



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PREVALENCIA DE CAUSAS DE REINFARTO AL MIOCARDIO
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2017**

**PRESENTADO POR
KAREN MARICRUZ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

**ASESORA
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DE CAUSAS DE REINFARTO AL
MIOCARDIO HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ
CASIMIRO ULLOA 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PRESENTADO POR

KAREN MARICRUZ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ASESOR

MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	5
1.4.2. Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	16
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	18
4.5 Aspectos éticos	18
CRONOGRAMA	
FUENTES DE INFORMACIÓN	21
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	22
2. Instrumentos de recolección de datos	26
3. Consentimiento informado	27

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Se conoce que la enfermedad cardiovascular es la más frecuente causa individual de fallecimiento en todos los países del mundo. En la actualidad, alrededor de 7 millones de personas fallecen cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica, lo que en forma porcentual representa a un 12,8% de todas las muertes. En el Perú, se calcula que de todas las causas de muertes prematuras, el 15% son causadas por enfermedades cardiovasculares; es decir, que por cada 100 000 habitantes, existe una mortalidad de 143 muertes.

Según el Ministerio de Salud, tan solo en Lima y Callao se presentan 6444 muertes solo por enfermedades cardiovasculares en el año 2013 (67 muertes por 100 000 habitantes), donde el 48,7% son mujeres (con una edad promedio de 77,8 años) y un 51,3%, hombres (con una edad promedio de 72,3 años). Ahora también se informa que las dos primeras causas específicas de muerte en Lima son el infarto agudo de miocardio (31,7%) y accidente vascular encefálico agudo (11,3%), y dentro de los distritos más afectados son los distritos de Miraflores, San Isidro, Magdalena del Mar, Pueblo Libre, La Punta, Jesús María, La Perla, Bellavista, Breña y Lima.

En la actualidad, se cuenta con procedimientos médicos que permiten la disminución de esta mortalidad, los cuales son costosos, por lo que se dificulta el acceso a estos; además, el único centro hospitalario que cuenta con unidad especializada para tratamiento definitivo es el hospital Dos de Mayo.

Ningún otro hospital del Ministerio de Salud de Lima tiene dicha unidad; ni siquiera el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en el que los pacientes ingresados al nosocomio con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, con elevación del segmento ST y que cumplan con los criterios, son trombolizados. No se realiza el tratamiento definitivo de estos pacientes, que sería el cateterismo

cardiaco y angioplastia, debido a la falta de unidad coronaria e implementos para estos procedimientos. Por lo tanto, se desconoce cómo esta medida terapéutica disminuye el riesgo de nuevo evento de infarto agudo al miocardio por falta de este proceder, y es por lo mismo importante conocer la incidencia de reinfarto en pacientes que son solo trombolizados para que haya la posibilidad de la implementación de la implementación de una unidad coronaria en este nosocomio y así suceda la disminución del riesgo de re infarto, ya que las personas con infarto cardiaco que han sido trombolizados presentan una mortalidad de un aproximado 8%. De conocerse este dato, se podría asegurar la importancia en la disminución de la mortalidad por este mal, ya que abordaríamos un manejo más integral del paciente.

De no realizarse este estudio, no se podría demostrar cómo la falta de una unidad coronaria influye en el pronóstico y evolución de los pacientes con infarto agudo al miocardio.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de causas de reinfarto al miocardio en pacientes que presentan ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en el año 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de causas de reinfarto al miocardio en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar las características del infarto en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.

Identificar si el reinfarto ha sido en la misma derivación del infarto previo.

Identificar los factores de riesgo en los pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.

Identificar si el reinfarto en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa son más frecuentes en varones o mujeres.

Identificar el rango de edad más frecuente de reinfarto en pacientes.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Esta investigación es importante, porque va a permitir conocer la incidencia de nuevo evento de infarto agudo al miocardio (IMA) en pacientes trombolizados y de esa manera poder adoptar nuevas estrategias en el manejo del IMA como la posibilidad de implementación de una unidad intensiva coronaria o a un convenio efectivo para realización de cateterismo cardiaco, lo cual sería en gran beneficio para el paciente y a la comunidad y permitiría reducir el tiempo de demora en el tratamiento definitivo hemodinámico. De esta manera, se podría reducir la mortalidad por esta enfermedad que, como ya sabemos, es una de las causas principales de mortalidad en todo el mundo.

