



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



TÍTULO:

**"PREVALENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA PROVINCIA
DE ICA, 2018"**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO

AUTOR:

CABRERA VELASQUEZ MEYLAN ALLIZA

ASESOR:

Dra. YSABEL MASSIRONI PALOMINO

Ica- Perú

2018

DEDICATORIA

El trabajo está dedicado a mis padres y familia por haber sido mi apoyo a lo largo del estudio en la Maestría y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora la Dra. Ysabel Massironi Palomino, por su invaluable apoyo que me brindo para la culminación de mi trabajo.

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACION DEL MEDIO AMBIENTE

INDICE

Tabla de contenido	
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	v
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
CONTRACARATULA	ix
INTRODUCCION.....	x
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	11
1.1. ANTECEDENTES	11
1.1.1. Antecedentes Internacionales	11
1.1.2. Antecedentes Nacionales	16
1.1.3. Antecedentes Locales.....	19
1.2. BASES TEÓRICAS	19
1.2.1. Prevalencia	19
1.2.2. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.....	21
1.3. MARCO CONCEPTUAL	37
CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	41
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	42
2.1.1. Problema General.....	42
2.1.2. Problemas Específicos	42
2.1.3. Delimitación de problema	43
2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	43
2.3.1. Justificación	43
2.3.2. Importancia	44
2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
2.4.1. Objetivo General.....	44
2.4.2. Objetivos específicos.....	45
2.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	46

2.5.1.	Identificación de variables	46
2.5.2.	Operacionalización de las variables	47
	CAPITULO III METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION	48
3.1.	Tipo, nivel y Diseño de investigación.	48
3.1.1.	Tipo de investigación	48
3.1.2.	Nivel de investigación	48
3.1.3.	Diseño de la Investigación	48
3.2.	Población y muestra	49
3.2.1.	Población	49
3.2.2.	Muestra	49
	CAPITULO IV TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	51
4.1	Técnicas de recolección de datos	51
4.2	Instrumentos de recolección de datos	51
	CAPITULO VI PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
6.1.	Presentación e interpretación de resultados	53
6.2.	Discusión de resultados	59
	CONCLUSIONES	60
	RECOMENDACIONES	61
	FUENTES DE INFORMACION	62
	ANEXOS	66
	Anexo 1: Ficha de Datos	66
	Anexo 1: Matriz de consistencia	69

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018. **Material y método:** el tipo de investigación fue descriptivo, observacional transversal y el diseño no experimental, para una muestra de 384 pacientes mayores de 30 años **Resultados:** La prevalencia por sexo es mayor en varones con un 62.5 % comparada con mujeres con un 37.5 % ; con respecto al grupo etareo se puede observar que de 30 a 39 años son el 21.1%, de 40 a 55 años el 27.9% y de 56 a más años tienen una prevalencia mayor con el 51.0%; asimismo con respecto a enfermedades crónicas se puede observar que el 44.0% tiene como enfermedad crónica prevalente la hipertensión arterial, el 18.8% la diabetes mellitus, el 7.6% la obesidad, el 21.1% el tabaquismo y el 8.6 la dislipidemia; sobre la clasificación de Killip, el 7.0% fue Killip I, el 13.0% Killip II, el 16.4% Killip III, y el 63.5% Killip IV. **Conclusión:** La prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio es mayor en: hombres 62.5%, adultos de 56 a más años de edad 51.0%, hipertensión 44%, clasificación Killip IV 63.5%

Palabras claves: prevalencia, infarto agudo de miocardio

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of acute myocardial infarction in the province of Ica, 2018. Material and method: the type of research was descriptive, cross-sectional observational and non-experimental design, for a sample of 384 patients older than 30 years. Results: The prevalence by sex is higher in men with 62.5% compared to women with 37.5%; Regarding the age group, it can be observed that from 30 to 39 years old they are 21.1%, from 40 to 55 years old 27.9% and from 56 to more years old they have a higher prevalence with 51.0%; Likewise, with respect to chronic diseases, it can be observed that 44.0% have arterial hypertension as a prevalent chronic disease, 18.8% diabetes mellitus, 7.6% obesity, 21.1% smoking and 8.6% dyslipidemia; Regarding the Killip classification, 7.0% were Killip I, 13.0% Killip II, 16.4% Killip III, and 63.5% Killip IV. Conclusion: The prevalence of Acute Myocardial Infarction is higher in: 62.5% men, 51.0% adults aged 56 or older, 44% hypertension, 63.5% Killip IV classification.

Key words: prevalence, acute myocardial infarction

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA PROVINCIA
DE ICA, 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO

AUTOR:

CABRERA VELASQUEZ MEYLAN ALLIZA

ASESOR:

Dra. YSABEL MASSIRONI PALOMINO

INTRODUCCION

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Anualmente fallecen más personas por ECV que por otra enfermedad; durante el año 2015 fallecieron por estas razones unos 17,7 millones de individuos, lo que constituye un 31.0% de todos los decesos registradas a nivel mundial. De estas causa de muertes, 7,4 millones fueron a causa de la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, por los accidentes cerebrovasculares; más de las tres cuartas partes de los fallecimientos por enfermedad cardiovascular se registraron en las naciones de ingresos medios y bajos; de los 17 millones de decesos fue de personas menores de 70 años relacionadas a enfermedades no transmisibles, un 82.0% se encuentran en los países que tienen ingreso medio y bajo; un 37.0% se fue por enfermedad cardiovascular; La gran mayoría de las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir abordando los factores de riesgo de los hábitos de comportamiento, como el tabaquismo, la obesidad y las dietas poco saludables, el consumo nocivo de alcohol o el sedentarismo, mediante estrategias que incluyan a toda la población; Para pacientes con enfermedad cardiovascular o con alto riesgo cardiovascular (debido a uno o más factores de riesgo como diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensión arterial o ciertas enfermedades cardiovasculares establecidas) detección precoz y tratamiento oportuno, ya sea mediante asesoramiento. (1).

Por lo expuesto líneas arriba es que nace el interés de realizar la investigación titulada “Prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018”

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Antecedentes Internacionales

- Peñafiel, S.; Mendoza, A.; Tufiño, A.; Gaus, D. (2017) Caracterización de pacientes con infarto incisivo de miocardio en un Policlínico campesino de Ecuador como estereotipo de desigualdades en Sanidad. Pichincha, Ecuador. (5) Los autores de la exploración concluyen: Existe el apuro de una observación de contexto de los estándares internacionales para el manejo del SCA, que incluya aspectos como: la disponibilidad y accesibilidad de la prescripción. Inicialmente llamado cuco (hipnótico, oxímoron si es obligatorio, aspirina y nitratos), las condiciones eran adecuadas en los hospitales para el manejo rápido de la fibrinólisis y la coordinación de urgencia y los sistemas de derivación, lo que permite el traslado a los hospitales adonde se dispone de evaluación coronaria, mientras estas circunstancias no se tengan en cuenta en los estándares nacionales para el receta de SCA para estas poblaciones, las únicas poblaciones que se beneficiarán de los tratamientos convencionales habitarán en los centros urbanos de los países en desarrollo (exento, Guayaquil y valle, ojalá en Ecuador)
- Ayala, I (2017). Mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, concerniente con factores de riesgos, terapéuticos y hallazgos electrocardiográficos. Tesis

Maestría. Univ. de San Carlos de Guatemala. (6) La autora en la investigación concluye: La mortalidad por IAMEST se evidenció mayormente en pacientes con el factor de riesgo son: DM 2 e HTA y no se vio influenciada por la localización anatómica de la lesión ni la terapéutica recibida. Ninguno de los factores de riesgo estudiados aumentan la mortalidad en pacientes con IAMEST. El número de comorbilidades presentadas de manera simultánea por los pacientes con IAMEST no aumenta la mortalidad. 6.1.4 Las complicaciones que aumentan la mortalidad de manera significativa en pacientes con IAMEST son las Arritmias y el Choque Cardiogénico. ($p < 0.03$)

- García, J.; Fernández, A. (2017) Infarto Agudo de Miocardio perioperatorio en pacientes tratados con revascularización miocárdica. Tesis. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). Cuba. (7) Las autoras en la investigación. Concluyen: La etiología del infarto del miocardio perioperatorio es incierta, la interpretación y diagnóstico de la isquemia perioperatoria se debe realizar mediante el examen de múltiples parámetros en el ámbito de una cirugía cardíaca y del paciente personalmente, toda vez que son diferentes los factores que pudieran presentarse. Disminuir el tiempo de hospitalización y mejorarse la calidad de la vida es uno de los grandes desafíos de los servicios de

salud hoy en día, así mismo la reducción en las complicaciones, recursos humanos y técnicos; lo que contribuye a disminuir mortalidad postquirúrgica y la morbilidad, también de generar líneas de investigación dirigidas a crear pautas de tratamiento eficientes y adecuadas.

