

Sistema de acciones para fortalecer el abordaje terapéutico de afecciones cardiovasculares

Action System to Strengthen the Therapeutic Approach to Cardiovascular Diseases

MSc. Gustavo R. Mora Marcial,^I Dra. Ivette Molina Linares,^{II} MSc. Ailín Carvajal Herrera,^{III} Dra. Elva Valdez Rodríguez,^{III} Dra. Maira J. Milian Milian^{III}

^I Filial Universitaria Municipal. Camajuaní, Villa Clara, Cuba.

^{II} Sectorial Provincial de Salud. Villa Clara, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Camajuaní, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares continúan ascendiendo a pesar de las potencialidades transformadoras de estilos de vida que brinda la medicina familiar. **Objetivo:** caracterizar la situación de salud cardiovascular, la evaluación de los recursos humanos y las necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares y proponer un sistema de acciones para fortalecer el abordaje terapéutico de las afecciones cardiovasculares.

Métodos: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio Camajuaní, desde septiembre 2013 a septiembre del 2014. Se trabajó con una población integrada por 79 médicos especialistas en Medicina General Integral y 12 enfermeros vinculados a la atención médica ambulatoria y de urgencia, además de los 760 pacientes con afecciones cardiovasculares. Se utilizaron variables como: nivel de conocimiento, desempeño y factores de riesgo.

Resultados: no hubo diferencia entre los grupos de edades ($p > 0,05$), con predominio del sexo masculino ($p < 0,01$), el mayor por ciento se encontraba por encima del 90 percentil ($p < 0,001$), con predominio del sedentarismo y antecedentes familiares de la enfermedad ($p < 0,001$). En el conocimiento de la temática resultó bien en los profesionales médicos, con un valor muy altamente significativo ($p < 0,001$), y en el desempeño predominó la calificación de BIEN, con una significación a la prueba $p = 0,000$.

Conclusiones: la atención ambulatoria y de urgencia al paciente descompensado por afecciones cardiovasculares fue satisfactoria. Los pacientes en riesgo no desarrollan un adecuado proceso de rehabilitación comunitaria y continúan sufriendo descompensaciones.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares; epidemiología; prevención y control; terapia; factores de riesgo; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases still have a growing rate in Cuba, but due to the possibilities the family medicine has of changing people's life styles, and the role of doctors as promoters of a sanitary culture, it is possible to act upon risk factors, avoiding the emergence of cardiovascular diseases.

Objective: to propose a system of actions to strengthen the management of cardiovascular diseases in the Primary Health Care.

Methods: it was used a retrospective longitudinal descriptive method in Octavio de la Concepcion y la Pedraja Polyclinic in Camajuani, from September 2013 to September 2014. The target population for this research consisted in 79 physicians, specialists in Integral General Medicine, and 12 nurses linked to ambulatory and emergency health care, in addition to 760 patients suffering from cardiovascular conditions. The variables were level of knowledge about the topic, performance and risk factors. The information was gathered through the patients' medical records, the records of patients who had been admitted to the intensive care unit of the municipal polyclinic, the records of death certificates, observation guides, surveys applied to professionals linked to Primary Health Care, interview to experts.

Results: there was a difference among the age groups ($p > 0.005$), prevailing the male sex ($p < 0.01$), the highest percentage was above percentile 90 ($p < 0.001$), sedentarism and antecedents of the disease in the family history were predominant ($p < 0.001$). A qualification of GOOD was prevalent among the health professionals with a highly significant value of probability ($p < 0.001$) when evaluating knowledge about the topic, the performance in both groups of professionals was graded predominantly as GOOD with a signification to the test ($p = 0.000$).

Conclusions: the ambulatory and emergency health care to decompensated patients suffering from cardiovascular diseases was satisfactory, the patients at risk continue suffering decompensations and they do not develop an appropriate process of communitary rehabilitation.