1.4.2 Viabilidad

Se dispondrá del tiempo y recursos humanos suficientes para la realización de la investigación, se cuenta con financiamiento de materiales necesarios para el

adecuado desarrollo del mismo; además, debido a la gran demanda de pacientes con este diagnóstico, se obtendrá un número adecuado de sujetos elegibles para el desarrollo de la misma. Es así que no problemas éticos para la investigación de este problema.

1.5 Limitaciones

Se cuenta con bibliografía suficiente sobre el tema en general, pero muy poco sobre el tema en específico lo que hace que la investigación sea de mayor relevancia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Piñón J *et al.*, en un estudio que incluyeron 169 pacientes con diagnóstico de IMA, de los cuales 65 fueron diagnosticados *post mortem*, demostraron que la enfermedad era más usual en hombres mayores de 60 años y que los IMAs de cara inferior fueron los más habituales en los diagnósticos *post mortem* en La Habana, Cuba.¹

Bertomeu V *et al.*, en 2013, demostraron que en España la supervivencia de los pacientes cardiopatas está directamente relacionada con la infraestructura del establecimiento atendido, por lo que se recomienda la formación de redes asistenciales de salud que beneficien el intervencionismo coronario.²

En 2010, Caccavo A *et al.*, indicaron que, en Argentina, los infartos que presenten supra desnivel del ST son atendidos en hospitales de menor complejidad y que, por lo tanto, se debe contar con un sistema de referencia que permita el adecuado tratamiento para esta patología, que en este caso sería el cateterismo y angioplastia coronaria.³

Allen D *et al.*, enfatizaron la importancia del tiempo de demora entre el síntoma o signo del paciente hasta su tratamiento. Demostraron, así, que la llegada tardía es la causa principal de excepción de los pacientes del tratamiento fibrinolítico; y en caso de llegar a tiempo, tampoco se podrá acceder a este procedimiento por la falta de una unidad para estabilidad hemodinámica en el 2010.⁴

Eduardo C *et al.*, en 2010, encontraron que en Lima-Perú los pacientes con IMASTE (infarto agudo al miocardio del segmento ST elevado) eran más frecuentes en varones con 13,3% de mortalidad en diversos hospitales, menos el hospital Casimiro Ulloa.⁵

En 2013 Álvarez J *et al.* determinaron que en Cuba el principal factor de riesgo relacionado con el IMASTE es la hipertensión arterial y que los pacientes con esta patología tienen un 3,8% de veces mayor de sufrir esta patología.⁶

En 2012, Carlos J *et al.* realizaron un estudio en Brasil, en el que concluyeron que se deben adoptar medidas para tener en todas las zonas de la región establecimientos donde se realicen terapéuticas de reperfusión.⁷

Gómez *et al.*, determinaron que en Cuba hay un retraso en el inicio del tratamiento de los pacientes con IMA, por lo que se debe de adoptar medidas para reducción de este tiempo, tanto intra como extra hospitalario.⁸

En España, Heras M *et al.* demostraron que los elementos causantes de la administración más precoz de tratamiento de reperfusión redujo un riesgo de mortalidad al 22%, en cinco años.⁹

En Perú, Aguirre E *et al.* comprobaron que el IMA es más frecuente en varones y que se halló una tasa de mortalidad del 100% en pacientes con shock cardiogénico.¹⁰

En 2009, Muñoz *et al.* demostraron que la principal causa de mortalidad en todas las edades fue el infarto agudo al miocardio y que, en los últimos años, este se ha presentado en individuos más jóvenes en España.¹¹

Muñoz *et al.* determinaron que la extensión del IMA tuvo una alta mortalidad; esta es en un 15% de incidencia, del cual, el 47,1% falleció en España en 2009.¹²

Yordaka *et al.*, en 2011, demostraron que la incidencia de infarto agudo al miocardio en Cuba se mantuvo sin significativas variaciones durante los años comprendidos entre 1999 y 2008.¹³