- Lorente, P. (2017). estudio de factor de riesgo relacionado con muerte súbita cardíaca en la provincia de Albacete. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España. (8) El autor en la investigación concluye: Las variables que se relacionan con la evolución fatal en los Infartos Agudos de Miocardios que debutan como MSC son: la edad mayor de 60 años, el debut clínico con síntomas atípicos y el antecedente de IAM previo. Los pacientes con IAM previo, los no fumadores y los pacientes sin FRCV fallecen con mayor frecuencia en la primera hora de aparición de los síntomas. Por el contrario, los fumadores, paradójicamente, tienen una probabilidad de muerte indenne, los que mueren lo hacen con mayor frecuencia en los primeros 15 minutos. En cuanto a la donación de salud realizada a pacientes con IAM fatal, destacamos lo siguiente: Los que lo hicieron en la primera hora después de los síntomas fueron más comunes en los albergues o en la vía pública y fueron más propensos a presentar síntomas atípicos. Por el contrario, aparte de las

frecuentes donaciones de salud ayer después de su muerte, las mujeres fallecidas las solicitaron con mayor frecuencia que los hombres. El recibir asistencia sanitaria previa al fallecimiento fue más frecuente en pacientes diabéticos, en aquellos que presentaron síntomas atípicos, en aquellos que atribuyeron los síntomas a patología cardíaca y en aquellos que la solicitaron directamente. El lugar donde recibieron asistencia sanitaria está relacionado con la distancia al hospital: aquellos que fallecieron más cerca del hospital recibieron con mayor frecuencia la primera atención en el hospital.

Fernández-Bergés, D. Gurrea; López JR (2016). Infarto de miocardio en pacientes mayores de 75 años. Experiencia de una unidad de cuidados intensivos. Prospección comparativa de 10 vidas de hospitalización en Extremadura. España (9). Se trata de un sondeo observacional retrospectivo de 2.177 pacientes, totalizando su primer infarto agudo de miocardio (IAM) en los años 2000-2009 en el sanatorio Don Benito Vva. Se estudiaron las diferencias clínicas y terapéuticas entre personas menores / mayores de 75 años y sus tasas de mortalidad temprana y tardía después del primer IAM. Con una media de las edades de $70,60 \pm 12,60$ años, el 32,80% fueron del sexo femenino y un 42,10% mayores a 75 años. Presentando más diabetes mellitus el 38,30 vs. 32,50%; $p < 0,002$, padecimiento pulmonar obstructivo crónico el 15,60 vs. 11,20%; $p < 0,002$), ictus el

14,30% vs. 7,30%; $p < 0,001$, con insuficiencia renal crónica el 11,00% vs. 3,90%; $p < 0,001$, con fibrilación auricular el 15,90% vs. 6,90%; $p < 0,001$), e insuficiencia cardiaca el 28,00% vs. 23,40%; $p < 0,008$. También en altas menos betabloqueantes el 55,90% vs. 71, 20,00%; $p < 0,001$ y estatinas el 44,30% vs. 62,30%; $p < 0,001$. Las del sexo femenino tomaban menos estatinas y betabloqueantes con diferencias significativas salvo estatinas en mujeres mayores de 75 años. Los adultos mostraron mayor mortalidad con el 44,55% vs. 18,90%, HR1, el IC 95: 1,57-2,29, relacionándose inversamente con la muerte tardía a la indicación de betabloqueante de HR = 0,74; IC 95.0%: 0,62-0,89, estatinas en HR: 0,73; IC 95.0%: 0,58-0,91 y la presencia de angioplastias en HR = 0,42; IC 95.0%: 0,30-0,57. Mejor adherencia a los encargos de las guías de práctica clínica, mostrando una gran tasa de mejora en pacientes ancianos y mujeres.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

- Purilla, J. (2017). Estrategias de reperusión en personas con infarto agudo de miocardio ST superior en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015-2016. Tesis Maestría. Universidad de San Martín de Porras. Lima, Perú (10). El autor en la investigación concluye: Los diferentes tipos de estrategia de reperusión descritos fueron las intervenciones: coronaria primaria con el 68,90%, coronaria de rescate 21,90%, coronaria facilitada 2,40%, coronaria guiada por pruebas evocadoras de isquemia 0,80%, trombólisis 0,80%, solo tratamiento médico conservador 5,20%. El flujo TIMI III en los pacientes en los que se hizo intervención coronaria primaria estándar fue igual a los de intervención coronaria de rescate, facilitada, mediante pruebas evocadoras de isquemia. El tiempo de comienzo de la estrategia de reperfusión entre los pacientes con 12 horas de evolución que ingresaron de forma directa el 52,63% presentaron una media del tiempo puerta-balón para la operación coronaria primaria es 158,46 minutos a diferencia de los que ingresaron de manera referida 47,37% pacientes con un promedio del tiempo puerta-balón 599,18 minutos. La media del tiempo de considero de la iniciación de las sintomatologías hacia los ingresos a una institución hospitalario mediante electrocardiograma diagnóstico en los hospitalizados que llegaron a ingresar durante las 24 horas antes de su evolución de manera directa fue de 6,45 horas a

diferente de los que ingresaron mediante referencia 8,73 horas.

- Rodríguez, O.; GUIA, A. (2016). Factores de riesgo asociados al infarto agudo de miocardio en usuarios de urgencias. Tesis especializada. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú (11). Los autores del estudio concluyeron: La literatura científica sobre factor de riesgo asociado con el infarto agudo de miocardio encontrada en las bases de datos Lilacs Scielo, Lipecs, Medline y Cochrane Plus, es consistente con el diseño y donde el estudio fue de tipo correlación transversal. Características como hipercolesterolemia, obesidad, edad, sobrepeso “índice cintura-cadera” y niveles bajos de HDL se asociaron con la presencia de infarto agudo de miocardio en adultos atendidos en las clínicas. El colesterol alto es el factor de riesgo más importante de IAM en adultos. Los factores asociados con la presencia de IAM son el estilo de vida y el comportamiento social. Entre los jóvenes, el factor de riesgo asociado es el tabaquismo, que representa el 75,70%. Los 12 artículos revisados nos muestran que la enfermedad coronaria y el infarto agudo de miocardio continúan siendo un importante problema de salud pública en los países de América Latina.

