pongo a dedicarle palabras a cada uno no termino nunca, todos ustedes sin excepción han dejado una huella en mi vida y ha hecho posible que este sueño se convierta en realidad.

A mi gran amiga y compañera en esta aventura de carrera desde el tercer semestre en anatomía y también de tesis Verónica, Andrés mi pana desde el primer semestre que aunque sea del Barcelona es lo más cercano a un hermano que podría tener, Camilo quien ha estado en momentos cuando necesitaba de alguien, Daleska y Danielis mis mejores amigas, que han estado conmigo desde el primer semestre y a Mónica que a pesar de haberla conocido muy recientemente, he podido confiar siempre en ella.

Todos ellos que también considero parte de mi familia por estar siempre a mi lado en cada paso de este camino; todas esas personas que siempre han creído en mí. Por último y no menos importante, a Eren, que sea donde sea que estés en el mundo de los gatos sé que estas siempre a mi lado <3. A todos gracias por inspirarme a ser la mejor versión de mí mismo.

Y Cristiano Ronaldo porque si él no se rindió yo tampoco.

P.D: Para la mejor mamá del mundo, gracias por tu amor incondicional y por ser mi guía en cada paso. Te quiero mucho.

Carrasquero, Daniel

**CAMBIOS EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. CONSULTA
EXTERNA DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ MAYO-JULIO 2024.**

Tutores: Dra. Uzcátegui, María; Dra. Navas, Alida.

Autores: Br. Aronico, Veronica. y Carrasquero, Daniel.

2024

RESUMEN

El seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica es muy importante, permite evaluar entre otras cosas, el cumplimiento y la adecuación del estilo de vida recomendado, a fin de prolongar la supervivencia. **Objetivo:** Identificar los cambios en los hábitos y estilos de vida después del diagnóstico de cardiopatía isquémica en pacientes de la consulta externa del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. **Metodología:** Estudio descriptivo y analítico de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida por 103 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** 52,4% eran hombres, edad media de 58,16 años, casado/a (34,0%), 16,5% tuvo nivel educativo medio completo, ingreso +económico familiar de 148,20 dólares, con sobrepeso (49,5%), manejando una presión arterial sistólica de 129,41 (DE12,2) mmHg y diastólica de 81,49 (DE 10,5) mmHg; 91,3% eran hipertensos; previos al evento coronario 42,7% fumaba, 69,9% bebían alcohol y 58,3% no realizaba actividad física; a los 3 meses ningún paciente fumó o consumía alcohol, 71,0% hizo actividad física de 2 a 3 veces por semana, consumiendo principalmente en carnes blancas, frutas y verduras; tras 12 meses 20,0% fumaba, 38,5% bebían alcohol 33,8% caminaba de 2 a 3 veces por semana, alimentándose principalmente de carbohidratos, lácteos y verduras; solo 58,5% tuvo adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** A menos de 3 meses del evento coronario hubo ausencia de hábitos tabáquicos y alcohólicos, mayor practica de actividad física, y una dieta a base de carnes blancas, frutas y verduras, sin embargo, pasados 12 meses existió retoma de hábitos tabáquicos y alcohólicos, disminución de la actividad física y desmejora dietética, además de una insuficiente adherencia al tratamiento.

Palabras clave: hábitos, estilos de vida, cardiopatía isquémica.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, los estilos de vida han experimentado transformaciones profundas, moldeados por una variedad de factores culturales, económicos y sociales. Desde las civilizaciones antiguas, donde las creencias y el entorno natural dictaban las formas de vida, hasta la Revolución Industrial, que trajo consigo una urbanización acelerada y la creación de nuevas oportunidades laborales, cada época ha dejado su huella en la manera en que las personas viven y se relacionan. Este proceso de cambio ha sido impulsado por innovaciones tecnológicas y cambios en la estructura social, reflejando las dinámicas de poder y las necesidades de cada momento histórico¹.

En la antigua Grecia, la vida cotidiana estaba estrechamente ligada a las actividades familiares, los oficios, el comercio, la educación, el entretenimiento y las creencias religiosas. Los griegos, principalmente campesinos, se dedicaban a labores de producción agropecuarias, cultivando granos, vid, olivo, verduras, legumbres y frutales. En la antigua Grecia, el estilo de vida se definía en función de las creencias, las actividades diarias y las costumbres de las personas².

Algunos aspectos clave del estilo de vida en la antigua Grecia incluyen, aspectos clave del estilo de vida como la alimentación, la dieta básica consistía en aceitunas, uvas, trigo, cebada, higos y queso, la carne era un lujo reservado para las clases más altas. Respecto a la vestimenta, los griegos utilizaban sandalias y diversos tipos de botas. La vestimenta era un elemento de diferenciación social, y las mujeres libres se maquillaban y preciaban sus uñas, por otro lado, la higiene era importante en la antigua Grecia, y los griegos tenían costumbres y rituales relacionados con la limpieza y la salud; la religión estaba muy unida a la vida cotidiana, y los griegos rendían culto a sus dioses de diversas maneras, como sacrificios rituales, ofrendas y

actos religiosos; mientras, la educación era valuada en la antigua Grecia, y los niños recibían una educación orientada a servir militarmente a sus ciudades o a desarrollar habilidades artesanales^{2,3}.

En general, el estilo de vida en la antigua Grecia se centraba en la familia, la comunidad y la religión, y las personas vivían en armonía con su entorno natural y cultural. Además, la vida cotidiana en la antigua Grecia nos enseña que, a pesar de las diferencias tecnológicas y sociales, las personas tenían necesidades básicas y deseos similares a los de hoy en día, y valoraban la belleza en diversos aspectos de su vida, incluyendo la alimentación, la vestimenta y las festividades. Hipócrates, considerado el padre de la medicina, hizo varias afirmaciones relevantes sobre los estilos de vida y la salud. Algunas de sus enseñanzas incluyen la importancia de la dieta en la prevención y el tratamiento de enfermedades, como se refleja en su famosa frase "Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina"⁴.

Además, Hipócrates enfatizó la importancia de considerar al paciente como una entidad física, mental, espiritual y social única, lo que sentó las bases del enfoque holístico en la medicina. Estas ideas reflejan su comprensión integral de la salud y su enfoque en el bienestar general de los individuos. En el siglo XX, la globalización, los avances tecnológicos y los cambios en los roles de género han continuado moldeando los estilos de vida. La historia de los estilos de vida refleja la diversidad y la adaptabilidad de las sociedades a lo largo del tiempo, y ofrece una perspectiva fascinante sobre cómo las personas han vivido y se han relacionado con su entorno⁵.

El término "estilo de vida" se atribuye al psicólogo austrohúngaro Alfred Adler, quien lo definió inicialmente como "el sistema de reglas de conducta desarrollado por los individuos para lograr una adaptación y una autoafirmación" "Estilo de vida". Alfred Adler, un destacado psicólogo austriaco y fundador de la psicología individual, introdujo el concepto de "estilo de vida". Según Adler, el estilo de vida se

refiere al sistema de reglas de conducta desarrollado por los individuos para lograr la adaptación y la autoafirmación. Este concepto está estrechamente relacionado con la orientación que damos a nuestra personalidad, lo que conforma nuestra actitud ante diversos aspectos de la vida, como el amor, el trabajo, las relaciones con los demás y el sentido de la propia existencia^{6, 8}.

Actualmente, la sostenibilidad, la digitalización y la búsqueda de un equilibrio entre el trabajo y la vida personal son temas relevantes en la configuración de los estilos de vida modernos. Además, la esperanza de vida ha aumentado de forma dramática en las últimas décadas⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.⁹.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, la exposición a contaminantes, etc. El riesgo cardiovascular está determinado por diferentes factores de riesgo, término definido por la OMS como “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” Los factores de riesgo pueden clasificarse en factores modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables se definen como “aquellos inherentes que por sus

propias características establecen una condición propicia para la aparición o no de la enfermedad, tales como edad, sexo, antecedentes familiares”⁹.

La edad se relaciona con el inicio de la enfermedad, es decir, a mayor edad el riesgo es mayor. El sexo a su vez va relacionado con la edad, es más probable que un hombre menor de 50 años presente mayor riesgo cardiovascular que una mujer, no así posterior a los 55 años, donde la incidencia es mayor en las mujeres, debido a los cambios hormonales producidos una vez establecida la menopausia⁹.

En cuanto al nivel socioeconómico, se establece que el riesgo es inversamente proporcional, es decir, la población que presenta mayor nivel de escolaridad, de ingresos económicos y ocupación, tendrá mejor pronóstico en cuanto a salud cardiovascular y menor riesgo de presentar algún evento de esta índole¹⁰.

Los factores de riesgo modificables son aquellos que con intervenciones pueden ser modificados o incluso ser eliminados. Entre estos se considera la inadecuada alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo y déficit de actividad física. Estos riesgos contribuyen de diversas formas al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Se consideran como factores de riesgo modificables la Hipertensión Arterial (HTA), la Diabetes Mellitus (DM) y la Dislipidemia (DLP), respecto a estas enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial lo que provoca son cambios a nivel estructural de vasos arteriales¹¹.

La diabetes mellitus afecta tanto a nivel micro como macrovascular, llevando a complicaciones crónicas, con una disminución en la calidad de vida y aumento en los costos. Por último, la dislipidemia predispone a la formación de placas ateromatosas por los elevados niveles de colesterol, que obstruyen el lumen de los vasos sanguíneos aumentando la resistencia vascular, que finalmente provoca un aumento de la presión¹¹.

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo modificables, de gran prevalencia y sobre el cual se puede impactar hasta su cancelación. Se asocia principalmente con el desarrollo de enfermedad aterosclerótica secundaria a alteraciones generadas en el perfil lipídico, además de un aumento significativo de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), que favorece la aparición o el empeoramiento de la hipertensión arterial. Sumado a esto, ejerce un efecto sobre los demás factores de riesgo favoreciendo la aparición de eventos aterotrombóticos. Se estima que un paciente fumador tiene 3 veces más probabilidades de presentar un infarto agudo al miocardio (IAM) que un paciente no fumador. Cabe destacar que un fumador, ya sea pasivo o activo, se encuentra igualmente expuesto a los riesgos ya que no existe un grado de tabaquismo que sea seguro¹².

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente un 60% de la población a nivel mundial, no realiza suficiente actividad física, lo que se denomina sedentarismo el cual se considera uno de los principales factores de riesgo de mortalidad. Su impacto a nivel cardiovascular se ve reflejado en la alteración que produce en la reserva cardiovascular mediado por el flujo coronario, además de aumentar los niveles lipídicos en sangre, lo que en consecuencia contribuye al desarrollo de dislipidemia o la mantención de elevados niveles de colesterol y triglicéridos en sangre¹³.