Key words: cardiovascular diseases, epidemiology, prevention and control, therapy, risk factors, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de mejorar la calidad de la atención médica integral que se brinda a la población cubana continúa siendo una prioridad. Elevar la eficiencia y efectividad de las acciones del médico y la enfermera de la familia en función de los problemas de salud a los que se enfrenta, es requisito indispensable para el desarrollo de una

atención médica integral que mejore la calidad de la atención y, por tanto, la satisfacción de la población.¹

Dadas las potencialidades transformadoras de estilos de vida que poseen el médico y la enfermera de la familia, como formadores de una cultura sanitaria y capaces de actuar sobre el riesgo antes que se produzca la enfermedad, la atención primaria constituye la piedra angular del Sistema Nacional de Salud y es a partir de su organización que se estructura todo el sistema de atención integral al hombre y a su medio. La medicina familiar se perfecciona y desarrolla de modo continuo, tanto desde el punto de vista organizativo como académico.² Resulta necesario que los profesionales de salud, encargados de desarrollar esta importante labor, se encuentren bien preparados para enfrentarla con éxito.

En Cuba, las cardiopatías constituyen también una de las principales causas de muerte y alcanzan más del 30 % de la mortalidad global.³

En el municipio Camajuaní, en el período de enero-diciembre de 2012, se reportaron 85 defunciones por cardiopatía isquémica, para una tasa de 135,36; por infarto agudo del miocardio un total de 42, para una tasa de 66,88; y por otras enfermedades del corazón hubo un total de 110 defunciones, lo que representa una tasa de 175,17.⁴

Múltiples son los factores de riesgo que inciden en la aparición de dichas enfermedades: la aterosclerosis, la hipertensión arterial esencial y la diabetes mellitus, entre otras. De los factores que se sabe que contribuyen a la enfermedad coronaria, el 54 % están relacionados con el estilo de vida y la conducta.

A pesar de los avances en el tratamiento de estos pacientes, la mortalidad continúa elevada, por tanto se necesitan acciones integrales a través de estudios de intervención intersectoriales y multidisciplinarios.^{5,6} El objetivo de este estudio es caracterizar de la situación de salud cardiovascular, la evaluación de los recursos humanos y las necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares y proponer un sistema de acciones para fortalecer el abordaje terapéutico de las afecciones cardiovasculares en Camajuaní.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio de Camajuaní, provincia Villa Clara desde septiembre de 2013 a septiembre de 2014.

Población integrada por 79 médicos especialistas en Medicina General Integral, 12 enfermeros vinculados a la atención médica ambulatoria y de urgencia y 760 pacientes con afecciones cardiovasculares.

Criterios de inclusión:

- Totalidad de profesionales de la salud, especialistas en MGI y personal de enfermería, vinculados a la asistencia médica de los pacientes con afecciones cardiovasculares.
- Total de pacientes con afecciones cardiovasculares mayores de 50 años pertenecientes al policlínico.

Criterios de exclusión:

- Los que no dieron su consentimiento de participar en la investigación.

Definición y operacionalización de las variables.

Técnicas y Procedimientos para la obtención de la información

En la primera etapa de la investigación se identificaron las principales causas cardiovasculares de acceso a la consulta de cardiología (pacientes) y del cuerpo de guardia del policlínico, encuesta N° 1 (anexo 1) y la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes. Se evaluaron las necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares mediante el comportamiento del nivel de ingresos en la UTI municipal por causa cardiovascular y el nivel de fallecidos en la misma de igual etiología. Esta información se obtuvo mediante la revisión documental del registro de casos vistos en la unidad y la revisión del registro de certificados de defunciones del departamento de estadísticas del policlínico.

Para la evaluación de los recursos humanos se aplicó una guía de observación (anexo 2), la cual permitió evaluar el nivel de desempeño de médicos MGI y personal de enfermería, y el cuestionario N° 2 (anexo 3) para evaluar nivel de conocimiento, el cual sólo se le aplicó a los MGI.