- Berrios, N; Jara, M. Leticia (2016). Factores que benefician el infarto agudo de miocardio en personas mayores que acuden a emergencias. Tesis Especialidad. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú (12). Las autoras en la investigación concluyen: Evidencia que confirma que los factores predisponentes al infarto ofensivo de miocardio en adultos se encuentran en las siguientes bases de datos de Lipecs, Lilacs Scielo, Medline y Cochrane inconvenientes, todas correspondientes al segmento y diseño de formación transversales. Los factores predisponentes más comunes para el infarto agudo de miocardio en adultos son la gordura, el colesterol ancho, al tiempo, el sobrepeso (índice cintura-cadera) y el HDL bajo. El medio ambiente que más favorece el infarto incisivo de miocardio en adultos es la hipercolesterolemia.
- Apagüño, C. (2015). Asociación de la psoriasis con el infarto de miocardio en pacientes con hipertensión arterial. Tesis Especialista. Universidad de San Martín de Porras. Lima, Perú. (13) La autora en la investigación concluye: El 7,10% (5/70) los pacientes con psoriasis se presentó infarto de miocardio; en el 5,70% (4/70) de los pacientes sin psoriasis terminaron con infarto de miocardio. En esta investigación de cohorte retrospectiva no se encontró asociación de la psoriasis con el infarto al miocardio.

1.1.3. Antecedentes Locales

- En el ámbito Local no encontramos trabajo que estén relacionado con la investigación.

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. Prevalencia

La prevalencia es una proporción ($P = A/A+B$) y también es denominada como la tasa de prevalencia, no lo es porque falta el tiempo, es por ello también es conocida como pseudotasa. La prevalencia se encarga de medir la proporción de sujetos que están enfermos durante la evaluación del padecimiento en una población, por lo consiguiente, no se presenta tiempo de seguimiento. Hay dos tipos de prevalencias (14):

- **Prevalencia puntual.** Esta tasa es la más común y, por ejemplo, la cantidad de personas hospitalizadas por ataques de asma agudos; donde el número de pacientes hospitalizados por ataques agudos de asma es el numerador, mientras que el denominador será el número total de pacientes ingresados en el hospital respectivo. (14)
- **Prevalencia de periodo.** La prevalencia de tiempo se establece como la frecuencia de una enfermedad en un espacio de tiempo. Es una proporción que determina la probabilidad que un sujeto sea un caso en cualquier momento

dentro de un determinado espacio de tiempo. Los numeradores en cuanto a casos de la enfermedad durante o antes del tiempo de este estudio y la población será todo el espacio de estudio. El principal entorpecimiento para calcular estos índices se refiere a la población total, que puede cambiar de vez en cuando. En general, la población utilizada como cantidad corresponde a la mitad del período de tiempo considerado. (15).

Cabe mencionar que cuando se indica la prevalencia sin especificar el tiempo durante una etapa de estudio, se está calculando la prevalencia puntual.

Finalmente, es importante conocer la relación que existe entre la prevalencia, la incidencia y la duración promedio de la enfermedad. Siendo la fórmula de la prevalencia la siguiente:

$$P=I \cdot T$$

Dónde:

P = Prevalencia (enfermedad)

I = Incidencia

T = Duración promedio (enfermedad)

Cabe indicar, que la prevalencia disminuirá, aumentará o estará estable dependiendo de la duración promedio y la incidencia de la enfermedad (16).

1.2.2. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

- Epidemiología

Se da en un 05% en la comunidad en general lo cual es un problema importante para la salud en países desarrollados, es así que el 5% no son diagnosticados cuando acceder a una consulta. (17).

- Fisiopatología

El corazón es irrigado por dos arterias principales: la arteria coronaria derecha e izquierda.

1) La arteria coronaria izquierda está constituida por:

a) Tronco

La arteria descendente anterior: la forman dos tipos de ramas principales: las diagonales y las septales, que irrigan entre ambos tercios (2/3) antero apicales del septum interventricular y anterolateral del ventrículo izquierdo (VI). Incluso la rama obtusa accesorio que irriga la barrera adjunto del VI y las ramas posterolaterales.

b) La arteria circunfleja (Cx)

Atrioventricular: inerva la pared posterior del tabique posterior descendente LV

Inerva el tercio posterior del tabique IV.

Ramas del nodo AV (18).

Rama del nódulo sinusal: en 60 casos surge de la CD y en los restantes casos de la rama auricular Cx

Rama ventricular anterior: inerva la pared libre del ventrículo derecho (VR).

- **Factores de riesgo**

Hipertensión

Datos principales

Inactividad física

Nota descriptiva

Obesidad y sobrepeso

Preguntas y respuestas

Tabaquismo

Tema de salud

- **Definición:**

Generalmente el IAM es determinado por la presencia de dos de las siguientes condiciones:

1. Angor
2. Cambios en el ECG
3. Elevación enzimática

REDEFINICIÓN DEL IAM

Se clasifica de acuerdo al ECG:

1. IAM con supradesnivel del ST (tipo Q)

2. IAM sin supradesnivel del ST (no Q -Tipo ST o Subendocárdico)
3. Indeterminado
4. BCRI
5. Tipo T

EXAMEN CLINICO

Interrogatorio:

Es necesario un examen minucioso para determinar la intensidad y el carácter del dolor, así como para determinar el momento de inicio del dolor, ya sea continuo o decreciente. El dolor en el infarto agudo de miocardio (IAM) es atípico y característico. Se debe investigar la intensidad y el carácter del dolor, y también se debe especificar el momento de inicio del dolor, ya sea continuo o intermitente. El dolor en el infarto agudo de miocardio (IAM) es atípico y característico. Conocer la historia de la enfermedad coronaria (horas) y las manifestaciones de la historia en las horas / días previos (19).

Examen físico:

Debe estar específicamente guiado a la investigación de signos de apertura de bomba retrograda y anterógrada

Desperfecto del sensorio

Hipotensión arterial

Mala perfusión periférica

R3

Rales crepitantes

Signo de Kussmaul (falla de VD)

Soplo de insuficiencia mitral, Injurgitación yugular

Es muy importante distinguir en esta etapa el infarto de ventrículo derecho, entidad asociada a infarto de miocardio inferior (IAM), con una incidencia del 10,0% al 50,0% allí. VD se irrigó al 90,0% con CD, resistente a necrosis de paredes delgadas, nutrición por penetración relativa.

El diagnóstico precoz es de suma importancia, ya que la reperfusión precoz en este tipo de infarto también es importante, es importante asegurar una precarga adecuada.

- Con la misión de no dejar pasar por alto un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) del VD, se deberá realizar derivaciones derechas y posteriores en todo IAM inferior.

Clasificación de Killip y Kimball (para el IAM del VI)

Mortalidad a las 24 hs

- A. Edema agudo pulmonar 38.0%
- B. R3 y/o crepitantes en la base 17.0%
- C. Shock cardiogénico 81.0%
- D. Sin falla de bomba 0.0%

Diagnóstico

1. Interrogatorio y examen clínico

2. **Electrocardiograma:** Deja ubicar el área de necrosis en las desiguales caras del corazón, deja calcular la magnitud y el tiempo de evolución del IAM

Fases

Aguda

Crónica

Evolucionado

Hiperaguda

Existen ciertas correlaciones entre las derivaciones donde las arterias están dañadas y los cambios isquémicos observados.

Región	Derivación	Arteria
Diafragmática	AVF/DII/DIII	C. Derecha
Basales Posteriores		Circunfleja
Septal		
Posteriores		
Apical	V3 - V4	Desc. Anteriores
Septal anteriores	VI-V2	Desc. Anteriores
Laterales anteriores	V5-V6-AVL	Desc. Anteriores
Laterales posteriores		Circunfleja
Basal anteriores	D1 - AVL	Desc. Anteriores Circunfleja

3. Radiografía de TÓRAX: se utiliza para valorarse las presencias de signos de redistribución del flujo y antecedentes de miocardiopatía: dilatación de las cavidades y acrecimiento del índice torácico.
 4. ECOCARDIOGRAMA: Se utiliza para evaluar alteraciones peristálticas, valorar la presencia de entorpecimientos funcionamientos y evaluar las funciones ventriculares.
 5. MARCADORES SEROLÓGICOS: Permite la verificación retrospectiva del diagnóstico de IAM. En casos de sospecha de IAM, nunca espere las confirmaciones enzimáticas antes de iniciar los tratamientos: CK pico a las 8-12 horas. LDH alcanza su punto máximo a las 8 horas (20).
- Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio

Procedimiento medico

La meta del procedimiento es:

Calmar el dolor.