Es importante recalcar que el sedentarismo se presenta cada vez más en edades tempranas, favorecido por la aparición de nuevas tecnologías e implementos electrónicos que contribuyen a la falta de tiempo dedicada al ejercicio desencadenando la inactividad de los jóvenes. Un estudio realizado para determinar la asociación entre la actividad física recomendada según las pautas de actividad física de 2018 para estadounidenses demostró que los adultos que realizan actividades de fortalecimiento muscular y aeróbico en el tiempo libre en los niveles recomendados

por las guías de actividad física de 2018 para los estadounidenses muestran un riesgo muy reducido de todas las causas y de la mortalidad específica en comparación con el fortalecimiento muscular y ejercicio aeróbico por separado en el caso de la enfermedad cardiovascular¹³.

En cuanto a la obesidad, se considera que es un problema de salud pública que impacta en la salud cardiovascular al asociarse a las enfermedades cardiovasculares más predominantes, es decir, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia¹³.

La Guía ESC 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos nos da recomendaciones sobre el estilo de vida donde destaca, la abstinencia del tabaco la cual se asocia con una reducción del riesgo de reinfarto (30-40%) y de muerte (35-45%) tras un SCA. Por ello, las medidas para promocionar el abandono del tabaco son una prioridad. Respecto al control del peso, se debe obtener y mantener un peso saludable ($IMC < 25$) o reducir el peso mediante la ingesta recomendada de calorías y el aumento de la actividad física. La dieta mediterránea puede ayudar a reducir el riesgo cardiovascular en todos los individuos, incluidas las personas con riesgo cardiovascular alto: respecto al consumo de alcohol, datos recientes indican que la abstinencia se asocia con el riesgo vascular más bajo, donde cualquier cantidad de alcohol aumenta de forma uniforme la presión arterial y el índice de masa corporal limitando el consumo de alcohol a menos de 100 g/semana o 15 g/día⁷.

Acerca de la actividad física incluyen una combinación regular de ejercicio aeróbico y de resistencia a lo largo de la semana de 30 a 60 min de actividad física moderada la mayoría de los días, aunque la actividad física irregular también es beneficiosa, sin embargo, es preciso señalar que la actividad física diaria no sustituye a la participación en un programa de rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio. Otro factor muy importante a considerar son las entidades psiquiátricas como la

depresión, ansiedad y el estrés psicológico siendo estas asociadas a peores resultados por lo cual son indispensables intervenciones psicológicas y farmacológicas para tener un efecto beneficioso en el paciente⁷.

La cardiopatía isquémica es un grupo heterogéneo de afecciones que incluye a la enfermedad arterial coronaria obstructiva y no obstructiva con o sin infarto de miocardio previo o revascularización, cardiopatía isquémica diagnosticada solo mediante pruebas no invasivas y síndromes de angina crónica con diversas causas subyacente. La prevalencia de esta varía según la edad, el sexo, la raza, el origen étnico y la región geográfica, y se reconoce cada vez más el papel de los determinantes sociales de la salud tanto en el riesgo como en los resultados de la enfermedad¹⁴.

Los factores de riesgo son características medibles que tienen una relación causal con el desarrollo de una enfermedad y se considera también un factor predictivo del riesgo de presentar dicha enfermedad. Los factores de riesgo asociados a la CI más destacados se encuentran la historia familiar de enfermedad coronaria prematura, antecedentes personales de episodios isquémicos anteriores, diabetes mellitus, hipertensión arterial, edad, sexo, obesidad y tabaquismo; siendo también de suma importancia la evaluación socioeconómica del paciente para incluir también su estado psicológico y de los eventos de estrés que puedan convertirse en generadores potenciales de cardiopatía isquémica¹⁵.

Estos generadores potenciales, también llamados desencadenantes físicos o emocionales, han sido estudiados en diferentes literaturas demostrando su relación en la presentación del síndrome coronario agudo. Entre los factores desencadenantes más comunes se encuentran la actividad física, tanto intensa como moderada, malestar emocional, falta de sueño, ingesta de comida copiosa. También se han descrito factores de riesgo cardiovascular no tradicionales emergentes como lo son

proteinuria, hipertrofia ventricular izquierda, anemia, anomalías electrolíticas, desequilibrio ácido-base, metabolismo anormal del calcio/fosfato sobrecarga de líquido extracelular, isoformas de lipoproteína (a) y apolipoproteína (a), estado protrombótico, homocisteína, resistencia a la insulina, estrés oxidativo, disfunción endotelial y rigidez arterial¹⁵.

En un meta-análisis reciente que incluyó 17 estudios, para un total de 11.778 pacientes, evidencia que el estrés emocional y el esfuerzo físico pesado precede la aparición de síndrome coronario con menos frecuencia (6,8% y 6,1%, respectivamente) y esta diferencia es estadísticamente significativa. Otros factores desencadenantes asociados son la actividad sexual y el exceso de tabaco. No obstante, dichos estudios han demostrado que los factores desencadenantes varían de acuerdo con el área geográfica y las condiciones ambientales y étnicas de cada región¹⁶.

Las enfermedades cardiovasculares representan hoy la primera causa de muerte en los países desarrollados, entre ellas la cardiopatía isquémica y el infarto agudo al miocardio ocupan un lugar primordial aunque esta incidencia ha disminuido entre un 24 y 50% desde 1975. La enfermedad cardiovascular constituye la primera causa de muerte en la población española; en Estados Unidos se ha estimado que aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años padecen cardiopatía isquémica, que es además la principal causa de muerte de adultos^{16, 17}.

En México las enfermedades del corazón figuran en primer lugar como causa de muerte desde hace más de 20 años y, dentro de ellas, la cardiopatía isquémica alcanza el 41,9% del total de las defunciones anuales por enfermedades del corazón. En América Latina y el Caribe representan el 31% del total de las defunciones¹⁸.

En 2021, 20,5 millones de personas murió por una enfermedad cardiovascular, una cifra que representó alrededor de un tercio de todas muertes globales y fue un aumento significativo de los 12,1 millones de muertes por ECV registradas en 1990¹⁹.

Si bien el número de muertes por enfermedades cardiovasculares durante los últimos 30 años ha aumentado a nivel mundial, en gran parte debido al envejecimiento y al crecimiento de la población: la tasa de mortalidad estandarizada por edad ha disminuido en un tercio, de 354,5 muertes por cada 100.000 personas en 1990 a 239,9 muertes por cada 100.000 personas en 2019²⁰.

En Norte América se ha reportado que casi el 50% de todos los hombres y el 33% de las mujeres mayores de 60 años desarrollarán alguna manifestación de ECV. Del 2011 al 2014 la prevalencia nacional de IAM fue del 3.0% en adultos mayores de 20 años; siendo los hombres los de mayor riesgo en este grupo, con 3.8% (2.3% para las mujeres). En una circular del 2016 la American Heart Association (AHA) afirma que 15.5 millones de personas de 20 o más años en los EE. UU tienen enfermedad coronaria, lo que equivale a un 4.8% de la población estimada para ese año²¹.

Se estima que el costo anual directo e indirecto de las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares en los Estados Unidos fue de \$316,1 mil millones entre 2012 y 2013. Esta cifra incluye \$189,7 mil millones en gastos (costos directos, que incluyen el costo de médicos y otros profesionales, servicios hospitalarios, medicamentos recetados y atención médica domiciliaria, pero no el costo de la atención en residencias de ancianos) y \$126,4 mil millones (costos indirectos) en productividad futura perdida atribuida a enfermedades cardiovasculares prematuras y mortalidad por accidentes cerebrovasculares en 2012 a 2013²¹.

Teniendo en cuenta los costos de atención en residencias de ancianos, se prevé que los costos médicos directos totales de las enfermedades cardiovasculares entre

2012 y 2030 aumenten de 396 mil millones de dólares a 918 mil millones de dólares²¹.

En Chile las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte representando 27,1% del total de defunciones en el año 2016, con una tasa de mortalidad por accidente cerebrovascular e infarto de miocardio de 46,4 y 44,8 por 100.000 habitantes, respectivamente²².

Por otra parte, más de 70% de los casos de ECV son atribuibles a factores de riesgo modificables reportó el estudio prospectivo PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) [23]. La reciente pesquisa liderada por Yusef et al. Midió la asociación entre enfermedad cardiovascular y 14 factores de riesgo modificables en 155.722 adultos pertenecientes a 21 países, de los cuales 3.573 eran chilenos²².

Considerando que en el año 2017 ocurrieron 55 millones de muertes en el mundo y que de estas, 17,7 millones fueron por causas cardiovasculares [24], es importante dar a conocer que aproximadamente 12 millones de estas muertes (~70%) pudieron haber sido prevenidas mediante la corrección de un pequeño número de “factores de riesgo potencialmente modificables”²².

Las enfermedades cardiovasculares desde hace varios años constituyen la primera causa de muerte en la población adulta en Venezuela, siendo el SCA de las primeras causas de morbilidad con aproximadamente 25.313 en el año 2016 con 1.085 en el estado Bolívar¹⁷.

En un estudio publicado en 2014, realizado en el estado Aragua, Venezuela, se recopiló información de un grupo de 99 trabajadores del sector público, 30 (30,3%) eran hombres y 69 (69,6%) mujeres, ambos en su mayoría solteros (as), de edades

comprendidas entre 21 y 66 años, 21,21% de los trabajadores tenían hábitos tabáquicos. Del total de los trabajadores 42,42% tenía hábitos alcohólicos. De los 99 trabajadores 22,22 % resultaron hipertensos, con una prevalencia de 36,66% en los hombres y 23,19% en las mujeres. Según el Índice de Masa Corporal (IMC), 38,6% tenían sobrepeso (IMC: 25 a 29,9) representando en los hombres 46,7% y las mujeres un 36,2%; 31,7% fueron obesos (IMC \geq 30) en 23,3% para los hombres y 36,2 % en mujeres²³.

En el periodo de julio de 2014 a enero 2017 en el territorio nacional, se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y distribución de factores de riesgo cardiometabólicos (FRCM) en adultos reclutando a 4454 personas mayores de 20 años. Se analizaron datos de 3414 participantes, con una edad promedio de 41.2 años, encontrando prevalencias ajustadas de diabetes (12.3%), prediabetes (34.9%), hipertensión (34.1%), obesidad (24.6%), sobrepeso (34.4%), obesidad abdominal (47.6%), hipercolesterolemia (19.8%), actividad física insuficiente (35.2%) y síntomas de ansiedad (14.6%). La prevalencia varió según género, edad y región. Se concluye que los FRCM son altamente prevalentes en adultos venezolanos, situación agravada por la crisis socioeconómica, requiriendo urgentemente la implementación de estrategias de salud pública para su prevención y tratamiento²⁴.

En el 2023 se realizó un estudio donde se analizaron entre 115.504 empleados suecos con datos de dos evaluaciones de exámenes de salud ocupacional entre 1992 y 2020, un total de 637 personas, 74% hombres, (edad media $47 \pm SD$ 9 años) fueron identificados haber tenido un evento de ECV. Los hábitos de estilo de vida incluyeron fumar, desplazamientos activos, ejercicio, dieta, consumo de alcohol y fueron autoevaluados. Los factores relacionados con el estilo de vida incluyeron el estrés general, la salud general (ambos autoevaluados), la capacidad física (estimada

mediante ciclismo submáximo), el índice de masa corporal y la presión arterial en reposo²⁵.