También se entrevistó a expertos (anexo 4) para identificar las necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares y atención al paciente en riesgo con enfoque comunitario. Todo esto permitió realizar la propuesta del sistema de acciones para el fortalecimiento del abordaje terapéutico de las mismas en la APS. El mismo está compuesto por 3 subsistemas. El subsistema 1 integrado por las acciones a desarrollar para el perfeccionamiento de los recursos humanos. El subsistema 2 son las acciones a desarrollar para el perfeccionamiento en la atención al paciente en riesgo con enfoque comunitario y el subsistema 3 está compuesto por las acciones para evaluar la efectividad del sistema de acciones integrales (anexo 5).

Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos fueron procesados a través del método manual creando un listado de pacientes, los que fueron resumidos en tablas de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, calculando por cientos.

Se aplicaron técnicas de estadística inferencial como el estadígrafo *Chi Cuadrado* de independencia y la prueba de hipótesis para determinar la significación de la asociación entre variables y relevancia de determinados frecuencias de proporciones. Para ambas pruebas estadísticas se utilizó el programa EPITABLE versión 6. Se fijó un error alfa (α) de 0,05 y para su interpretación se tuvo en cuenta el valor de la probabilidad asociada a dicho error, clasificándola como:

- No significativa si $p > 0,05$
- Significativa si $p < 0,05$
- Altamente significativa si $p < 0,01$
- Muy altamente significativa si $p < 0,0$

RESULTADOS

No existió diferencia entre los grupos de edades ($p > 0,05$), predominando de forma general y muy significativa los pacientes del sexo masculino (tabla 1) en los ingresados del estudio ($p < 0,01$).

Se demuestra como resultado muy altamente significativo ($p < 0,001$) que los pacientes predominantes se encontraban por encima del 90 percentil ($X^2 = 74,48$ $p = 0,000$). Además de que existía diferencias en cuanto al sexo, con predominio de obesas y sobrepeso en las féminas, según el índice de masa corporal (IMC) con un valor de probabilidad altamente significativo ($p < 0,01$) (tabla 2).

Tabla 1. Caracterización según edad y sexo

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
50 - 55	66	20,1	93	21,5	159	20,9
56 - 60	88	26,8	110	25,5	198	26,1
61 - 65	92	28,1	131	30,3	223	29,3
66 y más	82	25,0	98	22,7	180	23,7
Total	328	100,0	432	100,0	760	100,0

Edad $\chi^2 = 5,83$ $p = 0,120$ Sexo $\chi^2 = 7,15$ $p = 0,007$

Fuente: Aplicación de la encuesta a los pacientes.

Tabla 2. Caracterización según índice de masa corporal

Índice de masa corporal	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo peso	87	26,5	111	25,7	198	26,0
Normo peso	92	28,1	160	37,0	252	33,2
Sobrepeso	89	27,1	116	26,9	205	27,0
Obeso	60	18,3	45	10,4	105	13,8
Total	328	100,0	432	100,0	760	100,0

Existió predominio muy altamente significativa en el porcentaje de pacientes con presencia de sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular en correspondencia con la hipótesis de nulidad de aceptar menos de un 5 % en ellos, para cualquier factor ($p < 0,001$) (tabla 3).

La calificación de BIEN resultó predominante en los profesionales médicos, con un valor de probabilidad muy altamente significativo ($p < 0,001$) al evaluar conocimiento de la temática (tabla 4).