En 2013, Segura *et al.* demostraron en un estudio, que la causa principal de enfermedades cardiovasculares es la aterosclerosis y que esta se ha ido incrementado en Perú.¹⁴

En 2013. Reyes *et al.*, registraron en Perú un total de 1609 casos de infarto agudo al miocardio. Fue más frecuente en varones con un 72,8% y en mujeres, con 27,2%; de los cuales el 83,6% procedían de Lima y 16,4%, de provincias. ¹⁵

2.2 Bases teóricas

El infarto agudo al miocardio (IMA) es la necrosis inalterable al músculo cardíaco como consecuencia de la isquemia aguda y prolongada de una arteria coronaria, inducida generalmente por trombosis como una complicación de una rotura de una placa de ateroma siendo la causa más frecuente de IMA en hasta un 95%. Otras causas serían: estados de hipercoagulabilidad, trombocitosis, vasoespasmo asociado al consumo de cocaína o en la angina de Prinzmetal, anomalías congénitas coronarias, embolia coronaria, trombosis coronaria asociada a policitemia vera, arteritis en el contexto de un lupus eritematoso sistémico, miocarditis, entre otros.

Fisiopatológicamente empieza cuando una placa blanda sufre de erosión con exposición del material subyacente constituido por lípidos y otras células inflamatorias que luego son activadas a través de mediadores, lo que lleva a activación del proceso, para luego permitirse la formación de un trombo que ocluiría mediante la obstrucción la parte distal del vaso sanguíneo.

De esta manera, la necrosis del tejido distal conlleva a cambios estructurales de la membrana celular y de su estructura fibrilar y luego a la pérdida de capacidad contráctil y que dependiendo de la extensión del daño, puede llevar a la falla del miocardio no reversible.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo encontrados podemos fundamentar los factores asociados a la arteriosclerosis y contienen:

Hipertensión arterial.

Edad (varones por encima de 40 años, mujeres posmenopáusicas)

Tabaquismo.

Hipercolesterolemia, más específicamente hiperlipoproteinemia, en particular niveles elevados de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y bajos de la lipoproteína de alta densidad (HDL).

Diabetes mellitus, con o sin resistencia a la insulina.

Obesidad

Estrés.

En las damas que utilizan métodos anticonceptivos como el método oral combinado, tienen un reservado aumento en su riesgo de un infarto al miocardio, y más aún si este está asociado al consumo de tabaco.

Cuadro clínico

Dolor torácico

El dolor súbito es la señal más usual de un infarto, lo frecuente es que sea prolongado y que se perciba como una opresión penetrante y que esta luego se prolongarse y propagarse hasta los brazos y los hombros, sobre todo del lado izquierdo también pudiendo extenderse hacia la espalda, al cuello e incluso a los dientes y la mandíbula, conociéndose este dolor se conoce como angina de pecho, aunque también se puede presentar sin dolor pero estos son poco frecuentes.

Dificultad respiratoria

La dificultad respiratoria o también denominada disnea sucede cuando el daño del corazón disminuye el gasto del corazón sobretodo del ventrículo izquierdo, causando de esa manera una insuficiencia del ventrículo izquierda y, como consecuencia, edema pulmonar. Además, también podemos encontrar diaforesis, debilidad, palpitaciones, náuseas, vómitos y síncope. Lo más factible es que todo lo mencionado anteriormente tenga como consecuencia de una liberación máxima

de hormonas del sistema nervioso simpático y se active una respuesta natural al dolor y las anomalías hemodinámicas se desencadenen por la alteración cardíaca.

Infartos al miocardio sin síntomas

Alrededor de la cuarta parte de los infartos al miocardio son silentes; es decir, aparecen sin sintomatología, los cuales luego se descubren cuando se realizan exámenes como los electrocardiogramas o cuando se le realiza al paciente la necropsia. Este tipo de infarto es más usual en los adultos mayores o en personas con comorbilidades como son la *diabetes mellitus* o luego de un trasplante cardíaco, y, este último, probablemente se deba a que un corazón donado no está conectado a los nervios del paciente portador del nuevo corazón.