En general, los casos tenían una mayor prevalencia de hábitos de vida poco saludables, así como de factores negativos relacionados con el estilo de vida antes del evento. Sin embargo, los casos mejoraron sus hábitos y factores de estilo de vida en mayor medida que los controles, pero el IMC y la salud general se deterioraron en mayor medida, mientras que la capacidad física disminuyó en ambos grupos²⁵.

Llegando a la conclusión de que un evento cardiovascular puede aumentar la motivación para mejorar los hábitos de vida. No obstante, la prevalencia de hábitos de vida poco saludables seguía siendo alta, lo que subraya la necesidad de mejorar la implementación de la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares²⁵.

Un estudio centrado en identificar los perfiles de estilo de vida de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y explorar sus cambios durante un año después del primer evento coronario, utilizando un enfoque tipológico. Se recopilaron datos de 223 pacientes, y se realizaron análisis para identificar perfiles de estilo de vida y analizar su evolución a lo largo del tiempo. Se encontró que la dieta, la actividad física y el tabaquismo mejoraron significativamente a los seis meses, pero no hubo más mejoras a los 12 meses²⁶.

Se identificaron perfiles específicos de estilo de vida, desde grupos menos saludables hasta más saludables, y se observó que los pacientes con múltiples comportamientos poco saludables experimentaron dificultades para mantener un estilo de vida saludable con el tiempo. Además, se demostró la asociación entre los perfiles de estilo de vida a los 12 meses y la depresión medida a los seis meses. Finalmente, se encontró que el perfil de estilo de vida menos adaptado estaba

asociado con un ritmo cardíaco elevado a los 12 meses después de la rehabilitación cardíaca. Los hallazgos sugieren la importancia de programas de prevención personalizados para pacientes con SCA²⁶.

Los resultados del estudio son relevantes para el desarrollo e implementación de programas de prevención secundaria personalizados dirigidos a los estilos de vida de pacientes con SCA. Se destaca la importancia de fomentar la actividad física entre los pacientes con SCA, así como la necesidad de evaluar y abordar los factores de riesgo cardiovascular y los hábitos de estilo de vida en esta población²⁶.

Se pudo observar en un estudio que tuvo como objetivo examinar el papel de los recursos de resiliencia en los cambios en el estilo de vida de los pacientes después del primer evento Coronario agudo. Participaron en un estudio longitudinal 275 pacientes italianos (84,0% hombres; edad media = 57,5, DE = 7,9). Los recursos de resiliencia (autoestima, Optimismo dispositivo, sentido de la coherencia también llamado “SOC”, Autoeficacia general y específica de la enfermedad) y estilos de vida (dieta, actividad física y tabaquismo) fueron evaluados dos veces (en el momento basal y después de 6 meses)²⁶.

El análisis de trayectorias utilizando modelos de cambio latente se realizó para modelar el efecto combinado de los niveles y cambios de los recursos de resiliencia sobre los cambios en el estilo de vida. Los pacientes con SOC fuerte en el momento basal fueron menos propensos al humo y más propensos a disminuir el tabaquismo; la mejora en SOC se asoció con una disminución del tabaquismo. La autoeficacia específica de la enfermedad en el momento basal se asoció con una mejora en todos los estilos de vida; la mejora en la autoeficacia específica de la enfermedad predijo un aumento de la actividad física. Los hallazgos subrayan la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas que promuevan la autoeficacia específica de los pacientes y la autoeficacia de la enfermedad²⁶.

Otro estudio tuvo como objetivo determinar si la rehabilitación cardiaca a corto plazo, que incluyó asesoramiento dietético, tuvo un impacto en el cambio de hábitos alimenticios en pacientes después del síndrome coronario agudo (SCA) tratados con la principal intervención coronaria percutánea (ICP). Se realizó un análisis en 44 pacientes que se sometieron a rehabilitación cardiaca y asesoramiento dietético, comparándolos con 18 pacientes que no participaron en la rehabilitación. Se encontró que la ingesta calórica diaria, la ingesta de colesterol y la ingesta de energía de ácidos grasos saturados se redujeron significativamente en el grupo de rehabilitación a los 3 meses y 1 año después del evento coronario²⁷.

Además, se observó que el aumento del índice de masa corporal fue significativamente menor en el grupo de rehabilitación en comparación con el grupo que no recibió rehabilitación a los 12 meses después de la intervención coronaria percutánea. En conclusión, el estudio sugiere que un programa de rehabilitación cardiaca a corto plazo, que incluye asesoramiento dietético, puede resultar en modificaciones favorables y duraderas de los hábitos alimenticios de los pacientes después del SCA²⁷.

Las enfermedades cardiovasculares son el producto de la longevidad, de cambios en el estilo de vida y/o de hábitos poco saludables, en las que el costo de los tratamiento, cuidados y demás impactan directamente la economía familiar de cada individuo y, por ende, repercuten en la economía de cada país; sin embargo, el deterioro de la salud hasta llevar a la muerte produce pérdidas económicas aún más profundas, teniendo en cuenta que las economías dejan de percibir la producción de los años potenciales de vida del individuo que fallece²⁸.

Los años de vida ajustados por discapacidad también están presentes, estos son una medida de consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades. Se calculan definiendo de manera arbitraria un límite potencial a la vida (ej. 65 años). Se

estiman los años perdidos como la diferencia entre el límite potencial de la vida (expectativa) menos la edad de muerte de cada defunción. $APVP = \square (65 - \text{edad defunción})^{29}$.

Los AVAD se calculan combinando medidas de esperanza de vida y calidad de vida ajustada durante una enfermedad o discapacidad gravosa para una población. Los AVAD están relacionados con la medida de los años de vida ajustados por calidad (AVAC); sin embargo, los AVAC sólo miden el beneficio con y sin intervención médica y, por tanto, no miden la carga total. Además, los AVAC tienden a ser una medida individual y no una medida social²⁹.

El AVAD se basa en la aceptación de que la medida más apropiada de los efectos de las enfermedades crónicas es el tiempo, tanto el tiempo perdido debido a una muerte prematura como el tiempo incapacitado por una enfermedad. Un AVAD, por tanto, equivale a un año de vida saludable perdido. Los AVAD se calculan sumando estos dos componentes: $AVAD = AVP + AVD^{29}$.

Los años de vida perdidos por mortalidad (AVP) ilustran sobre las pérdidas que sufre una población como consecuencia de las muertes prematuras. La cifra de los AVP a consecuencia de una causa determinada es la suma, en todas las personas que fallecen por esa causa, de los años que éstas habrían vivido si se hubiera cumplido la esperanza de vida que poseían a la edad de su defunción. Para calcular los AVP son necesarias dos variables; por una parte el número de muertes atribuibles a una patología por edad y sexo y por otra un límite de referencia que permita determinar el número de años perdidos por cada muerte, según la edad a la que se produce²⁹.

Los años de vida perdidos por discapacidad (AVD) serían los años que se pierden por vivir con alguna discapacidad, que puede ser de mayor o menor cuantía. Para calcularlos se necesita conocer; la población, la tasa de incidencia, la duración

media de los diferentes estadios de la enfermedad y la discapacidad atribuible a la misma, todo ello por edad y sexo. La enfermedad de las arterias coronarias, es la principal causa de individual de mortalidad y perdida de años de vida ajustados por discapacidad en todo el mundo. Es signo preocupación la cantidad de pacientes que sufren esta patología a diario. Sabiendo que la mayoría de estos pacientes presentas los factores de riesgo mencionados los cuales son de suma importancia a tener en cuenta ya que estos son determinantes para la calidad de vida antes, durante y después de un evento coronario^{29, 30}.

La alta incidencia de este síndrome, la repercusión biológica y socio-económica que tiene en el estilo de vida de cada paciente constituyen la motivación para la realización de este estudio que tiene el propósito, a partir de encuestas, de identificar los cambios que traen los síndromes coronarios en los pacientes de consulta externa del hospital Julio Criollo Rivas. Razones suficientes para trazarse como objetivos identificar los factores de riesgo coronario, los hábitos antes, durante y posteriores a la enfermedad coronaria, y determinar la efectividad de los cambios de dichos hábitos en pacientes ingresados con enfermedad coronaria.

JUSTIFICACIÓN

Venezuela paso por una gran transición epidemiológica caracterizada por una disminución de las enfermedades infecciosas y un incremento de las enfermedades no transmisibles. El último anuario de mortalidad sigue posicionando a las enfermedades cardiovasculares, principalmente el Infarto de Miocardio (IM), como la causa principal de mortalidad en adultos³¹.

Aunque se han establecido planes para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de la atención, sigue siendo un gran desafío, disminuir la incidencia de complicaciones cardiovasculares y garantizar, de forma rápida y oportuna, el tratamiento de alto costo que conlleva la mayoría de las complicaciones. Es por ello, que es imprescindible hacer énfasis en la rehabilitación y educación de estos pacientes, subrayando la necesidad de mejorar la implementación de la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares³².

El seguimiento clínico de rutina, en los pacientes con cardiopatía isquémica, es muy importante y se realiza a través de la consulta externa de cardiología. Los objetivos del seguimiento, no son solo evaluar síntomas, respuesta al tratamiento y cambios en el estado funcional, sino también evaluar el cumplimiento y la adecuación del estilo de vida recomendado. La actividad física, nutrición, control de peso, reducción del estrés, abandono del hábito de fumar, estado de inmunización y control de la presión arterial, son parte de las principales recomendaciones³³.

El tratamiento médico óptimo guiado por las guías de práctica clínica (GPC) junto a las recomendaciones anteriormente descritas, conforman los pilares fundamentales para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares agudos y las

complicaciones de la enfermedad arterial coronaria (EAC) como la insuficiencia cardíaca, el ictus cardioembólico y la muerte súbita³³.

Prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida son los objetivos finales del tratamiento de los pacientes isquémicos después de un evento coronario agudo. Los estudios publicados de intervenciones educativas para pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC), ya sea en persona o por Internet, son heterogéneos, a menudo se describen de manera incompleta, muchos son a corto plazo y la evaluación de los resultados varía³⁵. Es por ello, que fue imprescindible determinar si estos pacientes se apegan o no a las recomendaciones médicas y si el incumplimiento está relacionado o no a nuevos eventos cardiovasculares. De esta manera, se puede realizar recomendaciones que permitan alcanzar los objetivos del tratamiento en estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar los cambios en los hábitos y estilos de vida después del diagnóstico de cardiopatía isquémica en pacientes de la consulta externa del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez

Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de pacientes diagnosticados con Cardiopatía Isquémica
2. Identificar los hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica previo al evento coronario
3. Precisar los hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario
4. Precisar los hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con más de 12 meses del evento coronario
5. Comparar los cambios en el estilo de vida en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario respecto a pacientes con más de 12 meses del evento coronario
6. Mencionar la adherencia al tratamiento médico en pacientes con más de 12 meses

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo de corte transversal, no experimental.