Tabla 3. Caracterización según factores riesgo

Factores de riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sedentarismo	111	33,8	107	24,8	218	28,7
Antecedentes familiares	81	24,7	79	18,3	160	21,1
Hipertensión arterial	29	8,8	86	19,9	115	15,1
Obesidad	60	18,3	45	10,4	105	13,8
Tabaquismo	31	9,4	64	14,8	95	12,5
Alcoholismo	-	0,0	38	8,8	38	5,0
Dislipidemia	8	2,4	7	1,6	15	2,0
Diabetes mellitus	8	2,4	6	1,4	14	1,8

Nota: una persona puede presentar más de un factor.

$$\chi^2 = 152,0 \quad p = 0,000 \quad \chi^2 = 86,0 \quad p = 0,000$$

Fuente: Aplicación de la encuesta a los pacientes.

Tabla 4. Nivel de conocimiento aprobado en los profesionales del estudio como necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares

Nivel de conocimiento	Médicos	%
Bien	75	94,9
Regular	4	5,1
Mal	0	0,0
Total	79	100,0

$$\chi^2 = 27,73 \quad p = 0,000$$

Fuente: Aplicación de la encuesta a los profesionales.

Al valorar el nivel de desempeño para los médicos, se encontró un resultado del chi cuadrado de $c^2 = 69,15$ $p = 0,000$, que se considera muy altamente significativo con respecto a la calificación de BIEN; mientras que la obtenida en enfermería fue algo menor, aunque con valor de significativo ($c^2 = 6,17$ $p = 0,012$). En general, en ambos grupos de profesionales predominó la calificación de BIEN con una significación a la prueba $c^2 = 74,75$ $p = 0,000$. La tabla informa que 76 médicos tiene un buen desempeño para un 96,2 % y enfermeras 10 para un (83,3 %) y malo 3 médicos (3,8 %) y 2 enfermeras (16,7); con un total de 86 con categoría de buen desempeño de un total de 91 profesionales de la salud que participaron en el estudio, lo que representa un 94,5 % (tabla 5).

Tabla 5. Nivel de desempeño aprobado en los profesionales del estudio como necesidades organizativas para las acciones cardiovasculares

Nivel de desempeño	Médicos		Enfermería		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	76	96,2	10	83,3	86	94,5
Malo	3	3,8	2	16,7	5	5,5
Total	79	100,0	12	100,0	91	100,0

Médicos $\chi^2= 69,15$ $p= 0,000$ enfermería $\chi^2= 6,17$ $p= 0,012$
 Total $\chi^2= 74,75$ $p= 0,000$

Fuente: Aplicación de la guía de observación para médicos y enfermeras.

DISCUSIÓN

Se demostró que a partir de los 50 años son frecuentes las patologías cardiovasculares y que el sexo más afectado es el masculino, aunque estudios recientes señalan el ascenso de dichas entidades en el sexo femenino.

Según un estudio realizado en el policlínico "Dr. Mario Escalona", se encontró una prevalencia de enfermedad cardiovascular de 75,3, que es elevada pero justificable por el propio proceso de envejecimiento, donde juega un papel determinante la arteriosclerosis, sin diferencia significativa en cuanto al sexo, y la literatura plantea que las enfermedades cardiovasculares tienen relación directa y proporcional con la edad.⁷

La encuesta de la Federación Mundial de Cardiología arrojó que sólo un número limitado de países posee instrucciones para el manejo de las enfermedades cardiovasculares y de sus factores de riesgo, y que el aumento del promedio de vida en los países en vías de desarrollo y el consiguiente incremento de la población adulta explican el crecimiento del número de casos que padecen las complicaciones cardiovasculares en estos países.⁸

Según *Rodríguez Domínguez y cols.*,⁹ en un estudio realizado en el policlínico "Nguyen Van Troi" predominó el sexo masculino en pacientes con afecciones cardiovasculares, en el caso del sexo femenino se conoce que el mismo está sujeto a una protección estrogénica en la edad fértil, la que disminuye durante la menopausia.