Prevenir las arritmias.

Prevención y tratamiento de las complicaciones mecánicas, en cuanto al IC.

Disminuir la dimensión de la necrosis.

Principalmente son de importancia los cuidados intensivos, oxigenoterapia, adecuada analgesia, reposo en cama.

ANTIAGREGANTES

Aspirina:

Demuestra que disminuye la mortalidad en la etapa aguda y la evolución.

Minimiza los riesgos de re-IAM y de ACV. Se aprecia una disminución total de la mortalidad de 2.4 pacientes cada 100 pacientes tratados.

Posología: comienzo del cuadro: 500 mg masticado, después seguir de 100 a 325 mg cada día Vía Oral cada dosis.

No hay acuerdo sobre la eficacia del ácido salicílico EV
Inhibidor gp IIB/IIIA: este no confirma los beneficios de su utilización en cuanto al infarto agudo.

1. NITRITOS

NTG: Se utiliza en el instante de la admisión del paciente para evaluar la respuesta de la angina y los cambios isquémicos del ECG al nitrito. Tiene principalmente varices y en menor medida dilatación arterial. Se utiliza como vasodilatador coronario. No se debe reducir el valor de PA más de 20,0 l del valor inicial, ya que esto puede crear un robo de arterias coronarias. Se utiliza en pacientes con insuficiencia retrógrada. (EAP).

Beta bloqueantes: Cuando se usan en el primer día del IAM, disminuye la mortalidad en un 14.0%. Los exámenes se hicieron en la era prefibrinolítica, se

estiman los resultados. La posología de atenolol o propanolol EV es 1 mg/minuto, con posología máxima de 5 a 10 mg.

Causas de los betabloqueantes:

Disminución del consumo miocárdico de oxígeno

Disminuyen la inseguridad de arritmia Disminuyen el peligro de las roturas cardíacas externas IECA: que son prescritos dentro de las 24 horas del IAM. Principalmente en personas con infartos que acuden al centro de salud que presentan anterior y con falla de bomba.

TRATAMIENTOS DE REPERFUSIÓN

El objetivo principal de los procedimientos de infarto es la reperfusión temprana, adecuada y sostenida de la arteria del infarto. La eficacia y la velocidad de reperfusión influirán en la función ventricular residual y el pronóstico del paciente. El examen de pulso GUSTO I mostró una correlación entre la permeación de la arteria culpable a los 90 minutos, la mortalidad hospitalaria y la función ventricular (TIMI 01: 8,90%; TIMI 2: 7,40%; TIMI 3:4,0%) reperfusión:

Terapia trombolítica

Reconstrucción mecánica

Independientemente de la elección de la terapia, la reperfusión es crucial en los casos de sospecha de IAM,

al menos elevación del ST con bloqueo completo de rama o 1 mm en 2 derivaciones adyacentes, la evolución fue menor a las 12 del mediodía y no. contraindicaciones para la estrategia elegida.

TROMBOLÍTICOS

Los trombolíticos activan directa o indirectamente el plasminógeno a plasmina, reduciendo la fibrina. Podrían ser: TPA Fibrinoespecífico

TPA: activa el plasminógeno en presencia de fibrina, interfiriendo más con la trombosis (21).

Dosis: 100 mg (bolo de 15 mg, 0,75 mg / kg durante 30 minutos).

No fibrinoespecíficos (22).

ESTREPTOQUINASA: de acción sistémica.

Posología: 1.500000 U en 100 ml SF a después de treinta a sesenta minutos.

Los trombolíticos generalmente producen un efecto antitrombótico paradójico debido a la exposición a la trombina, por lo que deben combinarse con AAS y heparina (especialmente rTPA). El efecto se basa en la mejora de la inteligencia espontánea, observada entre el 5,0% y el 21,0% de IAM. El límite dado es 5 veces el flujo coronario no se puede restaurar y existe riesgo de hemorragia.

Mortalidad: diversas investigaciones han demostrado que el tratamiento trombolítico minimiza la mortalidad del IAM, muy independiente del agente usado. Es viable salvar 21 vidas por cada 1000 enfermos tratados. Aumenta el ayuda en cuanto a la acrecienta riesgos a los ingresos y disminuyan el período hasta el comienzo de la reperfusión (23, 24).

Elegibilidad: en las investigaciones en Argentina el 60.0% de los enfermos que acuden con sospecha de IAM son candidatos para trombolíticos pero sólo el 42.0% recibe este tratamiento. Cuanto menos sea el tiempo transcurrido mayores serán los beneficios.

Edad: suele ser uno de los primeros constantes pronósticos independientes de mortandad de un infarto con el 1,9% en < 40 años vs 19.0% en > 70 años. Con el tratamiento trombolítica los enfermos mayores presentan

un aumento de la tasa de mortalidad y ACV hemorrágicos (25).

Indicaciones de los trombolíticos

CLASE

IAM antes o en combinación con menos de 6 horas de evolución.

AMI con menos de 12 horas e incapacidad de choque para PTCA en menos de horas.

IAM lado inferior o estricto con menos de 3 horas de evolución.

Inferior o lateral con progresión de 3 a 6 horas a VD, historia de IAM o falla de la bomba

Sospecha de IAM y BBG menos de 6 horas.

Contraindicaciones a los trombolíticos

Absolutamente

Acceso vascular incompresible

Accidente cerebrovascular isquémico en los últimos 3 meses (excepto accidente cerebrovascular isquémico de menos de 3 horas de duración)

Accidente cerebrovascular isquémico progresivo de más de 3 meses

Anticoagulantes orales

Cirugía mayor en las últimas 3 semanas

Cualquier enfermedad intracraneal no incluida en contraindicaciones absolutas

Demencia

Embarazo o puerperio

Sangrado interno en las últimas 2 semanas o úlcera péptica activa

Historia de sangrado intracraneal

Hipertensión crónica, severa, mal controlada o incontrolada en hospitalización (SAT > 180 mmHg y / o SAD > 110 mmHg)

Malformación cerebrovascular

Neoplasia cerebral (primaria o secundaria)

Estreptoquinasa (SK): exposición previa (hace más de 5 días) o hipersensibilidad a fármacos

Traumatismo prolongado o SPC (> 10 min)

Relativo

Signos y síntomas sugestivos de disección aórtica Mejilla

Tumor o trastorno de la coagulación de la sangre (excepto la menstruación) Traumatismo significativo en la cabeza o la cara en los últimos 3 meses

Síndromes clínicos de la reperfusión (SCR)

Está basada en 03 pilares:

Clínicamente: la intensidad del dolor disminuyó en 50,0 (si la intensidad de 5 a 10) o desapareció (si la intensidad de 15) después de dos horas de trombólisis.

ECG: disminución a 50,0° elevación total del ST en la derivación Enzima: se espera duplicar la CPK 2 horas después de la infusión trombolítica. La RCS se considera positiva cuando se encuentran 2 de 3 criterios.

RECANALIZACIÓN MECÁNICA

1- (PTCA) Angioplastia transluminal

Se han realizado distintas investigaciones confrontando trombolíticos con angioplastia. Un metaanálisis presenta una reducción del 41.0% con angioplastia en el suceso mixto de reinfarto no fatal y muerte. En investigaciones observacionales no se halo diferencias significativas en ambos grupos.

En la angioplastia primaria, es importante establecer ciertos requisitos:

El tiempo de tratamiento no debe exceder de 60 minutos a 90 minutos (tiempo de balón). En este caso, un éxito superior al 90,0% se traduce en un CRM de emergencia en 5,0 episodios.

Mortalidad inferior al 12,0%

Si no se cumplen las condiciones, se recomienda la trombólisis temprana.

ACTP con indicación únicamente

Los sujetos experimentaron shock cardiogénico hasta 2 h después del inicio del IAM.