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por los pacientes que acuden a la consulta externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el periodo de mayo del 2024 a julio del 2024, y se tomó como muestra 103 pacientes que aceptaron participar en el estudio y respondieron los cuestionarios.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a los pacientes que acudieron a la consulta externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez en el periodo de mayo del 2024 a julio del 2024 que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no estuvieron en condiciones de participar en el estudio
- Pacientes cuyo diagnóstico de cardiopatía isquémica se encontraba entre los 3 y 12 meses

Procedimiento

Se procedió a la realización de una carta de consentimiento dirigida al jefe de servicio de cardiología Dr. Henry Rodney. (**Apéndice A**)

Se procedió a la realización de una carta de consentimiento dirigida a los pacientes con el fin de informar y pedir colaboración para la recolección de datos por medio de la encuesta para dicho estudio. (**Apéndice B**)

Se realizó una explicación breve acerca del estudio y se obtuvo la autorización para participar en el mismo a través de un formato de consentimiento informado. Los instrumentos fueron aplicados por medio de una encuesta impresa.

Este método involucró de forma directa al encuestado limitándose a responder las preguntas planteadas por los investigadores en un formato estructurado. Dicho formato recopiló datos de interés para el desarrollo de la investigación; preguntas cerradas y de selección:

Encuesta para recolección de datos (Apéndice C)

Donde se recolectó información sociodemográfica (edad, sexo y estado civil) e información respecto al estilo de vida.

Administración: El cuestionario fue diseñado para ser auto administrado y puede ser aplicado de manera individual o grupal.

Duración: Sin tiempo limitado para su resolución; su aplicación dura entre 10 y 15 minutos.

Presentación y análisis de los resultados

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) según el caso con una significancia de $p < 0,050$, con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

La normalidad de la distribución de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables con distribución normal se presentan como medias \pm desviación estándar, y las comparaciones entre medias se realizaron por medio de la prueba t de Student, mientras que aquellas con distribuciones diferentes a la normal se presentan con sus medianas y rangos intercuartílicos y comparadas mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. Para los análisis de normalidad, comparaciones de medias y coeficientes de correlación se consideró significativo un valor de $p < 0,050$.

RESULTADOS

Tabla 1

**Perfil sociodemográfico de pacientes diagnosticados con Cardiopatía Isquémica.
Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y
Páez. Mayo-Julio 2024**

Característica	Total (n=103) n(%)
Sexo	
Femenino	49(47,6)
Masculino	54(52,4)
Edad	58,16(10,8) *
Estado civil	
Soltero/a	28(27,2)
Casado/a	35(34,0)
Viudo/a	17(16,5)
Divorciado/a	15(14,6)
Concubinatos	8(7,8)
Nivel educacional	
Sin estudios	10(9,7)
Nivel básico incompleto	4(3,9)
Nivel básico completo	16(15,5)
Nivel medio incompleto	11(10,7)
Nivel medio completo	17(16,5)
Nivel superior técnico incompleto	7(6,8)
Nivel superior técnico completo	17(16,5)
Nivel superior universitario incompleto	6(5,8)
Nivel superior universitario completo	15(14,6)
Ingresos	148,20 (121,5) *
Peso	72,97(10,2) *
Talla	1,69(0,08) *

Índice de Masa Corporal	
Bajo peso	4(3,9)
Normal	38(36,9)
Sobrepeso	51(49,5)
Obesidad tipo I	9(8,7)
Obesidad tipo II	0(0,0)
Obesidad tipo III	1(1,0)
Presión arterial sistólica	129,41(12,2) *
Presión arterial diastólica	81,49 (10,5) *

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario. *Media y desviación estándar.

Un total de 103 pacientes fueron incluidos en el estudio, en su mayoría hombres 52,4% (n=54), con una edad media de 58,16 (DE 10,8) años, de estado civil casado/a 34,0% (n=35). Respecto al nivel educativo, el nivel medio completo fue el más frecuente 16,5% (n=17), contando con un ingreso económico familiar de 148,20 (DE 121,5) dólares. La antropometría demostró un peso medio de 72,97 (DE 10,2) kilogramos, una talla de 1,69 (DE 0,08) metros, encontrándose la mayor proporción con sobre peso según el IMC 49,5% (n=51). Desde el punto de vista clínico los entrevistados manejaron una presión arterial sistólica de 129,41 (DE12,2) mmHg y diastólica de 81,49 (DE 10,5) mmHg.

Tabla 2

Hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica previo al evento coronario. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Hábitos y factores de riesgo	Total (n=103) n(%)
Integrantes de su núcleo familiar antes del diagnóstico de CI***	
Padres	8(7,8)
Hijos	63(61,2)
Nietos	21(20,4)
Otro familiar	36(35,0)
Solo	28(27,2)
Enfermedad crónica	
Hipertensión arterial	94(91,3)
Diabetes Mellitus	38(36,9)
Dislipidemia	11(10,7)
Otra	4(3,9)
Medicamentos	
	3,57 (2,1) *
Antihipertensivos	91(88,3)
Hipolipemiantes	28(27,2)
Hipogluce miantes	37 (35,9)
Antiagregantes	29 (28,2)
Anticoagulantes	13 (12,6)
Vasodilatadores	7 (6,8)
Diuréticos	38 (36,9)
AINES	33 (32,0)
Antes del diagnóstico de CI***, ¿asistía a consulta médica?	
Si	43(41,7)
No	60(58,3)
¿A cuántas consultas asistía al año?	
	1,19(1,8) *
Ocupación antes del diagnóstico CI***	

Ama de casa	2(1,9)
Trabajador	80(77,7)
Jubilado	14 (13,6)
Jubilado con trabajo	6 (5,8)
Desempleado	1 (1,0)
¿Antes de ocurrida la CI*** usted fumaba?	
Si	44(42,7)
No	59(57,3)
¿Cuántos cigarrillos diarios fumaba al día?	
	4,38(6,2) *
Previo al diagnóstico de CI***, ¿Usted cuánta actividad física realizaba?	
2 a 3 veces por semana	24(23,3)
1 vez por semana	16(15,5)
2-3 veces al mes	3(2,9)
Nunca	60(58,3)
Antes de ocurrido el diagnóstico de CI***, ¿usted bebía alcohol?	
Si	72(69,9)
No	31(30,1)
¿Con qué frecuencia bebía alcohol? **	
2 a 3 veces por semana	10(13,9)
1 vez por semana	22(30,6)
2-3 veces al mes	16(22,2)
Sólo ocasiones especiales	24(33,3)

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario. *Media y desviación estándar. **(n=72) ***CI: cardiopatía isquémica

Según los hábitos y factores de riesgo previo al evento coronario la mayor parte de los entrevistados vivía con otro familiar (pareja) 35,0% (n=36) o solo 27,2% (n=28). Los antecedentes demostraron que la mayoría contaba con diagnóstico conocido de hipertensión arterial 91,3% (n=94) y Diabetes mellitus 36,9% (n=38), tomando en promedio 3,57 (DE 2,1) medicamentos, resaltando antihipertensivos 88,3% (n=91), diuréticos 36,9% (n=38) e hipoglucemiantes 35,9% (n=37). Respecto a los controles previos, menos de la mitad de los pacientes asistía a consulta médica

41,7% (n=43), reportando una media de 1,19 (DE 1,8) consultas al año; la ocupación reportada con mayor frecuencia previa al evento coronario fue trabajador 77,7% (n=80).

Los hábitos nocivos previos al evento coronario demostraron que 42,7% (n=44) fumaba, con un promedio de 4,32 (DE 6,2) cigarros al día, la mayoría no realizaba actividad física 58,3% (n=60), sin embargo, bebían alcohol 69,9% (n=72) solo en ocasiones especiales 33,3% (n=24)

Tabla 3

Hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Hábitos y factores de riesgo menor a 3 meses después del evento coronario	Total (n=38) n(%)
Ocupación posterior al diagnóstico de CI**	
Ama de casa	1(2,6)
Trabajador	25(65,8)
Jubilado	6(15,8)
Jubilado con trabajo	3(7,8)
Desempleado	3(7,8)
Actualmente, ¿fuma?	
Si	0(0,0)
No	38(100)
Posterior a la cardiopatía isquémica, ¿Usted cuánta actividad física realiza?	
2 a 3 veces por semana	27(71,0)
1 vez por semana	3(7,8)
2-3 veces al mes	1 (2,6)
Nunca	7 (18,4)
Tipo de actividad física	
Bicicleta	3(7,8)
Caminata	21 (55,3)
Trote	5 (13,2)
Máquinas	2 (5,3)
Deporte	0 (0,0)
No	7(18,4)
Actualmente, ¿usted bebe alcohol?	
Si	0(0,0)
No	38(100)
¿Cuántas veces a la semana usted consume estos alimentos?	

Carnes rojas	0,97(2,35) *
Carnes blancas	4,84(1,76) *
Frituras	0,45(1,28) *
Frutas	4,16(1,40) *
Verduras	3,47 (1,37) *
Legumbres	1,68(1,65) *
Huevos	2,24(1,73) *
Lácteos	2,34(1,66) *
Carbohidratos	2,74(2,59) *

¿Qué alimentos dejó de consumir?

Procesados	11(28,9)
Café	13(34,2)
Harinas	15(39,5)
Azúcar	10(26,3)
Quesos	9(23,7)
Refresco	19(50,0)
Embutido	12(31,6)
Pasta	25(65,8)
Frituras	18(47,4)
Carnes Rojas	14(36,8)
Huevo	6(15,8)
Arroz	14(36,8)
Grasas	2(5,3)

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario. *Media y desviación estándar. **CI: cardiopatía isquémica

De los 38 pacientes con menos de 3 meses del evento coronario la mayoría continuaba como trabajador 65,8% (n=25), ningún paciente fumó o consumía alcohol 0% (n=0); en relación a la actividad física, la mayoría 71,0% (n=27) indicó su práctica de 2 a 3 veces por semana, siendo predominante la caminata 55,3% (n=21).

La alimentación se basó principalmente en carnes blancas, frutas y verduras con una media de consumo de 4,84 (DE 1,76), 4,16 (DE 1,40) y 3,47 (DE 1,37) veces por semana, respectivamente. La mayor parte de los entrevistados dejó de consumir durante ese tiempo pastas 65,8% (n=25), refrescos 50,0% (n=19), frituras 47,4% (n=18) y harinas 39,5% (n=15).