Un trabajo publicado en una revista médica chilena plantea que el aumento excesivo del peso corporal en los últimos 30 años está asociado a cambios en los hábitos de ingesta y de actividad física de la población. El gran desarrollo de la industria alimentaria, la mejoría del poder adquisitivo, los cambios socioeconómicos y los avances tecnológicos acaecidos en la última mitad del siglo que termina, han modificado la dieta y los estilos de vida de la sociedad occidental, alcanzando también estos cambios al mundo del Oriente, por lo que la prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez constituye una estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, principalmente las afecciones cardiovasculares.¹⁰

Las enfermedades cardiovasculares están asociadas con el exceso de peso. El índice de masa corporal de más de 25 kg/m² (sobrepeso) y, en especial de más de 30 kg/m² (obesidad), se relaciona con enfermedades cardiovasculares y otras. Varios

estudios han demostrado la importancia de la distribución central de la grasa en el riesgo cardiovascular.¹¹

Existió predominio muy altamente significativo en el porcentaje de pacientes con presencia de sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares y/o muerte por las mismas, en correspondencia con la hipótesis de nulidad de aceptar menos de un 5 % en ellos, para cualquier factor ($p < 0,001$) y sin dejar de mencionar que la presencia de Hipertensión Arterial también fue significativa.

En cuanto a la HTA, un estudio realizado por *Framingham* aportó que la frecuencia de HTA aumenta con la edad, llegando hasta el 50 % o más después de los 50 años, y *Campillo Motilva y González González* en su estudio sobre morbilidad cardiovascular en el adulto mayor obtuvieron que la HTA fue la enfermedad cardiovascular más frecuente en esa muestra, que llegó a estar presente en el 62,3 % de los pacientes.¹²

El nivel de conocimiento de estos médicos para el enfrentamiento de las acciones cardiovasculares durante la urgencia y ambulatorio en la atención primaria de salud es adecuado, permitiendo ello un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en esta área para el desarrollo de dichas acciones. Pero hay que señalar que en la pregunta dedicada a las acciones comunitarias se encontraron deficiencias con respecto a la prevención de las descompensaciones de los pacientes con afecciones cardiovasculares y de la rehabilitación de los descompensados, de ahí que se decide realizar una propuesta de un sistema de acciones para fortalecer el abordaje terapéutico de las afecciones cardiovasculares con enfoque comunitario.

El desempeño en el tratamiento ambulatorio y de urgencia de las afecciones cardiovasculares es satisfactorio, lo cual indica que exista un buen nivel de conocimiento y un buen funcionamiento de la atención primaria de salud en este aspecto, traducido esto en menos mortalidad por esta causa.

Una vez realizada la entrevista a expertos acordaron que:

- Debe existir a nivel comunitario un equipo multidisciplinario que evalúe el riesgo de descompensación de los pacientes con afecciones cardiovasculares para actuar de forma preventiva.
- En cuanto a la rehabilitación del paciente descompensado, esta se realizará conjuntamente con el médico y enfermera de la familia, basándose previamente en una investigación científica con enfoque de riesgo individual y comunitario, con apoyo intersectorial y participación comunitaria, etc.

Por estas razones se decide que hay que fortalecer el abordaje terapéutico de las afecciones cardiovasculares con enfoque comunitario se realiza la propuesta de un sistema de acciones que consta del diseño de 3 subsistemas que se relacionan entre sí:

Subsistema 1: acciones para el perfeccionamiento de los recursos humanos

- Confeccionar un Programa de capacitación para el equipo básico de salud acerca de la promoción, prevención, curación y rehabilitación del paciente en riesgo y del que sufrió una afección cardiovascular para su posterior reincursión a la comunidad.
- Formación de consejeros y promotores comunitarios para llevar a cabo dicha actividad con mejor aprovechamiento.

- Constituir un equipo multidisciplinario que sea quien capacite y evalúe la efectividad del sistema; compuesto por diferentes especialistas como: cardiólogos, licenciado en cultura física, Psicólogo, Fisiatra, Médico General Integral, Nutriólogo, Enfermera Comunitaria.