Sujetos con contraindicaciones para los trombolíticos

Los sujetos experimentaron un IAM prolongado con progresión de menos de 12 horas relacionado con uno o más de los siguientes factores: edad mayor de 70 años; insuficiencia cardíaca, PAS menor de 100 mmHg al ingreso, antecedentes de infarto o bloqueo agudo de rama, IAM submiocárdico.

ACTP primaria: para el tratamiento inicial del IAM.

Facilitar la ACTP: se realiza después de la mitad de la dosis de trombolíticos.

Rescue PTCA - Actividad después de SCR negativo.

RESUMEN TRATAMIENTO IAM

De acuerdo al tratamiento en cuanto a infarto puede ser transmural.

El infarto con supradesnivel del ST (tipo Q) hallado a tiempo será revascularizado; si no manifiesta contraindicaciones deberá usarse los beta-bloqueantes y si existe sospecha IAM extenso se usara IECA.

En los casos del IAM sin supradesnivel del ST (no Q) tipo T o indefinido, los trombolíticos no son provechosos. Está prescrita la anticoagulación, se utiliza beta-bloqueantes, pudiendo utilizarse bloqueantes cálcicos. Si hay signos de insuficiencia

cardiaca o recurrencia debe ejecutarse una cinecoronariografía (CCG). En los casos del IAM sin supradesnivel del ST (no Q) tipo ST: no están prescritos los trombolíticos. Se usara la anticoagulación y si existe ICC se prescribe CCG. En estos sucesos es fundamental corregir las causas que pudieran perpetuar o desencadenar la isquemia (anemia, HTA, fiebre, etc.).

COMPLICACIONES DEL IAM

Suelen presentarse diferentes complicaciones, especialmente en los primeros días del desarrollo del IAM. Las prevenciones vienen hacer la piedra angular sobre los tratamientos.

Las dificultades pueden ser MECANICAS O ELÉCTRICAS.

1) MECÁNICAS: son causante del 15.0% al 20.0% de los decesos por IAM. Pueden denominarse:

El 25% de insuficiencia cardiaca afecta las partes del miocardio. La cual sufre rotura cardiaca o del septum y del musculo papilar.

El 40% del miocardio sufre shock cardiogénico.

2) ELÉCTRICAS: suceden en el 75.0% y 95.0% de los sujetos con IAM manifiestan en algunas alteraciones del

ritmo en su permanencia en su estadía en UCO; las más frecuentes fueron bradicardia, extrasístoles ventriculares y taquicardia sinusal. Cabe recordar que la mayoría de las muertes por IAM ocurren dentro de las dos primeras horas y se deben a arritmias ventriculares. La lidocaína se prescribe solo para el tratamiento de arritmias ventriculares malignas (latidos ectópicos polimórficos, fenómeno R en T, TV) o para la prevención secundaria de FV.

La fibrilación auricular es un evento diario en el IAM, es indicativo de un gran infarto y es fundamental realizar una VCE en presencia de descompensación hemodinámica (26).

Si se produce una alteración de la conducción en un IAM, su ubicación es fundamental para el tratamiento. Los problemas reproductivos con ritmo sinusal u obstrucción AV suelen deberse a infarto, isquemia o flujo vaginal.

La progresión de las alteraciones de la conducción ventricular (BBG, hemibloqueo y RBBB) ocurre comúnmente en el IAM parietal anterior, debido a la perfusión producida por las ramas septales. Las recomendaciones para un marcapasos temporal (TPM) varían según se trate de un IAM interno o preexistente. Primero, se deben examinar los síntomas

del paciente, porque en ausencia de descompensación hemodinámica, la presentación sería esperada. En el segundo caso, la única manifestación de la masa bilateral fue la de MCT por riesgo de muerte.

1.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Angina de pecho:** una afección caracterizada por la eclosión repentina de disgusto en el pecho, que a veces se irradia al trucha zurdo, compresión, asfixia y casi la doladera porque una preocupación material en la circulación de la linaje a través de las arterias coronarias que causa hipoxia en el músculo cardíaco. (27).
- **Arritmias cardíacas:** cambios en el ritmo, especialmente del sentimentalismo (27).
- **Arterias coronarias:** cualquier bernegal sangriento que distribuye cepa oxigenada a través del músculo cardíaco. Hay tres arterias coronarias principales, llamadas arteria coronaria derecha (CD), arteria coronaria descendente frontal (DA) y arteria coronaria circunferencial (Cx). La LAD y Cx se originan en un tronco arterial común conocido como rama zurdo de la arteria coronaria lado (TC) (27).
- **Cardiología:** parte de la medicina estudia las enfermedades del sentimentalismo y del sistema circulatorio. manera constituyente de las especialidades médicas intervencionistas; es una especialización médica, empero no una distintivo quirúrgica (27).

- **Cardiólogo:** experto (27).
- **Enfermedad isquémica de la afectividad:** definición para la enfermedad cardíaca que incluye afecciones causadas por el interrupción de una arteria que irriga el músculo cardíaco (27).
- **Cirujano cardíaco:** médico que se especializa en métodos quirúrgicos del entrañas (27).
- **Cirujanos vasculares:** especialistas en la acometida quirúrgica de grandes vasos (arterias y venas) (27).
- **Ecocardiograma:** esta es una investigación que usa ondas sonoras para producir imágenes del corazón. Esta imagen es enormemente más detallada que una simple radiografía y no tiene proclamación a la radiación. Permite a los médicos ver el alma que late y recriminar las válvulas cardíacas y otras estructuras cardíacas (27).
- **Ecocardiógrafo:** cardiólogo especializado en ecocardiografía (27).
- **Electrocardiograma:** Es una función gráfica de la actividad eléctrica del alma, conseguida con un registrador de electrocardiograma como un registro moteado (27).
- **Edad:** cuánto ha vive una persona
- **Fibrilación auricular:** es la arritmia cardíaca más normal en la rutina consultorio. Se caracteriza por latidos auriculares inconsistentes y desorganizados que producen una sístole cardíaco ágil e desproporcionado (27).
- **IMC:** Es un índice de la afinidad entre balancín y calidad, deteriorado ante todo para etiquetar el sobrepeso, el bajuno peso y la gordura en los ancianos (27).

- **Infarto hiriente de miocardio:** así sucedió cuando se diagnosticó. (27).
- **Infarto resistente de miocardio:** síndrome coronario incisivo resultante de la obliteración aguda de la bulevar coronaria con necrosis miocárdica postrero, clínicamente demostrado por episodios de anginas y / o amígdala parecido al queja, por hallazgos serológicos y cambios electrocardiográficos. (27).
- **Infarto de miocardio:** doladera o destrucción de las células del músculo cardíaco debido a la falta de abasto de raza correcto al sitio o encogimiento de las arterias coronarias, precisamente. (27).
- **Infarto:** Es la obstrucción que se forma en los tejidos de un órgano, o en una parte de él, interrumpiendo el riego sanguíneo de las arterias o la arteria; conduciendo a la necrosis o muerte de los tejidos (27).
- **Miocardio:** músculo cardíaco (27).
- **Miocardopatía isquémica:** cardiopatía isquémica (27).
- **Prevalencia:** Es la proporción de sujetos de una población que manifiestan un evento o una característica determinada en un periodo o momento determinado ("prevalencia de periodo"). Por lo que se puede establecer dos tipos de prevalencia: de periodo y puntual (27).
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras (27).
- **Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST:** un tipo de cardiopatía isquémica con hallazgos electrocardiográficos típicos que la distinguen del síndrome de elevación del segmento ST. El

pronóstico y la probabilidad de complicaciones inmediatas son diferentes en los dos tipos de enfermedad cardíaca (27).

- **Síndrome coronario agudo:** término utilizado actualmente para referirse a los cambios resultantes del estrechamiento de las arterias coronarias con la consiguiente reducción del riego sanguíneo al miocardio. Incluye tanto la angina como el infarto de miocardio (27).
- **Tratamiento previo:** Conjunto de medios aplicados a la cura de una enfermedad (27).

CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el Perú, se calcula que, de las diferentes causas de decesos prematuros, el 15.0% son ocasionados por ECV (2), teniendo un alto porcentaje de fallecidos de 143 muertes por cada habitante en un 100,000 (3), pero su incidencia a nivel de distrito el cual hasta el momento no se ha investigado. Por lo que, la evaluación de su presencia geoespacial es de vital importancia para localizar o ubicar la evaluación, implementación y monitoreo de programas dirigidos a la prevención de las ECV (4).

Según la información registrada por el MINSA, un total de 6,444 decesos por ECV fueron registrados en las provincias de Lima y Callao en el año 2013 (67 muertes por cada 100,000 habitantes), donde el 48,70% fueron del sexo femeninos con edad promedio de 77,8 años y el 51,30% del sexo masculino con una edad promedio de 72,3 años. Las trascendentales procedencias específicas de la muerte de acuerdo al CIE-10 son por infarto agudo de miocardio en un 31,70% y la segunda por accidente vascular encefálico agudo con el 11,30%. De los 49 distritos examinados las tasas más elevadas conglomeradas en cinco cuantíeles se hallaron en: San Isidro, Miraflores, Pueblo Libre, Magdalena del Mar, La Punta, La Perla, Jesús María, Breña, Bellavista y Lima.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1.1. Problema General

¿Cuál es la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018?

2.1.2. Problemas Específicos

P.E. 1: ¿Cuál es la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio según sexo en la provincia de Ica, 2018?

P.E.2: ¿Cuál es el grupo etario en que es más frecuente encontrar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018?

P.E.3: ¿Cuáles son las enfermedades crónicas más frecuentemente presentes como antecedente en los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018?

P.E.4: ¿Cuáles es la prevalencia de la clasificación de Killip en pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018?

P.E.5: ¿Cuáles es la prevalencia del tratamiento empleado en pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018?

2.1.3. Delimitación de problema

- **Delimitación espacial**

El estudio será dentro de la jurisdicción de la provincia de Ica.

- **Delimitación social**

Implicó a la población de la Provincia de Ica.

- **Delimitación temporal**

El trabajo de investigación fue delimitado al año 2018.

- **Delimitación conceptual**

Se trabajará dentro del concepto de las ciencias de la Salud sobre la prevalencia de infarto agudo al miocardio.

2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

2.3.1. Justificación

La investigación se justifica en la cual señalamos las razones siguientes vistos desde un enfoque teórico donde se hará una revisión teórica sobre la incidencia de infarto agudo al miocardio; de lo práctico en nuestra provincia no se tienen estudios sobre el tema de investigación; en lo metodológico por cuanto se requiere mejorar la información en cuanto a la información de los riesgos ocasionados a la sociedad sobre el infarto agudo de miocardio.

2.3.2. Importancia

La importancia del estudio se plantea desde un punto de vista teórico, considerando las siguientes razones, ya que puede mejorar la información sobre la prevalencia de infarto agudo de miocardio. Desde un punto de vista práctico, y por supuesto, lo más importante es realizar un diagnóstico precoz, ya que la posibilidad de diagnóstico debe contrastarse con otras enfermedades.

Es metodológicamente importante ya que permite el uso de metodologías en información y procesos sobre la prevalencia de infarto agudo de miocardio.

2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. Objetivo General

O.G.: Determinar la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018

2.4.2. Objetivos específicos

- O.E.1:** Determinar la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio según sexo en la provincia de Ica, 2018
- O.E.2:** Determinar el grupo etario en que es más frecuente encontrar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018
- O.E.3:** Determinar las enfermedades crónicas más frecuentemente presentes como antecedente en los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018
- O.E.4:** Determinar la prevalencia de la clasificación de Killip en pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018
- O.E.5:** Determinar la prevalencia del tratamiento empleado en pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018

2.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1. Identificación de variables

- Prevalencia
- Infarto Agudo de Miocardio
- Edad
- Sexo
- IMC
- Tratamiento previo

2.5.2. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión conceptual	Dimensión	Indicador	Índice	Instrumento
Prevalencia	Es la cantidad de sujetos una población que manifiestan un evento determinado o una característica en un periodo o momento determinado	Grupo de una población	Características o eventos determinados	Número de casos nuevo más los ya existentes	La Ficha de datos
Infarto Agudo de Miocardio	Se trata de un problema coronario agudo resultante de la oclusión aguda de una arteria coronaria que provoca necrosis miocárdica, demostrada clínicamente por angina y / o ataques de angina equivalentes, por signos y síntomas clínicos, signos serológicos y por cambios electrocardiográficos.	Síndrome coronario	Obstrucción de las arterias Coágulo de sangre Contracción de una arteria coronaria Enfermedades crónicas Hipertensión, Diabetes, Vida sedentario, El tabaco, etc.	Dolor muy fuerte y opresión en el pecho Mareo Sudor Cansancio	La Ficha de datos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Edad	Grupo etario	18 a 59 años ≥ 60 años	La Ficha de datos
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	La Ficha de datos
IMC	Es el índice de la relación entre el peso y la altura, principalmente usado para clasificar el peso excesivo, el peso insuficiente, y la obesidad en los mayores	Índice de masa corporal	Peso/talla	Desnutrición Eutrofia Obesidad	La Ficha de datos
Tratamiento previo	Conjunto de medios aplicados a la cura de una enfermedad	Paciente ha recibido anteriormente tratamiento anti isquémico	Sí No	Presente Ausente	La Ficha de datos

CAPITULO III METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo, nivel y Diseño de investigación.

3.1.1. Tipo de investigación

Por el tipo de investigación, el presente estudio reúne las condiciones necesarias para ser denominado como: “Investigación Aplicada”.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de la investigación será descriptivo, observacional transversal porque nos permitió la observación de la muestra del 2018, donde presenta el siguiente esquema:

$$\frac{MT1}{MT2} \quad 0$$

M : Representa la muestra

O : Representa las observaciones realizadas.

T : Representa a la muestra estudiada en el tiempo (2018)

3.1.3. Diseño de la Investigación

Diseño: será no experimental, ya que no se manipularan las variables de estudio.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Población estará conformada por todos los (550,300) adultos mayores de 30 años de la provincia de Ica. (28)

Edad	Población
30- 39 años	184,800
40- 55 años	249,200
56 - + años	116,300
Total	550,300

Fuente: I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población (2017)

3.2.2. Muestra

Mediante la siguiente formula estadística se determinó el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 * (p . q) * N}{(E)^2 (N - 1) + (p * q)Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = El total del universo (550,300)

p = Probabilidad (p = 0.5).

q = No Probabilidad (q = 0.5).

Z = Grado de confiabilidad. 95%, siendo el valor de Z=1.96.

E = Error muestral (0.05).

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(550,300)}{(0.05)^2 (550,300 - 1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{528508.1}{1376.708}$$

$$n = 384 \text{ adultos mayores de 30 años}$$

La muestra será seleccionada de forma aleatoria.

Criterios de inclusión:

- Persona usuaria que acudan a los Hospitales de MINSA y EsSalud en la Provincia de Ica
- Adultos mayores de 30 años
- Pacientes que padezcan la enfermedad diagnosticada con síndrome coronario agudo

Criterios de exclusión:

- Pacientes sanos, que no presenten la enfermedad
- Historia clínica incompleta
- Adultos menores a los 30 años

CAPITULO IV TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

4.1 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas a ser utilizadas fueron:

- La ficha de recolección de los datos

4.2 Instrumentos de recolección de datos

- Evaluación de la Historia clínica
- Investigación literaria en esta etapa obtiene información de revistas, publicaciones, artículos, páginas electrónicas, portales institucionales, y otros similares con la finalidad recabar la necesaria información para concluir el trabajo estudiado.