Tabla 4

Hábitos y factores de riesgo en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con más de 12 meses del evento coronario. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Hábitos y factores de riesgo a más de 12 meses del evento coronario	Total (n=65) n(%)
Ocupación posterior al diagnóstico de CI***	
Ama de casa	1(1,5)
Trabajador	25(38,5)
Jubilado	32(49,2)
Jubilado con trabajo	7(10,8)
Desempleado	0(0,0)
Actualmente, ¿fuma?	
Si	13(20,0)
No	52(80,0)
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0,97(2,4) *
Posterior al diagnóstico de CI***, ¿Usted cuánta actividad física realiza?	
2 a 3 veces por semana	22(33,8)
1 vez por semana	19(29,2)
2-3 veces al mes	2(3,1)
Nunca	22 (33,8)
Tipo de actividad física	
Bicicleta	6(9,2)
Caminata	21 (32,3)
Trote	7 (10,8)
Máquinas	3 (4,6)
Deporte	6 (9,2)
No	22(33,8)
Actualmente, ¿usted bebe alcohol?	
Si	25(38,5)
No	40(61,5)
¿Con qué frecuencia bebe alcohol? **	

2 a 3 veces por semana	1(4,0)
1 vez por semana	5(20,0)
2-3 veces al mes	5(20,0)
Ocasiones especiales	14(56,0)
<hr/>	
¿Cuántas veces a la semana usted consume estos alimentos?	
Carnes rojas	2,06(1,79) *
Carnes blancas	3,57(1,71) *
Frituras	1,48(1,57) *
Frutas	3,92(1,84) *
Verduras	4,18 (1,55) *
Legumbres	2,02(1,41) *
Huevos	2,32(1,27) *
Lácteos	4,35(1,97) *
Carbohidratos	4,77(1,95) *
<hr/>	
¿Qué alimentos dejó de consumir?	
Procesados	13(20,0)
Café	4(6,2)
Harinas	12(18,5)
Azúcar	12(18,5)
Quesos	4(6,2)
Refresco	17(26,2)
Embutido	9(13,8)
Pasta	8(12,3)
Frituras	20(30,8)
Carnes Rojas	15(23,1)
Huevo	2(3,1)
Arroz	6(9,2)
Grasas	1(1,5)

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario. *Media y desviación estándar. **(n=25) ***CI: cardiopatía isquémica

De 65 pacientes con más de 12 meses del evento coronario, la mayoría era jubilado 49,2% (n=32); los hábitos nocivos demostraron que 20,0% (n=13) fumaba, con un promedio de 0,97 (DE 2,4) cigarrillos al día, igualmente bebían alcohol 38,5%

(n=25) solo en ocasiones especiales 56,0% (n=14), en relación a la actividad física, la mayoría 33,8% (n=22) indicó su práctica de 2 a 3 veces por semana, siendo predominante la caminata 32,3% (n=21).

La alimentación se basó principalmente en carbohidratos, lácteos, verduras y carnes blancas con una media de consumo de 4,77 (DE 1,95), 4,35 (DE 1,97), 4,18 (DE 1,55) y 3,57 (DE 1,71) veces por semana, respectivamente. Los alimentos menos consumidos para ese período de tiempo fueron frituras 30,8% (n=20), refrescos 26,2% (n=17), carnes rojas 23,1% (n=15) y procesados 20,0% (n=13).

Tabla 5.1

Cambios en el estilo de vida en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario respecto a pacientes con más de 12 meses del evento coronario. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Hábitos y factores de riesgo	<3 meses (n=38) n(%)	> 12 meses (n=65) n(%)
Ocupación posterior al diagnóstico CI** †		
Ama de casa	1(2,6)	1(1,5)
Trabajador	25(65,8)	25(38,5)
Jubilado	6(15,8)	32(49,2)
Jubilado con trabajo	3(7,8)	7(10,8)
Desempleado	3(7,8)	0(0,0)
Actualmente, ¿fuma? ††		
Si	0(0,0)	13(20,0)
No	38(100)	52(80,0)
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0 (0,0)	0,97(2,4) *
Actualmente, ¿cuánta actividad física realiza? †††		
2 a 3 veces por semana	27(71,0)	22(33,8)
1 vez por semana	3(7,8)	19(29,2)
2-3 veces al mes	1 (2,6)	2(3,1)
Nunca	7 (18,4)	22 (33,8)
Tipo de actividad física ††††		
Bicicleta	3(7,8)	6(9,2)
Caminata	21 (55,3)	21 (32,3)
Trote	5 (13,2)	7 (10,8)
Máquinas	2 (5,3)	3 (4,6)
Deporte	0 (0,0)	6 (9,2)
No	7(58,3)	22(33,8)
Actualmente, ¿usted bebe alcohol? ††		
Si	0(0,0)	25(38,5)
No	38(100)	40(61,5)
¿Con qué frecuencia bebe		

alcohol?

2 a 3 veces por semana	0(0,0)	1(1,5)
1 vez por semana	0(0,0)	5(7,7)
2-3 veces al mes	0(0,0)	5(7,7)
Ocasiones especiales	0(0,0)	14(21,5)

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario.

*Media y desviación estándar.

**CI: cardiopatía isquémica

[†] χ^2 con corrección de Yates = 0,001; gl: 4; Test de Fisher: p : 0,000

^{††} χ^2 con corrección de Yates = 0,003; gl: 1; Test de Fisher: p : 0,002

^{†††} χ^2 con corrección de Yates = 0,003; gl: 3; Test de Fisher: p : 0,002

^{††††} χ^2 con corrección de Yates = 0,220; gl: 4; Test de Fisher: p : 0,211 (NS)

^{‡‡} χ^2 con corrección de Yates = 0,000; gl: 1; Test de Fisher: p : 0,000

Al contrastar el estilo de vida en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario respecto a pacientes con más de 12 meses del evento coronario, se evidenció que pasó de predominar los entrevistados trabajadores 65,8% (n=25) por jubilados 49,2% (n=32); los hábitos nocivos demostraron que con menos de 3 meses del evento no hubo casos de fumadores ni consumo de alcohol, mientras en el grupo con más de 12 meses del evento coronario se reportaron hábitos tabáquicos 20,0% (n=13), con un promedio de 0,97 (DE 2,4) cigarrillos al día, y alcohólicos 38,5% (n=25) solo en ocasiones especiales 56,0% (n=14).

Lo que respecta a la actividad física, a menos de 3 meses 71,0% (n=27) indicó su práctica de 2 a 3 veces por semana, siendo predominante la caminata 55,3% (n=21), este mismo parámetro a más de 12 meses del evento coronario identificó que 33,8% (n=22) practicó de 2 a 3 veces por semana, mediante la caminata 32,3% (n=21).

Quedó demostraba una diferencia estadísticamente significativa respecto a la ocupación, los hábitos tabáquicos y alcohólicos, además de la práctica de actividad física, en función del tiempo transcurrido desde el evento coronario.

Tabla 5.2

Cambios en hábitos alimentarios en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario respecto a pacientes con más de 12 meses del evento coronario. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Hábitos y factores de riesgo alimentarios	<3 meses (n=38) n(%)	> 12 meses (n=65) n(%)	p valor
¿Cuántas veces a la semana usted consume estos alimentos?			
Carnes rojas	0,97(2,35) *	2,06(1,79) *	0,043
Carnes blancas	4,84(1,76) *	3,57(1,71) *	0,671
Frituras	0,45(1,28) *	1,48(1,57) *	0,013
Frutas	4,16(1,40) *	3,92(1,84) *	0,033
Verduras	3,47 (1,37) *	4,18 (1,55) *	0,507
Legumbres	1,68(1,65) *	2,02(1,41) *	0,127
Huevos	2,24(1,73) *	2,32(1,27) *	0,175
Lácteos	2,34(1,66) *	4,35(1,97) *	0,021
Carbohidratos	2,74(2,59) *	4,77(1,95) *	0,002
¿Qué alimentos dejó de consumir?			
Procesados [†]	11(28,9)	13(20,0)	
Café ^{††}	13(34,2)	4(6,2)	
Harinas ^{†††}	15(39,5)	12(18,5)	
Azúcar [‡]	10(26,3)	12(18,5)	
Quesos ^{‡‡}	9(23,7)	4(6,2)	
Refresco ^{‡‡‡}	19(50,0)	17(26,2)	
Embutido ^Δ	12(31,6)	9(13,8)	
Pasta ^{ΔΔ}	25(65,8)	8(12,3)	
Frituras ^{ΔΔΔ}	18(47,4)	20(30,8)	
Carnes Rojas ^{‡‡‡}	14(36,8)	15(23,1)	
Huevo ^{‡‡‡‡}	6(15,8)	2(3,1)	

Arroz ^{****}	14(36,8)	6(9,2)
Grasas ^{*****}	2(5,3)	1(1,5)

Los datos se expresan en número y porcentaje, excepto cuando se indique lo contrario.

*Media y desviación estándar.

[†] χ^2 con corrección de Yates = 0,427; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,339 (NS)

^{††} χ^2 con corrección de Yates = **0,000**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,0001**

^{†††} χ^2 con corrección de Yates = **0,019**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,035**

[‡] χ^2 con corrección de Yates = 0,348; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,455 (NS)

^{‡‡} χ^2 con corrección de Yates = **0,010**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,014**

^{‡‡‡} χ^2 con corrección de Yates = **0,014**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,019**

Δ χ^2 con corrección de Yates = **0,031**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,043**

$\Delta\Delta$ χ^2 con corrección de Yates = **0,000**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,000**

$\Delta\Delta\Delta$ χ^2 con corrección de Yates = 0,092; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,138 (NS)

^{*} χ^2 con corrección de Yates = 0,0134; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,174 (NS)

^{**} χ^2 con corrección de Yates = **0,020**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,049**

^{***} χ^2 con corrección de Yates = **0,001**; gl: 1; Test de Fisher: *p*: **0,001**

^{****} χ^2 con corrección de Yates = 0,278; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,553 (NS)

La alimentación a menos de 3 meses del evento coronario se basó principalmente en carnes blancas, frutas y verduras con una media de consumo de 4,84 (DE 1,76), 4,16 (DE 1,40) y 3,47 (DE 1,37) veces por semana, respectivamente; sin embargo, pacientes con más de 12 meses del evento coronario consumieron principalmente carbohidratos, lácteos, verduras y carnes blancas con una media de consumo de 4,77 (DE 1,95), 4,35 (DE 1,97), 4,18 (DE 1,55) y 3,57 (DE 1,71) veces por semana, respectivamente. La mayor parte de los entrevistados dejó de consumir durante los primeros 2 meses, pastas 65,8% (n=25), refrescos 50,0% (n=19), frituras 47,4% (n=18) y harinas 39,5% (n=15); mientras los pacientes con más de 12 meses de ocurrido el evento coronario no consumían frituras 23,1% (n=15), refrescos 26,2% (n=17), carnes rojas 23,1% (n=15) y procesados 20,0% (n=13).

Quedo demostraba una diferencia estadísticamente significativa respecto al consumo semanal promedio de carnes rojas, frituras, frutas, lácteos, carbohidratos, en función del tiempo transcurrido desde el evento coronario; así como la ausencia en la dieta de café, harinas, queso, refrescos, pastas, frituras, huevo y arroz igualmente en función del tiempo transcurrido desde el evento coronario.