Subsistema 2: acciones para el perfeccionamiento en la atención al paciente en riesgo con un enfoque comunitario

- Diagnosticar, sobre bases de investigaciones científicas previas, aquellos pacientes en riesgo.
- Evaluar la evolución de los pacientes en riesgo a través de equipos multidisciplinarios y, según su evolución clínica, rediseñar estrategias de trabajo con ellos.
- Hacer uso de escenarios y creación de otros según necesidades, de tal manera que permitan el desarrollo de las diferentes acciones, tales como: consultorio médico, sala de rehabilitación, áreas deportivas, círculo social, entre otros.
- Desarrollar una voluntad política que coadyuve al desarrollo de la concientización acerca de la necesidad de prevenir las enfermedades cardiovasculares en la población.
- Preparar no solo a aquellos profesionales que se encuentran realizando la tarea en el presente, sino también a una reserva, para contar en todo momento con personal entrenado y objetivamente disponible.
- Interactuar con diferentes sectores, como Educación, Gastronomía, Cultura, Inder, entre otros para intercambiar saberes y trazar acciones a corto, mediano y largo plazo, según la intencionalidad de la tarea a realizar.
- Involucrar a la comunidad en general, líderes comunitarios y a la familia de los pacientes en la concientización de la necesidad de prevenir las enfermedades cardiovasculares en la población sana y apoyar la correcta atención a aquellos pacientes que ya las padecen.
- Brindar charlas educativas, talleres, etc., a los familiares de los pacientes en riesgo para su mejor reincursión a la comunidad.

Subsistema 3: acciones para evaluar la efectividad del sistema de acciones

- Evaluación según indicadores preestablecidos por el equipo multidisciplinario, de acuerdo a las características de cada comunidad y de los pacientes estudiados (Indicadores de proceso e Indicadores de resultados) y la variación de las variables clínicas.
- Evaluación del desempeño del personal a través de los resultados obtenidos por la aplicación del sistema de acciones.

Anexo 1

Encuesta No. 1

Estimado paciente, con la finalidad de desarrollar una investigación para fortalecer el manejo de las afecciones cardiovasculares en la Atención Primaria de Salud en el municipio de Camajuaní, se está realizando esta encuesta. Por este motivo necesitamos de su colaboración en el llenado de la misma.

1. Nombre
2. Edad
3. Sexo
4. Procedencia
5. Peso
6. Talla
7. Fumador Sí _____ No _____ ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____
8. Alcohol Sí _____ No _____ ¿Qué cantidad toma? _____
9. ¿Padece de Diabetes Mellitus? Sí _____ No _____
10. ¿Practica ejercicios físicos frecuentemente? Sí _____ No _____
11. ¿Ha tenido el colesterol alto? Sí _____ No _____
12. ¿Es usted hipertenso? Sí _____ No _____
13. ¿En su familia hay algún miembro que padece alguna enfermedad del corazón o que haya fallecido a causa de la misma? Sí _____ No _____
14. ¿Qué enfermedad cardiovascular usted padece?
Infarto agudo de Miocardio _____
Insuficiencia Cardíaca _____
Arritmias _____
Bloqueos _____
Anginas _____
Valvulopatías _____
Malformaciones Congénitas Cardiovasculares _____
15. ¿Ha sufrido alguna complicación de su enfermedad?
¿Cuál? _____

Anexo 2

Guía de observación

Habilidades a observar durante el desempeño de médicos y enfermeras en su labor en el cuerpo de guardia del PPU (apoyo vital):

Habilidades organizativas

- Logra llevar el hilo directriz
- Movilizar recursos necesarios
- Uso racional del tiempo

Habilidades técnicas

- Manejo adecuado de la situación presentada (intervención terapéutica) y uso de la tecnología
- Logro de respuesta esperada

Anexo 3

Encuesta No. 2

Estimado colega, con la finalidad de desarrollar una investigación para fortalecer el manejo de las afecciones cardiovasculares en la Atención Primaria de Salud en el municipio de Camajuaní se está realizando esta encuesta. Por este motivo necesitamos de su colaboración en el llenado de la misma.