Diagnóstico

Los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

Historia clínica de dolor torácico isquémico que dure por más de 30 minutos.

Cambios electrocardiográficos en una serie de derivadas.

Incremento o caída de biomarcadores séricos, tales como la creatina quinasa tipo MB y la troponina I.

Para poder realizar el diagnóstico de esta patología se va a tomar en consideración contar con dos de los tres criterios ya antes mencionados. Estos criterios de la OMS fueron redefinidos en 2000 para dar predominio a los marcadores cardíacos. De acuerdo a las nuevas definiciones se considera el incremento de la troponina I, acompañada de sintomatologías típicas y alteraciones electrocardiográficas.

El diagnóstico del infarto será la unión de angina, alteraciones electrocardiográficas y aumento de las enzimas, y debe tenerse presente que esta última puede no presentarse en forma oportuna, por lo que los dos primeros cambios deberán tomarse en cuenta para iniciar la reperfusión a la brevedad

posible.

Angiografía coronaria con angioplastia: en el diagnóstico de un infarto al miocardio debe presentarse de una manera integral; es decir, uniendo ítems clínicos de la patología actual adicionando también un electrocardiograma y pruebas de laboratorio que nos puedan orientar a la presencia o ausencia de daño al miocardio. Por esto mismo, es importante la semiología que el médico tratante debe aplicar ante la presencia de un dolor torácico debe obligarlo a proponer al menos como diagnóstico diferencial un infarto agudo al miocardio a la brevedad posible, ya que el atraso en el planteamiento conllevaría a la pérdida de un tiempo valioso necesario para instituir el método de reperfusión disponible con el fin de tratar de recuperar la máxima parte del músculo cardíaco, ya que, como es bien sabido, existe una relación inversa entre el tiempo transcurrido para iniciar el procedimiento y la cantidad de músculo salvado.

Tratamiento

Para el desenvolvimiento del tratamiento, se debe de considerar que esta patología es una emergencia médica, por lo que debemos de realizar una atención rápida. El principal objetivo es tratar de rescatar la máxima cantidad posible de miocardio y prevenir complicaciones adicionales, ya que a medida que pasa el tiempo, el riesgo de daño al músculo cardíaco se incrementa, por lo que cualquier tiempo que se pierda es tejido que igualmente se ha perdido.

Oxígeno: el oxígeno se administra con cánula binasal a 2 o 3 litros.

Analgésicos: cuando dolor es persistente e intenso, se administra morfina o medicamentos similares para aliviarlo como petidina para aliviar el dolor.

Antiagregantes plaquetarios: como su propio nombre lo indican estos fármacos impiden la agregación plaquetaria y los más usados son aspirina en dosis de 100-300 mg al día y además el Clopidogrel de 75 mg (4 tabletas como dosis de carga) luego cada día.

Trombolíticos. Estos medicamentos sirven para disolver el coágulo e impedir siga obstruyendo a la arteria. Este medicamento debe ser aplicado dentro de las primeras seis horas de iniciado el dolor, por lo que justifica la importancia de la

detección rápida.

Nitratos: también podemos aplicar a los derivados de la nitroglicerina con el fin de disminuir el trabajo del miocardio y, por tanto, sus necesidades de oxígeno.

Betabloqueantes: Actúan bloqueando efectos de la adrenalina en el cuerpo teniendo como resultado la disminución de la frecuencia cardíaca y de la contractibilidad y consecuentemente disminuye la presión arterial.

Además, también están los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio que van a impedir la entrada de calcio en las células del miocardio. Disminuye así la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además el trabajo del corazón y, por tanto, sus necesidades de oxígeno.

Consta por diversos estudios de que una intervención coronaria precoz tiene mejores resultados que una trombolisis en casos con isquemia cardíaca, pero esto también implica desafíos que dificultan este procedimiento como la aplicación de la angioplastia vía cateterización cardíaca, así como los recursos económicos del paciente.

El objetivo principal de una intervención coronaria percutánea es que sea lo más pronto posible, de preferencia en los primeros 90 minutos desde la llegada del paciente a la emergencia, para evitar así el reinfarto de miocardio.