Tabla 6

Adherencia al tratamiento médico en pacientes con más de 12 meses. Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo-Julio 2024

Adherencia al tratamiento	n(%)
Si	38(58,5)
No	27(41,5)
Total	65(100)

A más de 12 meses del evento coronario, la mayoría cumplía con adherencia al tratamiento 58,5% (n=38).

DISCUSIÓN

Tras procesar los datos de 103 pacientes posterior al diagnóstico de cardiopatía isquémica, se evidenció que en su mayoría eran hombres (52,4%), con una edad de $58,16 \pm 10,8$ años, casados/as 34,0%, con un nivel educativo medio completo (16,5%), contando con un ingreso económico familiar de $148,20 \pm 121,5$ dólares. Si bien las características sociodemográficas resultan propias de cada muestra, en investigaciones internacionales se observan similares resultados en relación a la edad y el sexo, Steca et al., 26 en 2017 por ejemplo, tras identificar los perfiles de estilo de vida de 233 pacientes italianos con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y explorar sus cambios durante un año después del primer evento coronario, constató que 84,0% eran hombres, con una edad media de $57,5 \pm 7,9$ años.

Igualmente el estudio cubano de Poll et al.,³⁸ en 2017 abordó 486 adultos egresados vivos tras presentar alguna forma clínica del síndrome coronario agudo, en quienes predominó el grupo de varones con 55,1% y las edades comprendidas entre los 45 y 64 años (59,3 %); otra investigación similar, fue publicada por Vázquez y Marques³⁹ para 2018 en España, quienes analizaron diversos factores de riesgo cardiovascular en función de la actividad física realizada por 401 pacientes con SCA, en 2018, siendo 82,5% hombres, con una edad media de $58,24 \pm 9,4$ años.

En otro orden de ideas, el nivel de instrucción medio es el imperante a nivel nacional, así lo informó la Encuesta Nacional de la Juventud (Enjuve), presentada por la Universidad Católica Andrés Bello la cual afirma que en Venezuela hay más bachilleres y menos universitarios, debido principalmente a no querer continuar los estudios o a la necesidad de trabajar⁴⁰; al respecto, en el país, la situación económica y social es compleja, siendo el costo de la canasta básica para una familia de cinco miembros de 1.200 dólares para abril de 2024 según Díaz, cifra que se encuentra por

encima de la media reflejada por los entrevistados, lo que en parte desfavorece la adherencia al tratamiento así como el cumplimiento de un estilo de vida saludable⁴¹.

La antropometría demostró un peso de $72,97 \pm 10,2$ kilogramos y una talla de $1,69 \pm 0,08$ metros, encontrándose la mayor proporción con sobrepeso (49,5%); además, los entrevistados manejaron una presión arterial sistólica de $129,41 \pm 12,2$ mmHg y diastólica de $81,49 \pm 10,5$ mmHg. Al respecto, Vázquez y Marques³⁹ en España, identificaron sobrepeso en 77,05%, cuyos pacientes manejaron una presión arterial sistólica de 130,75 mmHg y una presión arterial diastólica de 72,75 mmHg.

Menos de la mitad de los participantes asistía a consulta médica previo al SCA (41,7%), reportando una media de $1,19 \pm 1,8$ consultas al año; así mismo, los antecedentes expusieron que la mayoría contaba con diagnóstico conocido de hipertensión arterial (91,3%) y diabetes mellitus (36,9%), tomando en promedio $3,57 \pm 2,1$ medicamentos, resaltando dentro de estos, antihipertensivos 88,3%, diuréticos 36,9% e hipoglucemiantes 35,9%; lo que coincide con Frutos et al.,⁴² en 2020, quien en Cuba evaluaron 116 pacientes con síndrome coronario agudo ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Clínico-Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, de enero a diciembre de 2018, siendo la hipertensión arterial la principal comorbilidad (73,47 %) seguido de diabetes mellitus (41,84%); de igual forma Bonilla et al.,⁴³ en 2022, describieron las características clínico-epidemiológicas de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en el Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital General Docente Enrique Cabrera de La Habana, donde entre las comorbilidades resaltaron la hipertensión arterial (74,2 %) y diabetes mellitus (25,1 %). Mientras, Bisbal et al.,⁴⁴ para 2019, en México determinó como comorbilidades habituales la hipertensión arterial (55,0%) y dislipidemia (51,5%)

La mayor parte trabajaba previo al evento coronario (77,7%), además de contar con hábitos tabáquicos (42,7%, en promedio $4,32 \pm 6,2$ cigarros al día), no realizar actividad física (58,3%), y beber alcohol (69,9%); similar a los hallazgos de Pratz y Tejada⁴⁵, para 2016, en México, registrando tabaquismo en 42,4%, no obstante, solo 7,3% fue sedentario; Bono et al.,⁴⁶ para 2021, en Argentina identificó una frecuencia del 45,6% para hábitos tabáquicos; mientras Ralapanawa et al.,³⁰ para 2021, en Sri Lanka reportó en 300 pacientes una frecuencia de 42,3% fumadores habituales y el número medio de cigarrillos al día era de $3,85 \pm 6,5$, aunado a esto, el 39,3% de los pacientes consumían alcohol; mientras el estudio de Bonilla et al.,⁴³ en cambio demostró que 2,2 % fueron fumadores, porcentaje notablemente inferior al reportado en la población local.

A menos de 3 meses del evento coronario hubo modificaciones importantes en el estilo de vida, ningún paciente fumó o consumía alcohol (0%), 71,0% practicó actividad física de 2 a 3 veces por semana, siendo predominante la caminata (55,3%), la alimentación se basó principalmente en carnes blancas, frutas y verduras con una media de consumo de 4,84 (DE 1,76), 4,16 (DE 1,40) y 3,47 (DE 1,37) veces por semana, respectivamente, eliminando de la dieta pastas (65,8%), refrescos (50,0%), frituras (47,4%) y harinas (39,5%); en concordancia con Steca et al.,²⁶ quienes encontraron que la dieta, la actividad física y el tabaquismo mejoraron significativamente en los primeros meses de un evento coronario; otra investigación semejante fue publicada en España por Ruíz et al.,⁴⁷ en 2023 quienes tras analizar la adherencia e identificar predictores de mala adherencia al cumplimiento farmacológico y a los cambios en el estilo de vida identificaron que 98% de los pacientes presentaron adherencia aceptable a la dieta mediterránea, el 83% buena adherencia al ejercicio físico y el 79% de los fumadores consiguieron dejar de fumar.

Así mismo, Knuuti et al.,²⁷ para 2020 en España determinaron si la rehabilitación cardiaca a corto plazo, que incluyó asesoramiento dietético, tuvo un

impacto en el cambio de hábitos alimenticios en pacientes después del síndrome coronario agudo, encontrando que la ingesta calórica diaria, la ingesta de colesterol y la ingesta de energía de ácidos grasos saturados se redujeron significativamente en el grupo de rehabilitación a los 3 meses, concordando con los hallazgos de la presente investigación.

Al contrastar el estilo de vida en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica con menos de 3 meses del evento coronario respecto a pacientes con más de 12 meses del evento coronario, hubo mayor frecuencia de hábitos tabáquicos (20,0%), con un promedio de 0,97 cigarros al día, y alcohólicos 38,5%, disminuyó la frecuencia en la actividad física al 33,8%, mientras la alimentación pasó a ser a base de carbohidratos, lácteos, verduras y carnes blancas con una media de consumo de 4,77 (DE 1,95), 4,35 (DE 1,97), 4,18 (DE 1,55) y 3,57 (DE 1,71) veces por semana, respectivamente, manteniendo la ausencia en la dieta principalmente de frituras (23,1%) y refrescos (26,2%); compaginándose nuevamente con Steca et al., 26 quienes no reportaron más mejoras a los 12 meses del evento coronario, por su parte Griffó et al.,⁴⁸ para 2013, en Italia, al año, del evento coronario en 1262 pacientes, 72% se adhirió a la dieta y el 51% a las recomendaciones de ejercicio, el 74% de los fumadores dejó de fumar, sin embargo, al igual que en el presente caso hubo reanudación del hábito tabáquico, principalmente por pacientes de menor edad.

Es notable que, a pesar del consejo individualizado para la deshabitación tabáquica y alcohólica y del apoyo psicológico, alcanzar la abstinencia es uno de los más grandes objetivos pendientes que alcanzar en estos pacientes, pudiendo deberse a su alto poder adictivo, la alta frecuencia de recaídas relacionadas con acontecimientos vitales estresantes o actos sociales y la posible falta de percepción de gravedad⁴⁹.

Dentro de este contexto, la prevención secundaria en la enfermedad coronaria es crucial para reducir la mortalidad y la morbilidad por esta afección, un alto nivel

de adherencia a las intervenciones de prevención secundaria, que incluyen cambios agresivos en el estilo de vida y una farmacoterapia adecuada, puede conducir a una disminución significativa de los eventos coronarios recurrentes, sin embargo, a más de 12 meses del evento coronario, la adherencia al tratamiento resultó insuficiente (58,5%), concordando con estudios latinoamericanos como el de Concha et al.,⁴⁹ quien en 2022 describieron la adherencia a mediano plazo a tratamiento de prevención secundaria post síndrome coronario agudo de los pacientes adultos ingresados al Hospital Hernán Henríquez Aravena, Chile, donde el 58,1% de los pacientes no mantuvieron adherencia a la farmacoterapia a 2 años de seguimiento. Igualmente, un metaanálisis de 376,162 pacientes reveló que la adherencia a terapia de prevención cardiovascular fue solo 57% después de una mediana de 24 meses de seguimiento⁵⁰.

Por otro lado, contrasta con Griffo et al.,⁴⁸ en Italia, donde el 89,9% de los pacientes mostró buena adherencia al tratamiento farmacológico, y con Ruíz et al., [46] en España, quienes, respecto a la adherencia farmacológica, indicó que el 97% de los pacientes la cumplió de forma correcta. Es de mencionar que, en resultados obtenidos de los análisis internacionales, las variables sociodemográficas como la baja escolaridad y el ingreso económico se asocian con adherencia terapéutica baja, lo que podría explicar la baja adherencia reportada en la presente investigación, dado las características de la población venezolana que reporta altos índices de pobreza y baja escolaridad⁴⁹.

Considerando, además, que las terapias de prevención secundaria duran toda la vida, se debe tomar en consideración los resultados obtenidos, quedando de manifiesto que gran parte de los pacientes abandonan los hábitos y estilos de vida saludables, e incumplen sus terapias farmacológicas a mediano plazo, por lo que se deben desarrollar programas de educación para la salud que permitan contrarrestar esta realidad.