1. Sobre el manejo de la cardiopatía isquémica compensada marque con una cruz (x) las correctas.

Los nitritos se usan en todas las anginas.

Los nitritos se usan en todas las anginas dolorosas.

La aspirina se utiliza en todas las anginas.

La digoxina se utiliza en la insuficiencia cardiaca congestiva.

La digoxina se utiliza en la fibrilación ventricular.

Los betabloqueadores se utilizan en los bloqueos AV.

Los betabloqueadores se utilizan siempre que no existan contraindicaciones en las anginas.

La digoxina se utiliza en el bloqueo AV.

Dentro de los factores de riesgo para padecer de enfermedad coronaria se encuentra la aterosclerosis.

Si realizamos actividades de promoción y prevención en cuanto a mejorar los hábitos dietéticos en pacientes que padecen enfermedad coronaria, estamos a su vez evitando la aparición de complicaciones de la misma.

2. Sobre el manejo del edema agudo del pulmón responda marcando con una X las acciones que considere necesarias

a) Acciones de primera línea

Morfina

Oxígeno/intubar si es necesario

Dopamina

Furosemida

b) Acciones de segunda línea

Furosemida

Dopamina sin TAS < 100 mmHg

Morfina

Nitroglicerina/ Nitroprusiato si TAS > 100 mmHg

Dobutamina sin TAS < 100 mmHg

3. Sobre el esquema de tratamiento diga:

a) En la taquicardia de QRS estrecho (-0,12 seg) se puede usar: marque con una X

Maniobras vagales

Adenosina

Amiodarona

Lidocaina

Sulfato de magnesio

b) Marque con una X la respuesta correcta

En los puntos torcidos se usa el sulfato de magnesio 1-2 seg

En la fibrilación auricular se usa la digoxina

En la taquicardia ventricular se usa digoxina

En el IMA con hipertensión se usa la Meperidina

4. Sobre la arritmia responda V o F

a) Solo se desfibrilan

Taquicardia ventricular con pulso

Fibrilación auricular

Flutter ventricular

Fibrilación ventricular

Taquicardia ventricular sin pulso

b) Se cardiovierten

Fibrilación ventricular

TPSV

Flutter auricular

- Taquicardia ventricular con deterioro hemodinámico
- Taquicardia ventricular sin pulso
- En la asistolia reasuma RCP inmediatamente por 5 ciclos 30 × 2
- En la taquicardia QRS estrecho – 0,12 seg se pueden aplicar maniobras vagales
- El BAV de segundo grado Mobitz II PR se alarga progresivamente
- El BAV de tercer grado PR fijo diostancia pp igual y RR igual
- La FARVR el RR es variable y FC > 150' min.

5. Sobre el manejo del paciente hipertenso marque con una X la respuesta correcta

- La urgencia hipertensiva se trata por vía endovenosa
- La urgencia hipertensiva se trata con nitroprusiato
- La urgencia hipertensiva ocurre cuando hay cifras de TA > que 200/120 y toma órgano diana

6. De las siguientes situaciones cuales considera urgencia hipertensivas

- Edema agudo de pulmón
- IMA
- Aneurisma disecante de la aorta
- Ictus hemorrágico
- Encefalopatía hipertensiva

a) En la urgencia hipertensiva usamos

- Captopril
- Nifedipina
- Diuréticos
- Sedantes
- Nitroprusiato

7. Sobre el IMA responda V o F

- Todo supradesnivel de menos de 12 h con más de 1mm en estándar y más de 2 en precordiales se tromboliza.
- El infradesnivel o lesión subendocárdica es criterio de trombolisis.