Las complicaciones del daño cardíaco pueden ser la ruptura del septum interventricular, ruptura de la pared libre y disrupción isquémica de la válvula mitral con regurgitación severa. Además, se puede encontrar como complicación mecánica la formación de aneurisma del ventrículo izquierdo. También se puede tener ruptura de cuerdas y de músculo papilar del *septum* y de la pared libre. Casi siempre suceden súbitamente dentro de la primera semana posinfarto.

Debido a la frecuencia de muerte súbita, las técnicas de resucitación cardiopulmonar deben aplicarse lo antes posible. La mayoría de pacientes que se mantengan vivos dos horas después de un infarto tienen más probabilidades de supervivencia.

2.3 Definición de términos básicos

Infarto agudo de miocardio: al momento de producirse una falta de irrigación sanguínea por la falta de aporte oxigenatorio, se produce una isquemia.

La trombolisis: es una técnica que se utiliza con la finalidad de la destrucción de un trombo mediante la introducción de un medicamento con la capacidad de desencadenar la lisis de fibrina del trombo.

El cateterismo cardiaco: sirve para poder valorizar la anatomía cardiaca se realiza este procedimiento es un procedimiento complejo e invasivo además también podremos estudiar su función.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Por ser una investigación de tipo descriptiva, no presenta hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA DE CATEGORÍA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Reinfarto o miocardio	Nuevo evento de infarto	cara cardiaca comprometida	Extensión de la cara cardiaca comprometida	Nominal	Presencia o ausencia	Historia clínica
Factores de riesgo	Rasgo o característica que pueda presentar un individuo que aumente las probabilidades de sufrir alguna lesión	Edad Sexo Diabetes Hipertensión Arterial Hipercolesterolemia	Datos	Nominal	25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 >74 años hombre y mujer	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Es un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo: la población universo son todos aquellos pacientes atendidos en el hospital de emergencias José Casimiro Ulloa.

Población estudio: la población de estudio son todos aquellos pacientes con reinfarto al miocardio ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Población Muestral: la muestra es por conveniencia y son un total de 112 pacientes con reinfarto al miocardio ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Serán incluidos todos aquellos pacientes de 25 años a más que solo hayan sido trombolizados antes de cumplirse las cuatro horas de aparición de síntomas; además, que presenten patologías cardiovasculares asociadas como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, hiperlipidemia.

Criterios de exclusión: serán excluidos todos aquellos pacientes menores de 25 años.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Se cuenta con permiso de la Dirección General de Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para la recolección de datos, los cuales serán obtenidos por los investigadores de la revisión de las historias clínicas y se recolectará dicha información en una hoja de registro conteniendo las variables a investigar como son el rango de edades, el sexo, los factores asociados más importantes. Los días de recolección serán de lunes a viernes en horarios laborales de trabajo.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recaudados se procesaran utilizando el programa informático Microsoft Excel y Word, los cuales permitirán representar numérica y porcentualmente los datos obtenidos para el desarrollo de la investigación.

4.5 Aspectos éticos

Para evitar atentar contra los derechos de los pacientes, estos deberán firmar un consentimiento informado para acceder a su historial y además el Comité de Ética revisará y aprobará la investigación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Dr. Jorge Piñón Pérez, Dra. Maribel Sandrino Sánchez. Mortalidad oculta por infarto agudo de miocardio. km 89 Carretera Central, Pinar del Río, Cuba. Rev cubana med v.42 n.5 Ciudad de la Habana sep.-oct. 2003.

2.- Vicente Bertomeu. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Revista Española de Cardiología, Volume 66, Issue 12, December 2013.

3.- Dr. Alberto Caccavo. El infarto agudo de miocardio, un problema de salud pública. Rev. Argent. Cardiol. vol.78 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires mayo/jun. 2010.

4.- MsC. Dania Rafaela Allen Casanova. Factores asociados a mortalidad y estadía hospitalaria en personas ancianas trombolizadas por infarto miocárdico agudo. MEDISAN v.14 n.1 Santiago de Cuba 1/ene-9/feb. 2010.

5.- Dr. Eduardo Carcausto .Morbilidad y mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado en un hospital general. Rev Med Hered v.21 n.4 Lima oct. /dic. 2010.