4.3 Técnicas de análisis e interpretación de resultados

Se realizó el análisis e interpretación de los datos a través de las etapas siguientes:

- **Clasificación de datos.** Esta es la etapa de procesamiento de la información que incluyó la selección de los datos obtenidos, según varios criterios y objetivos específicos de la tesis.
- **Codificación.** Se asignó valores a los ítems del cuestionario, según los objetivos del estudio.
- **Tabulación.** La información se ingresó en la base de datos utilizando SPSS v. 18 para agregar, consolidar, en los datos resultantes, y así generar informes que faciliten su análisis e interpretación.
- ♣ **Construir tablas estadísticas.** Las tablas estadísticas se desarrolló para proporcionar objetividad y aclarar la comprensión del estudio, no

solo por parte de los investigadores sino también de los lectores en general.

- **Análisis estadístico.** El proceso de tabulación, tablas y gráficos estadísticos, facilita la comprensión de los datos obtenidos. Se utilizarán los programas estadísticos de frecuencia; ser aplicado para analizar variables según sea necesario.
- **Interpretar información.** Es el proceso mediante el cual se explica el análisis y la interpretación correspondiente y se realizará mediante la inferencia lógica de los datos procesados mediante la oposición de los resultados parciales con las hipótesis del trabajo.

CAPITULO VI PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Presentación e interpretación de resultados

Tabla 1
Prevalencia de infarto agudo de miocardio según sexo

TABLA 1 SEXO				TOTAL
SEXO	FEMENINO	98	46	144
	%	25.5	12.0	37.5
	MASCULINO	145	95	240
	%	37.8	24.7	62.5
TOTAL		243	141	384
	%	63.3	36.7	100

Fuente: Ficha de datos

En la tabla N°1, se puede observar que la prevalencia por sexo es mayor en varones con un 62.5 % comparada con mujeres con un 37.5 %

Tabla 2
Prevalencia de infarto agudo de miocardio según edad

TABLA 2		TOTAL
EDAD		
EDAD	30-39 AÑOS	81
	%	21.1 %
	40 – 55 AÑOS	107
	%	27.9 %
	56 A MAS AÑOS	196
	%	51.0 %

Fuente: Ficha de datos

En la tabla N°2, se puede observar que de 30 a 39 años son el 21.1%, de 40 a 55 años el 27.9% y de 56 a más años el 51.0%.

Tabla 3
Prevalencia de infarto agudo de miocardio según enfermedades crónicas

TABLA 3		TOTAL
ENFERMEDADES CRONICAS		
ENFERMEDADES CRONICAS	HIPERTENSION ARTERIAL	169
	%	44 %
	DIABETES MELLITUS	72
	%	18.8 %
	OBESIDAD	29
	%	7.6 %
	TABAQUISMO	81
	%	21.1%
	DISLIPIDEMIA	33
%	8.6%	

Fuente: Ficha de datos

En la tabla N°3, se puede observar que el 44.0% tiene como enfermedad crónica prevalente la hipertensión arterial, el 18.8% la diabetes mellitus, el 7.6% la obesidad, el 21.1% el tabaquismo y el 8.6 la dislipidemia.

Tabla 4
Prevalencia de infarto agudo de miocardio según localización del infarto

TABLA 4		TOTAL
LOCALIZACION DEL INFARTO		
LOCALIZACION DEL INFARTO	INFERIOR	125
	%	32.6 %
	ANTERIOR	156
	%	40.6 %
	ANTEROLATERAL	43
	%	11.2 %
	LATERAL ALTO	33
	%	8.6%
	SEPTAL	27
	%	7.0 %

Fuente: Ficha de datos

En la tabla N°4, se puede observar que en el 32.6% el infarto se localizó en la parte inferior, en el 40.6% en la parte anterior, en el 11.2% en la parte anterolateral, en el 8.6% en la parte lateral alto y el 7.0% en la parte septal.

Tabla 5
Prevalencia de Terapéutica en el infarto agudo de miocardio

TABLA 5 TRATAMIENTO		TOTAL
TRATAMIENTO	TROMBOLISIS	83
	%	21.6 %
	ANGIOPLASTIA CORONARIA	165
	%	43 %
	ANTICOAGULACION	67
	%	17.4 %
VASOPRESORES	69	
%	18 %	

Fuente: Ficha de datos

En la tabla N°5, se muestran los resultados de la terapéutica el 21.6% trombólisis, el 43.0% angioplasma coronaria, el 17.4% anticoagulación, el 18.0% Vasopresores.

Tabla 6
Prevalencia de tipo de Infarto agudo de Miocardio según
Clasificación Killip

TABLA 6		TOTAL
CLASIFICACION		
CLASIFICACION	KILLIP I	27
	%	7 %
	KILLIP II	50
	%	13 %
	KILLIP III	63
	%	16.4 %
	KILLIP IV	244
%	63.5 %	

Fuente: Ficha de datos

En la Tabla N°6 se muestran los resultados sobre la clasificación de Killip, el resultado fue: 7.0% fue Killip I, el 13.0% Killip II, el 16.4% Killip III, y el 63.5% Killip IV.

6.2. Discusión de resultados

La investigación tuvo como objetivo el poder determinar la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018, obteniéndose los siguientes resultados:

En EsSalud el 37.5% son hombres el 25.5% mujeres en el Minsa el 24.7% son hombres y el 12.0% son mujeres, nos muestra que la variable sexo es un factor protector para el desarrollo de mortalidad por infarto agudo de miocardio en el grupo de estudio, con respecto a la edad tenemos que en el grupo de 30 a 39 años son el 21.1%, de 40 a 55 años el 27.9% y de 56 a más años el 51.0%; nos muestra que a mayor edad existe un mayor riesgo de probabilidad de mortalidad por infarto agudo de miocardio en el grupo de estudio, con respecto a la enfermedades crónicas se encontró que el 44% tenía el antecedente de la hipertensión arterial, el 18.8% la diabetes mellitus, el 7.6% la obesidad, el 21.1% el tabaquismo y el 8.6 la dislipidemia; de los pacientes evaluados en el presente estudio el 32.6% el infarto se localizó en la parte inferior, en el 40.6% en la parte anterior, en el 11.2% en la parte anterolateral, en el 8.6% en la parte lateral alto y el 7.0% en la parte septal; sobre la clasificación de Killip, el 7.0% fue Killip I, el 13.0% Killip II, el 16.4% Killip III, y el 63.5% Killip IV.

Los resultados obtenidos guardan relación significativa con los hallados por Fernández-Bergés, D. Gurrea; López JR, 2016, con un promedio de edad entre los $70,5 \pm 12,5$ años, el 31.80% del sexo femenino y el 42,10% mayores de 74 años.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio según sexo es mayor en hombres de 62.5% en los hombres y 37.5% en mujeres.
2. El grupo etario prevalente con Infarto Agudo de Miocardio, es en los adultos de 56 a más años de edad con un 51.0%.
3. La enfermedad crónica más prevalente en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, es la hipertensión 44%, seguida de tabaquismo con un 21.1%.
4. La clasificación de Killip (RIESGO DE MORTALIDAD) prevalente en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio es la clasificación Killip IV 63.5% ; seguida de la clasificación de Killip III con un 16.4%.