___ El IMA de más de 12 h que cumpla criterios se puede trombolizar.

___ Si paciente hipertenso y taquiacardico usamos meperidina

___ Si paciente hipotenso y bradicardico usamos Morfina.

8.- Considera usted se encuentra preparado en la atención de las afecciones cardiovasculares en cuanto a:

___ Promoción en el paciente con riesgo de padecer afecciones cardiovasculares.

___ Prevención del riesgo de descompensación en el paciente con afecciones cardiovasculares.

___ Rehabilitación del paciente con afección cardiovascular que sufrió descompensación.

___ La atención ambulatoria del paciente con afecciones cardiovasculares en el cuerpo de guardia.

___ La atención a la urgencia cardiovascular en la UTI municipal.

Anexo 4

Entrevista a expertos

(Cardiólogos, especialistas en MGI, especialistas en nutrición, licenciado en cultura física, psicólogos, Lic. enfermería comunitaria)

Según su conocimiento y experiencia, cuáles serían las necesidades organizativas necesarias para las acciones cardiovasculares en la comunidad, en su prevención al riesgo. Exprese teniendo en cuenta la atención integral al paciente en la comunidad:

1. ¿En qué aspectos se debe basar la organización de las acciones cardiovasculares?
2. ¿Con qué recursos contamos a nivel comunitario para dichas acciones?
3. ¿Cómo deben organizarse estas, a nivel comunitario?
4. ¿Qué especialistas deben conformar el equipo para llevar a cabo dichas acciones?
5. ¿Qué propósitos persiguen estas necesidades organizativas?
6. ¿Quiénes constituirán la muestra para llevar a cabo las acciones cardiovasculares?
7. ¿Cómo se realizará el control y seguimiento de dichas acciones?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Cruz N, Toledo Fernández AM. Rev Cubana Salud Pública 2008 [citado 28 May 2011];34(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100015&script=sci_arttext&tIng=es
2. Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
3. Zayas Molina R. Insuficiencia cardíaca congestiva crónica severa. Consideraciones sobre la terapia no farmacológica. Rev Cubana Cardiol. Cir Vasc 2010 [citado 02 Jun 2010];15(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_1_10/car06110.htm
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. [Internet]. La Habana: [s.n.];2014 [citado 2 Jun 2010]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdfbin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&base=anuario&lang=e>
5. Muñoz S. Paradoja actual de la insuficiencia cardiaca: prevalencia creciente a pesar de notables avances en el tratamiento. Gac Méd Caracas. 2002 [citado 2 Jun 2010];110(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000400003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0367-4762
6. Gheorghide M, Zannad F. Modern management of acute heart failure syndromes. Eur Heart J. 2005 [citado 02 Jun 2010];7:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/by/year>
7. Campillo Motilva R, González González A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen 2001 [citado 2011 mayo 26];17(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000600005&script=sci_arttext&tIng=en
8. Balaguer I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Rev Española de Cardiol. 2004 [citado 28 May 2011];57(6):487-94. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/control_y_prevencción_de_enf_cv_en_el_mundo.pdf
9. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E . Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [citado 2011 abril 21];14(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000300008&script=sci_arttext&tIng=en
10. Burrows AR. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Rev. Méd. Chile. 2000 [citado 21 Abr 2011];128(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-8872000000100015&script=sci_arttext&tIng=en

11. Saavedra S, Waitman J, Cuneo CA. Obesidad. Rev Fed Arg Cardiol. 1999 [citado 21 Abr 2011];28:[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.fac.org.ar/revista/99v28n4/saave2/saave2.htm>

12. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [citado 28 May 2011];14(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000300008&script=sci_arttext&lng=en

Recibido: 14 de mayo de 2015.

Aprobado: 21 de junio de 2015.

Gustavo R Mora Marcial. Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Msc. Urgencias Médicas. Profesor asistente UCM-VC. Filial Universitaria Municipal, Camajuaní, Villa Clara. Teléfono: 481394.
E-mail: gustavormm@capiro.vcl.sld.cu