6.- Dra. Julia Tamara Alvarez Cortés. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo de miocardio en el adulto mayor. MEDISAN vol.17 no.1 Santiago de Cuba ene. 2013.

7.- Dr. José Carlos Nicolau. Utilización de terapéuticas comprobadamente útiles

en el tratamiento de la coronariopatía aguda. Arq. Bras. Cardiol. vol.98 no.4 São Paulo Apr. 2012.

8.- Dra. María Virginia Gómez Padrón. Trombólisis en el infarto agudo del miocardio. Análisis de los tiempos de demora. Rev cubana med v.40 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2001.

9.- Dra. Magda Heras. Reducción de la mortalidad por infarto agudo de miocardio en un período de 5 años. Revista Española de Cardiología. Volume 59, Issue 3, March 2006, Pages 200–208

10.- Dr. Aranda Aguirre Ernesto Luis. Choque cardiogénico en síndrome coronario agudo. Rev. Med Hered v.19 n.4 Lima oct./dic. 2008.

11.- Dr. Ramiro Guedes Díaz. Letalidad del infarto agudo al miocardio. Revista Médica Electrónica Española 2009.

12.- Dr. Jorge Félix Núñez Martínez. Complicaciones en la evolución precoz del infarto agudo al miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Médica Electrónica Española 2009.

13.- Dra. Yanela Yordanka Ortega Torres. Incidencia del infarto agudo de miocardio. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2011.

14.- Dr. Luis Segura Vega. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Revista Peruana de Cardiología Enero - Abril 2013.

15.- Dr. Miguel Reyes Rocha. Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo. Revista Peruana de Cardiología Enero - Abril 2013.

final												
Presentación de Trabajo de investigación												X

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
Prevalencia de causas de reinfarto al miocardio hospital de emergencias José Casimiro Ulloa 2017	¿Cuál es la Prevalencia de causas de reinfarto al miocardio hospital de emergencias José Casimiro Ulloa 2017	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de causas de reinfarto al miocardio en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.</p> <p>Objetivos</p>	No presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo	Es un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo.	<p>Población muestral: la población muestral son todos aquellos pacientes con reinfarto al miocardio ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.</p> <p>Los datos recaudados se procesarán utilizando el programa informático</p>	Ficha de recolección de datos.

		<p>específicos</p> <p>Identificar las características del infarto en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.</p> <p>Identificar si el reinfarto ha sido en la misma derivación del infarto previo.</p> <p>Identificar los factores de riesgo en los pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de</p>			<p>Microsoft Excel y Word, los cuales permitirán representar numérica y porcentualmente los datos obtenidos para el desarrollo de la investigación.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

		<p>Emergencias José Casimiro Ulloa 2017.</p> <p>Identificar si el reinfarto en pacientes con ST elevado y que solo han sido trombolizados en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa son más frecuentes en varones o mujeres.</p> <p>Identificar el rango de edad más frecuente de reinfarto en pacientes.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

2. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRES: _____

GENERO: _____

APELLIDO PATERNO: _____

OCUPACION: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NUMERO DE HISTORIA CLINICA:

DNI: _____

EDAD: _____

Tiempo de evolución: _____

DATOS DE LA PATOLOGÍA

TIEMPO DE TROMBÓLISIS AL INICIAR LOS SÍNTOMAS: _____

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA Y HORA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: _____

3. Consentimiento informado

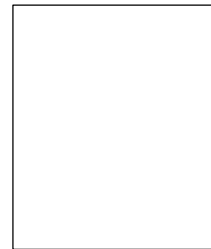
3. Consentimiento informado

HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSE CASIMIRO ULLOA

Consentimiento informado

Yo..... identificado con número de DNI declaro haber comprendido el objetivo de la investigación y por la cual se me solicita acceder a mi información personal.

Asimismo, declaro que el medico.....identificado con número de CMP.....me ha explicado de la importancia que implicaría realizar dicho estudio, por lo que brindo mi consentimiento y firmo autorizando acceder a la información obtenida en mi historia clínica.



FIRMA

DNI:.....

HUELLA