CONCLUSIONES

La cardiopatía isquémica afectó principalmente a hombres de 58,16 años, con sobrepeso, los cuales previo al evento coronario eran trabajadores activos, con diagnóstico conocido de hipertensión y diabetes, bajo tratamiento médico; además de esto su consumo de tabaco y alcohol era habitual, la práctica de actividad física era infrecuente, además de no asistir a control médico anual.

A menos de 3 meses del evento coronario la mayoría fue notable el abandono de hábitos tabáquicos y alcohólicos, además de la práctica de actividad física de 2 a 3 veces por semana, basando su alimentación principalmente en carnes blancas, frutas y verduras; sin embargo, tras 12 meses del evento coronario, hubo reanudación de hábitos tabáquicos y alcohólicos, así como disminución de la practica actividad física y modificación dietética, pasando principalmente a carbohidratos, lácteos, verduras y carnes blancas, con una insuficiente adherencia al tratamiento farmacológico.

Los resultados del estudio permiten cuestionar los programas de prevención secundaria dirigidos a los estilos de vida de pacientes con SCA, tras el hallazgo del abandono de los hábitos saludables por gran parte de los pacientes.

RECOMENDACIONES

El estudio de investigación realizado evidenció la retoma de hábitos de salud que ocasionan decremento al bienestar de cada individuo como es el caso de hábitos tabáquicos y alcoholismo, por lo que es fundamental la implementación de programas de prevención a través de educación para la salud, que contribuyan en la concientización y ratificación en la modificación de estilos de vida.

En cuanto a la disminución en la actividad física con el tiempo, se recomienda, el desarrollo y ejecución de programas dinámicos y de fácil participación que promuevan la realización de actividad física, dentro de las posibilidades de cada individuo.

En relación a los factores dietéticos y nutricionales, resulta relevante la capacitación individual en la elección de alimentos y su preparación, por parte de profesionales especializados en nutrición y dietética, a fin de reforzar el conocimiento y métodos en pro de mantener una dieta balanceada acorde a la patología de base, contribuyendo además a la recuperación y mantenimiento de un IMC adecuado.

Es recomendable, debido a la insuficiente prevalencia del apego al tratamiento, incentivar el cumplimiento del mismo por medio de programas de educación para la salud, programando además jornadas comunitarias para control de esta patología.

Realizar seguimiento de los casos, facilitando la obtención de datos estadísticos actualizados, e insesgados, que muestren los patrones de comportamientos de las variables estudiadas a mayor plazo de tiempo, permitiéndonos además atenuar las consecuencias del evento coronario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen, R. C. 2017. The Industrial Revolution: A Very Short Introduction
2. Romero, J. (s.f.). La antigua Grecia - Recursos educativos de Geografía e Historia. Disponible en: <https://juanjoromero.es/la-antigua-grecia/>
3. Hablemos Claro. (s.f.). Como dijo Hipócrates: Que tu medicina sea tu alimento. Hablemos Claro – Sitio de divulgación científica sin fines de lucro. <https://hablemosclaro.org/como-dijo-hipocrates-que-tu-medicina-sea-tu-alimento/>
4. OpenMind. (s.f.). De Hipócrates a la inteligencia artificial: hacia una inteligencia colectiva | OpenMind. En línea. <https://www.bbvaopenmind.com/tecnologia/inteligencia-artificial/de-hipocrates-a-la-inteligencia-artificial-hacia-una-inteligencia-colectiva/>
5. Equipo editorial, Etecé. 2022. Estilo de vida. Enciclopedia Concepto. <https://concepto.de/estilo-de-vida/>
6. Ruiz, J. (s.f.). Estilos de vida: el sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler / Juan José Ruiz. Casa del Libro. En línea. Casadellibro. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-estilos-de-vida-el-sentido-y-el-equilibrio-segun-la-psicologia-d-e-alfred-adler/9788449318528/1071391>

7. European Society of Cardiology. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2023;44(2):1-88. doi:10.1093/eurheartj/ehac570.
8. Adler, A. (s.f.). Los 4 estilos de vida. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/estilos-vida-segun-alfred-adler>
9. Muka, T., Oliver, C., Kunutsor, S., Laven, J., Fauser, B., Chowdhury, R., et al. 2016. Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality. *JAMA Cardiology*, 1(7), 767. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.2415>
10. Fundación Española del Corazón. (s.f.). Las clases menos favorecidas tienen mayor riesgo cardiovascular. *Salud Cardiovascular* -. <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2806-clases-menos-favorecidas-tienen-mayor-riesgo-cardiovascular.html>
11. Botet, J., Benaiges, D., Pedragosa, À. 2012. Dislipidemia diabética, macro y microangiopatía. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 24(6), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2012.09.005>
12. Lanas, Z., Serón, S. 2012. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(6), 699-705, ISSN 0716-8640, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70371-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70371-1)

13. Yusuf, S., Joseph, P., Rangarajan, S., Islam, S., Mente, A., Hystad, P., et al. 2020. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10226), 795–808. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32008-2)
14. Virani, S. S., Newby, L. K., Arnold, S. V., Bittner, V., Brewer, L. C., Demeter, S. H., Dixon, D. L., Fearon, W. F., Hess, B., Johnson, H. M., Kazi, D. S., Kolte, D., Kumbhani, D. J., LoFaso, J., Mahtta, D., Mark, D. B., Minissian, M., Navar, A. M., Patel, A. R., Williams, M. S. (2023). 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: A report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(9), 833-955. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.003>
15. Muñoz, E., Rosero, C., Mejía, L., Cibul, E., Jaramillo, C., Toro, J. 2013. Frecuencia de factores desencadenantes de síndrome coronario agudo en una cohorte de pacientes adultos de un Hospital Universitario, Medellín, Colombia. *Medicina Y Laboratorio*, 19 (5-6), 257–265. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/230>
16. Ferreira, I. 2014. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 67(2), 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.003>

17. Kivimäki, M., Steptoe, A. 2017. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 15(4), 215–229. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189>
18. Lindstrom, M., DeCleene, N., Dorsey, H., Fuster, V., Johnson, C., LeGrand, K. E., et al. 2022. Global burden of cardiovascular diseases and risks collaboration, 1990-2021. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(25), 2372-2425
19. Institute for Health Metrics and Evaluation (s.f.). GBD Compare. En línea. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
20. Heart. (s.f.). Heart and stroke statistics. En línea- www.heart.org. Disponible en: <https://www.heart.org/en/about-us/heart-and-stroke-association-statistics>
21. Troncoso, C., Martínez, M., Ulloa, N., Celis, C. 2020. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se atribuyen a factores de riesgo que podrían ser modificados con cambios de los estilos de vida. *Revista médica de Chile*, 148(1), 126–128. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000100126>
22. Dagenais, G., Leong, D., Rangarajan, S., Lanus, F., Lopez, P., Gupta, R., et al. 2020. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10226), 785–794. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32007-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32007-0)

23. Tang, M., Castro, J., Chang, G. 2014. Riesgo de enfermedad arterial coronaria a corto plazo en trabajadores de la Dirección Municipal de Salud Bolívar: Estado Aragua, 2012. *Comunidad y Salud*. 12(1): 56-63. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100008&lng=es&tlng=es.
24. Nieto, R., González, J., Ugel, E., Duran, M., Dávila, E., Constantino, R., et al. 2021. Cardiometabolic risk factors in Venezuela. The EVESCAM study: a national cross-sectional survey in adults. *Primary care diabetes*, 15(1), 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.07.006>
25. Lönn, A., Kallings, L., Andersson, G. 2023. Lifestyle-related habits and factors before and after cardiovascular diagnosis: a case control study among 2,548 Swedish individuals. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 20, 41. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01446-w>.
26. Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Franzelli, C., Magrin, M., Miglioretti, M., et al. 2017 Estabilidad y cambio de perfiles de estilo de vida en pacientes cardiovasculares después de su primer evento coronario agudo. *PLoS ONE*, 12(8), e0183905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183905>
27. Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck, C., et al. 2020. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of

the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 41(3), 407-477.

28. Eindhoven, D., Hilt, A., Zwaan, T., Schaliij, M., Borleffs, C. 2018. Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment. The Netherlands claims database. *Eur J Prev Cardiol*, 25(2), 181-9
29. Álvarez, E. 2012. Caso práctico de carga de enfermedad. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Tema 3.5. [Internet] Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD25007.pdf>
30. Ralapanawa, U., Sivakanesan, R. 2021. Epidemiology and the Magnitude of Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome: A Narrative Review. *Journal of epidemiology and global health*, 11(2), 169–177. DOI: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.201217.001>
31. Anuario de mortalidad República Bolivariana De Venezuela 2016
32. Malagón, G., Reynales, J. 2020. *Salud Pública. Conceptos, aplicaciones y desafíos*. Editorial Médica Internacional LTDA. Bogotá, D. C., Colombia
33. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. secundaD., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C. Jr, Virani, S. S., Williams, K. A. Sr, Yeboah, J., & Ziaecian, B. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the

American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>

34. Rothman, K., Greenland, S. 2008. Timothy L. Title: *Modern Epidemiology*.
35. Szklo, M., Nieto, F. 2014. *Epidemiology: beyond the basics*. Jones & Bartlett Publishers.
36. Tamayo, T. 2003. *El proceso de la investigación científica*” México, DF: Edit. Limusa de CV Grupo Noriega de Editores.
37. Sánchez, K., Méndez, N. 2008. Breve revisión de los diseños de investigación observacionales. *Médica Sur*, 15(3), 219-224.
38. Poll, J., Rueda, N., Poll, A., Linares, M. 2017. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo. *MEDISAN*, 21(10), 3003-3010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000002&lng=es&tlng=es
39. Vázquez, M., Marques, E. 2018. Estudio descriptivo y comparativo de factores de riesgo cardiovascular y actividad física en pacientes con síndrome coronario agudo. *Atención Primaria*, 50(10), 576-582.
40. Maya, M. 2021. En Venezuela hay cada día más bachilleres y menos estudiantes universitarios. 2021. En línea. Disponible en:

<https://runrun.es/noticias/458228/enjuve-2021-en-venezuela-hay-cada-dia-mas-bachilleres-y-menos-estudiantes-universitarios/>

41. Díaz, J. 2024. Se necesitan 1.200 dólares para cubrir la canasta básica de una familia de cinco personas en Venezuela. En línea. Disponible en: <https://eldiario.com/2024/05/08/dolares-canasta-basica-familia-venezuela/#:~:text=El%20Cendas%2DFVM%20inform%C3%B3%20el,respecto%20al%20mes%20de%20febrero>
42. Frutos, L., De la Rosa, J., Wilson, A., Torres, J., Frutos, C. Batista, M. 2020. Caracterización de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST en una Unidad de Cuidados Coronarios. 16 de abril, 59(278), 1-6.
43. Bonilla, D., Carrero, A., Chipi, Y., Sánchez, S., Silva, D. 2022. Características clínico-epidemiológicas del síndrome coronario agudo. Revista Finlay., 12(3), 269-276. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300269&lng=es&tlng=es
44. Bisbal, J., Lloret, J., del Viejo, A., Navarro, A. 2019. Estudio descriptivo del paciente que sufre un Síndrome Coronario Agudo. Nereis. Interdisciplinary Ibero-American Journal of Methods, Modelling and Simulation, (11), 31-38.
45. Pratz, M., Tejada, L. 2016. Características de pacientes con enfermedad coronaria egresados de un hospital de tercer nivel de atención en México. Acta universitaria, 26(2), 63-69. DOI: <https://doi.org/10.15174/au.2016.860>