RECOMENDACIONES

1. Las autoridades de salud deben de promover las políticas de salud necesarias para prevenir, diagnosticar y contar con los tratamientos en cuanto al Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica.
2. Se recomienda a la población y pacientes dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y controlar enfermedades como la diabetes, la hipertensión o el colesterol.
3. Se recomienda a los pacientes que han sufrido infarto agudo de miocardio y público en general mantener una dieta equilibrada y saludable lo cual es fundamental para prevenir la recaída y reducir los factores de riesgo cardiovasculares.
4. Se recomienda a la población y pacientes dejar la vida sedentaria y practicar natación, ciclismo y caminar unos 30 minutos al día por la mañana y por la tarde. Estos son los deportes que los expertos recomiendan a los pacientes que han tenido un infarto.
5. Es necesario realizar una ampliación en cuanto a la información sobre la enfermedad tratad razón por la cual se encuentran pocos estudios en nuestra jurisdicción.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud - OMS (2017). Enfermedades cardiovasculares
2. Pan American Health Organization. Perú: Cardiovascular diseases profile [Internet]. Perú: PAHO; 2014 [Citado el 24 -11- 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=27864&lang=en
3. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, et al. "Global and Regional Patterns in Cardiovascular Mortality From 1990 to 2013". *Circulation*. 2015; 132(17):1667-78. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008720.
4. Soljak M, Samarasundera E, Indulkar T, Walford H, Majeed A. "Variations in cardiovascular disease under-diagnosis in England": national cross-sectional spatial analysis. *BMC*
5. Peñafiel, S.; Mendoza, A.; Tufiño, A.; Gaus, D. (2017) Caracterización de los pacientes con infarto agudo de miocardio en un hospital rural en el Ecuador como ejemplo de la inequidad en salud. Tesis. Pichincha, Ecuador
6. Ayala, I (2017). Mortalidad por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, relacionada con factores de riesgo, terapéutica y hallazgos electrocardiográficos. Tesis Maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala

7. García, J...; Fernández, A. (2017) Infarto Agudo de Miocardio perioperatorio en pacientes tratados con revascularización miocárdica. Tesis. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). C
8. Lorente, P. (2017). estudio de los factores de riesgo relacionados con la muerte súbita cardiaca en la provincia de Albacete. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España
9. Fernández-Bergés, D. Gurrea; López JR (2016). Infarto de miocardio en pacientes mayores de 75 años. Análisis comparativo de 10 años de ingresos en un Hospital Extremeño. España
10. Purilla, J. (2017). Estrategias de repercusión en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015-2016. Tesis Maestría. Universidad de San Martín de Porras. Lima, Perú
11. Rodríguez, O.; GUIA, A. (2016). factores de riesgo asociados al infarto agudo de miocardio en usuarios de servicios de emergencia. Tesis Especialidad. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú
12. Berrios, N; Jara, M. Leticia (2016). Factores que favorecen el infarto agudo de miocardio en adultos atendidos en emergencia. Tesis Especialidad. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú
13. Apagüño, C. (2015). Asociación de la psoriasis con el infarto de miocardio en pacientes con hipertensión arterial. Tesis Especialista. Universidad de San Martín de Porras. Lima, Perú

14. Argimon JP, Jiménez JV. "Métodos de investigación clínica y epidemiológica". Tercera edición. Madrid, España: Elsevier España; 2004.
15. Lordoño JLF. Metodología de la investigación epidemiológica. Tercera edición. Bogotá, Colombia: El Manuel Moderno; 2004
16. Greemberg RS, Daniels SR, Flanders WD, Eley JW, Boring JR. Medical epidemiology. Tercera edición. New York, USA: McGraw-Hill; 2001.
17. Ferreira GI. "Epidemiología de la enfermedad coronaria". Rev Esp Cardiol. 2014;67(2):139-44
18. Coll MY, Valladares FJ, González RC, Falcón HA, Pereira VE. Infarto agudo de miocardio. "Guía de práctica clínica". Finlay. 2011;1(2):33-47
19. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC "Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes". J Am Col Cardiol. 2014;130(1):344-426
20. Barrabés JA, Sanchís J, Sánchez PL, Bardají A. Actualización en cardiopatía isquémica. Rev ESP Cardiol. 2009;62 Suppl 1:80-91
21. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation. 2010; 121:750-8.
22. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. "Smoking cessation in patients with coronary artery disease". Am Heart J. 2005;149:565-72

23. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *Engl Med* 2002; 346:793-801.
24. Cleland JG, Torabi A, Khan NK. Epidemiology and management of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in the aftermath of a myocardial infarction. *Heart* 2005; 91(Suppl II):ii7–ii13.
25. Kristian Thygesen a, Joseph S. Alpert a, Allan S. Jaffe a, Maarten L. Simoons a, Bernard R. Chaitman a, Harvey D. White a Documents de consensus de experts. Tercera definición universal del infarto de miocardio *Revista Cardiología*. 2013; 66:132.
26. I.N.E.I. - Estimaciones y proyecciones de población (2017).

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA
ESCUELA DE POSGRAADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
“PREVALENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA
PROVINCIA DE ICA, 2018”

Con esta entrevista y estudio de la historia clínica se identifican las prevalencias de infarto agudo de miocardio, en la población de la provincia de Ica.

Esta información es confidencial

Edad: ____ años Sexo: M ____ F ____ IMC: ____

FACTORES DE RIESGO		
	SI	NO
HIPERTENSION ARTERIAL		
DIABETES MELLITUS		
OBESIDAD		
TABAQUISMO		
DISLIPIDEMIA		
COLESTEROL LDL > 160 mg/dl		

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS		
LOCALIZACION DEL INFARTO	SI	NO
INFERIOR		
ANTERIOR		
ANTEROLATERAL		
LATERAL ALTO		
SEPTAL		

COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS		
	SI	NO
CHOQUE CARDIOGENICO		
ARRITMIAS		
BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR		
INFECCIONES		

TERAPÉUTICA		
	SI	NO
TROMBOLISIS		
ANGIOPLASTIA CORONARIA		
ANTICOAGULACIÓN		
VASOPRESORES		

CLASIFICACION		
	SI	NO
KILLIP I		
KILLIP II		

CLASIFICACION		
	SI	NO
KILLIP III		
KILLIP IV		

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cuál es la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio según sexo en la provincia de Ica, 2018? ¿Cuál es el grupo etario en que es más frecuente encontrar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018? ¿Cuál es la prevalencia de presentación de dolor anginoso en pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio, en la provincia de Ica, 2018? ¿Cuáles son las enfermedades crónicas más frecuentemente presentes como antecedente en los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018? ¿Cuáles es la prevalencia de la clasificación de Killip en pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018?</p>	<p>Objetivo General Determinar la prevalencia de infarto agudo de miocardio en la provincia de Ica, 2018</p> <p>Objetivos específicos Determinar la prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio según sexo en la provincia de Ica, 2018 Determinar el grupo etario en que es más frecuente encontrar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018 Determinar la prevalencia de presentación de dolor anginoso en pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio, en la provincia de Ica, 2018 Determinar las enfermedades crónicas más frecuentemente presentes como antecedente en los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018 Determinar la prevalencia de la clasificación de Killip en pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018</p>	<p>Hipótesis General La prevalencia de infarto agudo de miocardio se ha incrementado en la provincia de Ica, 2018</p> <p>Hipótesis Específica La prevalencia de Infarto Agudo de Miocardio influye significativamente según el sexo en la provincia de Ica, 2018 El grupo etario en que es más frecuente encontrar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018 La prevalencia de presentación de dolor anginoso influye significativamente en los pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio, en la provincia de Ica, 2018 Las enfermedades crónicas más frecuentemente presentes como antecedente influyen significativamente en los pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018 La prevalencia de la clasificación de Killip influye significativamente en los pacientes de ambos sexos diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio en la provincia de Ica, 2018</p>	<p>Prevalencia</p> <p>Dimensión Grupo de una población</p> <p>Infarto agudo de miocardio</p> <p>Dimensión Síndrome coronario</p>	<p>Características o eventos determinados</p> <p>Obstrucción de las arterias Coágulo de sangre Contracción de una arteria coronaria Enfermedades crónicas Hipertensión, Diabetes, Vida sedentario, El tabaco, etc</p>	<p>Enfoque:</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Descriptivo, observacional y ttransversal</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Muestra: 384 habitantes</p> <p>Técnicas e Instrumentos:</p> <p>Técnica: Encuesta y cuestionario</p> <p>Instrumento: Encuesta y ficha de entrevista</p>