46. Bono, L., Puente, L., Szarfer, J., Estrella, L., Dopple, E., Napoli, M., et al. 2021. Complicaciones intrahospitalarias del infarto agudo de miocardio. Incidencia y momento de aparición. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 81(6), 978-985.
47. Ruiz, A., Chabbar, M., Gambó, E., Albarrán, C., Untoria, C., Garza, F. 2023. Analysis of medium-term adherence after the implementation of a cardiac rehabilitation program. *Arch Cardiol Mex.*, 93(2), 131-138. Doi: 10.24875/ACM.21000156. PMID: 37037217; PMCID: PMC10161818.
48. Griffo, R., Ambrosetti, M., Tramarin, R., Fattiroli, F., Temporelli, P. L., Vestri, A. R., De Feo, S., Tavazzi, L., & ICAROS investigators (2013). Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *International journal of cardiology*, 167(4), 1390–1395. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.04.069>
49. Concha, J., Peñaloza, S., Potthoff, M., Kehr, K. 2022. Adherencia a tratamiento de prevención secundaria post síndrome coronario agudo, en pacientes adultos ingresados al Hospital Hernán Henríquez Aravena. *Revista chilena de cardiología*, 41(3), 170-179. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602022000300170>
50. Naderi, S., Bestwick, J., Wald, D. 2012. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: Metaanalysis on 376,162 patients. *American Journal of Medicine.*, 125(9), 882-887.e1

APÉNDICE

Apéndice A



Bolívar, Abril de 2024

Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar
Departamento de Cardiología
Ciudad Bolívar
Abril de 2024

Estimado Dr. Henry Rodney.

Nos place extenderle un cordial saludo y al mismo tiempo dirigirnos a usted con el objetivo de solicitarle la debida autorización para que nosotros: Verónica Aronico Torres con C.I: 28575852 y Daniel Alejandro Carrasquero López con C.I: 27765046 estudiantes de pregrado del 11vo semestre de Medicina de la Universidad de Oriente podamos tener el debido permiso de usted para realizar el proyecto de tesis en el servicio de cardiología del hospital “Julio Criollo Rivas” llamado “CAMBIOS EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ MAYO-JULIO 2024.”, asimismo, poder tener el acceso a la misma con fines de obtener información que nos permita desarrollar nuestro proyecto de trabajo de grado que consideramos contribuirá e impactará positivamente en el servicio.

Agradecemos de antemano su atención.

Atentamente
Verónica Aronico Torres
Daniel Alejandro Carrasquero López

Apéndice B

Consentimiento informado

Yo, _____ he sido entrevistado por el Br.
 _____ quien ha aclarado todas mis interrogantes
 e inquietudes con respecto al estudio.

C.I: _____ firma: _____

He decidido: Aceptar No aceptar , mi participación en el estudio.

 Firma persona que aplica el consentimiento

En caso de padecer alguna discapacidad que impida consentir la participación en el estudio, será el representante legal el encargado de realizarlo.

Huella digital: del participante _____

Nombre del representante legal: _____

C.I: _____

Fecha: _____

Firma: _____

He leído con exactitud el documento de consentimiento informado para el potencial participante y confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Apéndice C

Encuesta



La encuesta que usted leerá a continuación contiene preguntas sobre hábitos alimenticios, actividad física, enfermedades crónicas, nivel educacional, y otros datos que son de utilidad para llevar a cabo la investigación de la cual está siendo parte. Como ya se mencionó y se informó previamente, todas sus respuestas serán utilizadas bajo un contexto de confidencialidad. (Fecha: ____/____/____)

1. Sexo: M___ F_____
2. Edad: _____
3. Nivel educacional
 - Sin estudios
 - Nivel básico incompleto
 - Nivel básico completo
 - Nivel medio incompleto
 - Nivel medio completo
 - Nivel superior técnico incompleto
 - Nivel superior técnico completo
 - Nivel superior universitario incompleto
 - Nivel superior universitario completo
4. Estado civil:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Divorciado/a
 - Concubinato
5. Ingreso económico familiar aproximado: _____

6. Marque los integrantes de su núcleo familiar antes de la CI

- Padres
- Hijos
- Nietos
- Otro Familiar
- Solo

7. Marque qué enfermedades crónicas posee:

- Hipertensión
- Diabetes
- Dislipidemia
- Otra, ¿cuál?_____

8. ¿Toma o se administra medicamentos? SI_____ NO _____

9. Número de medicamentos que consume_____

10. Marque con una “x” los tipos de medicamentos que consume:

- Antihipertensivos
- Hipolipemiantes
- Hipoglucemiantes
- Antiagregantes plaquetarios
- Anticoagulantes
- Vasodilatadores coronarios
- Diuréticos
- AINES

11. Antes del diagnóstico de CI, asistía a consultas?

12. Número de controles en el año:_____

13. Ocupación antes del diagnóstico de CI:

- Trabajador
- Jubilado
- Jubilado con trabajo
- Situación de calle
- Si tenía ocupación, ¿cuál era?_____

14. Ocupación posterior al diagnóstico de CI:

- Trabajador
 - Jubilado
 - Jubilado con trabajo
 - Situación de calle
- Si tiene ocupación, ¿cuál? _____

15. ¿Antes de ocurrida la CI usted fumaba? SI_____ NO_____
 Si su respuesta anterior fue SI, ¿cuántos cigarrillos diarios fumaba al día?

16. Actualmente, ¿usted fuma? SI_____NO_____. Si su respuesta anterior fue SI,
 ¿cuántos cigarrillos fuma al día? _____

17. Previo al diagnóstico de CI, ¿Usted cuánta actividad física realizaba?

- 2 a 3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 2-3 veces al mes
- Nunca

18. Actualmente, ¿usted realiza actividad física? SI_____ NO_____. Si su
 respuesta anterior fue SI, ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

- 2 a 3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 2-3 veces al mes
- Nunca

¿Qué tipo de actividad física? Puede marcar más de una respuesta:

- Bicicleta
- Caminata
- Trote
- Máquinas
- Deporte

Otro: _____

19. Antes de ocurrida el diagnóstico de CI, ¿usted bebía alcohol?

SI_____NO_____

Si su respuesta anterior fue SI, ¿Con qué frecuencia bebía alcohol?

- 2 a 3 veces por semana
- 1 vez por semana

- 2-3 veces al mes
- Sólo ocasiones especiales

20. Actualmente, ¿usted bebe alcohol? SI___ NO___

Si su respuesta anterior fue SI, ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

- 2 a 3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 2-3 veces al mes
- Sólo ocasiones especiales

21. ¿Cuántas veces a la semana usted consume estos alimentos?

Carnes rojas _____ veces

Carnes blancas _____ veces

Frituras _____ veces

Frutas _____ veces

Verduras _____ veces

Legumbres _____ veces

Huevo _____ veces

Lácteos _____ veces

Carbohidratos _____ veces

22. ¿Qué alimentos dejó de consumir?

23. Cifras tensionales _____

24. Peso _____

25. Talla _____

26. IMC _____

*CI: cardiopatía isquémica

Validado por miembro de comisión de tesis

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Cambios en los hábitos y estilos de vida en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica. consulta externa de cardiología. complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez mayo-julio 2024.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Aarónico Torres Verónica	ORCID	
	e-mail:	veronicaaronico2000@gmail.com
Carrasquero López Daniel Alejandro	ORCID	
	e-mail:	idaani777@gmail.com

Palabras o frases claves:

hábitos
estilos de vida
cardiopatía isquémica

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Medicina Interna	Cardiología
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

El seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica es muy importante, permite evaluar entre otras cosas, el cumplimiento y la adecuación del estilo de vida recomendado, a fin de prolongar la supervivencia. **Objetivo:** Identificar los cambios en los hábitos y estilos de vida después del diagnóstico de cardiopatía isquémica en pacientes de la consulta externa del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. **Metodología:** Estudio descriptivo y analítico de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida por 103 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** 52,4% eran hombres, edad media de 58,16 años, casado/a (34,0%), 16,5% tuvo nivel educativo medio completo, ingreso +económico familiar de 148,20 dólares, con sobrepeso (49,5%), manejando una presión arterial sistólica de 129,41 (DE12,2) mmHg y diastólica de 81,49 (DE 10,5) mmHg; 91,3% eran hipertensos; previos al evento coronario 42,7% fumaba, 69,9% bebían alcohol y 58,3% no realizaba actividad física; a los 3 meses ningún paciente fumó o consumía alcohol, 71,0% hizo actividad física de 2 a 3 veces por semana, consumiendo principalmente en carnes blancas, frutas y verduras; tras 12 meses 20,0% fumaba, 38,5% bebían alcohol 33,8% caminaba de 2 a 3 veces por semana, alimentándose principalmente de carbohidratos, lácteos y verduras; solo 58,5% tuvo adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** A menos de 3 meses del evento coronario hubo ausencia de hábitos tabáquicos y alcohólicos, mayor practica de actividad física, y una dieta a base de carnes blancas, frutas y verduras, sin embargo, pasados 12 meses existió retoma de hábitos tabáquicos y alcohólicos, disminución de la actividad física y desmejora dietética, además de una insuficiente adherencia al tratamiento.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. María Uzcátegui	ORCID				
	e-mail	meru.mauf@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Gilberto Figarella	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	figafisiologia2021@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Gustavo Marcano	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	gmarcano826@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/11/26

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTTG_CLDA2024

Alcance:

Espacial:

Consulta Externa de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez

Temporal:

Mayo-Julio 2024.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado - Médico Cirujano

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

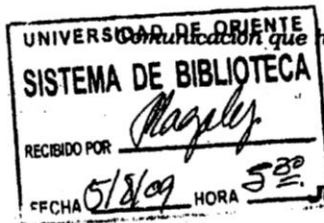
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6


De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)


Br. ARONICO TORRES VERONICA
C.I. 28575852
AUTOR


Br. CARRASQUERO LÓPEZ DANIEL ALEJANDRO
C.I. 27765046
AUTOR


JURADOS


TUTOR: Prof. MARÍA UZCÁTEGUI
C.I.N. 16615262
EMAIL: marv_mavf@gmail.com


JURADO Prof. GUSTAVO MARCANO
C.I.N. 5553633
EMAIL: gmarcano876@gmail.com


JURADO Prof. GILBERTO FIGARELLA
C.I.N. 2887900
EMAIL: FigarFigarellia2021@gmail.com


P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO


DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com