



**Universidad
Europea**



**Universidad
Europea**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN
URGENCIAS,
EMERGENCIAS Y CRÍTICOS EN ENFERMERÍA**

**Conocimiento y Reconocimiento de los Síntomas del
Síndrome Coronario Agudo en la Población:
Un Estudio Observacional Descriptivo**

Autora: Dña. Lorena Lilia Pastora Juárez

Director: Pedro García Bermejo

Valencia, 2024

Conocimiento y Reconocimiento de los Síntomas del Síndrome Coronario Agudo en la Población: Un
Estudio Observacional Descriptivo

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Profesor José Vicente Carmona Simarro por su invaluable guía, apoyo y dedicación durante todo el proceso de mi Trabajo Fin de Máster. Desde nuestro primer contacto en enero de 2023, su compromiso y entusiasmo por mi proyecto han sido invaluable. Su disponibilidad para discutir ideas, responder preguntas y proporcionar valiosos comentarios ha sido fundamental. Su conocimiento y capacidad para guiarme en cada etapa del proceso han sido de gran ayuda. Agradezco sinceramente sus sugerencias constructivas y su capacidad para motivarme. Su confianza en mis capacidades y su orientación han sido esenciales para el éxito de este proyecto. Además, quiero destacar su dedicación para facilitar mi integración en la Universidad Europea de Valencia, convirtiéndose en un mentor y referente para mi futuro profesional. Gracias, Profesor José Vicente, por su inquebrantable apoyo y por su significativa contribución a mi crecimiento personal y profesional. Este trabajo no habría sido posible sin su guía y orientación.

Quiero extender mi agradecimiento a mis compañeras de la cursada, Claudia Figueroa, Gisela Llorens, Brenda Pineda, Gissela Palma, Brenda Cabrera, y Ana Olmos, por su invaluable apoyo, inspiración y camaradería durante todo este proceso. Su compañía y colaboración han enriquecido mi experiencia académica de maneras innumerables. Gracias por las largas horas de estudio, las discusiones enriquecedoras y las palabras de aliento en los momentos de mayor estrés. Sus diferentes perspectivas y conocimientos han sido fundamentales para mi desarrollo. Valoro profundamente las risas compartidas, los desafíos superados juntas y las experiencias que han hecho de este camino algo mucho más llevadero y significativo. El espíritu de colaboración y compañerismo que hemos cultivado es algo que llevará conmigo siempre. A ustedes mis compañeras y amigas, gracias por ser una parte esencial de esta experiencia y por hacer de este viaje algo memorable y gratificante. Su apoyo y amistad han sido claves para la realización de este Trabajo Fin de Máster y para mi crecimiento como persona. Asimismo, a Esaú Soriano, compañero el cual me brindo una soga para salvarme cuando sentía que ya no tenía fuerzas para seguir. Su luz ilumino mi camino.

A mi hija Martina, quien con solo 11 años debió pasar sábados completos sola en el piso para facilitar así la presencia a mis clases.

Y, por último, agradecer a mi familia completa, quienes con palabras de aliento me han dado ánimo para llegar hoy al fin de mis estudios.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.	7
MARCO TEÓRICO	8
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVO PRINCIPAL.	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
HIPOTESIS	14
METODOLOGIA	
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	15
DISEÑO DEL ESTUDIO	15
POBLACIÓN.....	15
CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
INCLUSIÓN	15
EXCLUSIÓN.....	15
VARIABLES.....	15
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.....	18
MUESTRA	19
ANÁLISIS DE DATOS	19
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN.....	31
Limitaciones del estudio.....	34
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables... ..	15
Tabla 2: Búsqueda Bibliografica.....	19
Tabla 3: Frecuencias de Sexo.....	21
Tabla 4: Descriptiva de Edad.....	22
Tabla 5: Frecuencias de nivel de estudios.....	23
Tabla 6: Frecuencias de Estado Civil	24
Tabla 7: Descriptiva, cantidad de hijos	24
Tabla 8: Frecuencias de localidad de residencia	25

Tabla 9: Descriptiva de nivel de factores conocido.....	26
Tabla 10: Frecuencias de Nivel de factores de riesgo conocidos.....	27
Tabla 11: Frecuencias de Etiología de SCA.....	28
Tabla 12: Frecuencias de padecer SCA.....	29
Tabla 13: Descriptivas de Signos y síntomas indicativos de SCA.....	30
Tabla 14: Frecuencias de Signos y síntomas indicativos de SCA.....	30

INDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Tipos de IAM.....	9
Figura 2: Atención de enfermedad Cardiovascular.....	10
Figura 3: Distribucion según sexo.....	21
Figura 4: Distribución de Edad.....	22
Figura 5: Nivel de estudios.....	23
Figura 6: Estado civil.....	24
Figura 7: Cantidad de Hijos.....	25
Figura 8: Localidad de Residencia.....	26
Figura 9: .. Nivel de Factores conocidos por los encuestados.....	27
Figura 10: Etiologia de SCA.....	28
Figura 11: Padecer SCA.....	29
Figura 12: Indicativos reconocidos de Signos y Síntomas del sca.....	30

LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRONIMOS:

SCA	Síndrome Coronario Agudo
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
EC	Enfermedad Coronaria
ECG	Electrocardiograma
SCASEST	Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST
SCACEST	Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST
TBQ	Tabaquismo
PCR	Reanimación Cardiopulmonar
TG/HD	Triglicéridos

RESUMEN

INTRODUCCION: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es un término que engloba varias condiciones que interrumpen o reducen repentinamente el flujo sanguíneo al músculo cardíaco, causando posibles daños. Ejemplos de SCA incluyen los infartos agudos de miocardio y la angina inestable. La principal causa es la acumulación de placa (colesterol, lípidos, células y otros elementos) en los vasos sanguíneos que suministran sangre al corazón. Esta acumulación puede estrechar gradualmente una arteria o, en casos más severos, la placa puede desprenderse y viajar con coágulos a través del torrente sanguíneo, causando una obstrucción aguda o total de la arteria. (1)

MATERIAL Y METODOS: La presente investigación se llevó a cabo con un diseño descriptivo observacional transversal y cuantitativo. El estudio fue observacional y descriptivo, realizado mediante un cuestionario completado por miembros de una peña en Vila-real, Castellón. Se trató de un estudio transversal, ya que examinó la relación entre el síndrome coronario agudo (SCA) y varias variables en una población específica y en un momento determinado. El enfoque fue cuantitativo, buscando verificar hipótesis a través de análisis estadísticos. El objetivo principal del estudio fue determinar el nivel de conocimientos de los participantes sobre las manifestaciones clínicas del SCA para detectar posibles casos. Se destaca que el cuestionario fue presentado a dos expertos de la materia, profesores de este Máster los cuales realizaron mejoras en el mismo. Posteriormente se envió a cinco compañeros de la cátedra para recoger sus comentarios referidos al instrumento.

RESULTADOS: El estudio revela una predominancia de mujeres. Respecto a los hombres, poseen un bajo nivel educativo y un conocimiento escaso de los factores de riesgo del SCA, aunque los síntomas que manifestaron conocer son mayormente bajos.

CONCLUSIONES: El estudio encontró que los hombres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre los síntomas del Síndrome Coronario Agudo (SCA), mientras que las mujeres muestran un conocimiento relativamente mejor sobre las medidas preventivas. Además, las personas con mayor nivel educativo tienen un mejor entendimiento del SCA. Las personas entre 43 y 45 años poseen el nivel más alto de conocimiento. La falta de educación sanitaria adecuada y una baja percepción del riesgo entre los hombres son preocupantes y sugieren la necesidad de campañas educativas específicas para mejorar la prevención y reducir la mortalidad.

Palabras Clave: síndrome coronario agudo- factor de riesgo- ataque cardiaco- signos y síntomas

ABSTRACT

INTRODUCTION

Acute Coronary Syndrome (ACS) is a term that encompasses several conditions that suddenly interrupt or reduce blood flow to the heart muscle, potentially causing damage. Examples of ACS include myocardial infarctions and unstable angina. The main cause is the buildup of plaque (cholesterol, lipids, cells, and other elements) in the blood vessels that supply blood to the heart. This buildup can gradually narrow an artery or, in more severe cases, the plaque can detach and travel with clots through the bloodstream, causing an acute or total obstruction of the artery. (1)

MATERIAL AND METHODS

This research was conducted using a descriptive, observational, cross-sectional, and quantitative design. The study was observational and descriptive, carried out through a questionnaire completed by members of a club in Vila-real, Castellon. It was a cross-sectional study, as it examined the relationship between acute coronary syndrome (ACS) and various variables in a specific population at a given time. The approach was quantitative, aiming to verify hypotheses through statistical analyses. The main objective of the study was to determine the participants' level of knowledge about the clinical manifestations of ACS to detect possible cases.

RESULTS

The study reveals a predominance of women. Regarding men, they have a low educational level and scant knowledge of ACS risk factors, although the symptoms they reported knowing are mostly minimal.

CONCLUSIONS

The study found that men have a low level of knowledge about the symptoms of Acute Coronary Syndrome (ACS), while women show relatively better knowledge about preventive measures. Additionally, individuals with higher educational levels have a better understanding of ACS. People between the ages of 43 and 45 possess the highest level of knowledge. The lack of adequate health education and a low perception of risk among men are concerning and suggest the need for specific educational campaigns to improve prevention and reduce mortality.

Keywords: acute coronary syndrome- risk factor- heart attack- signs and symptoms

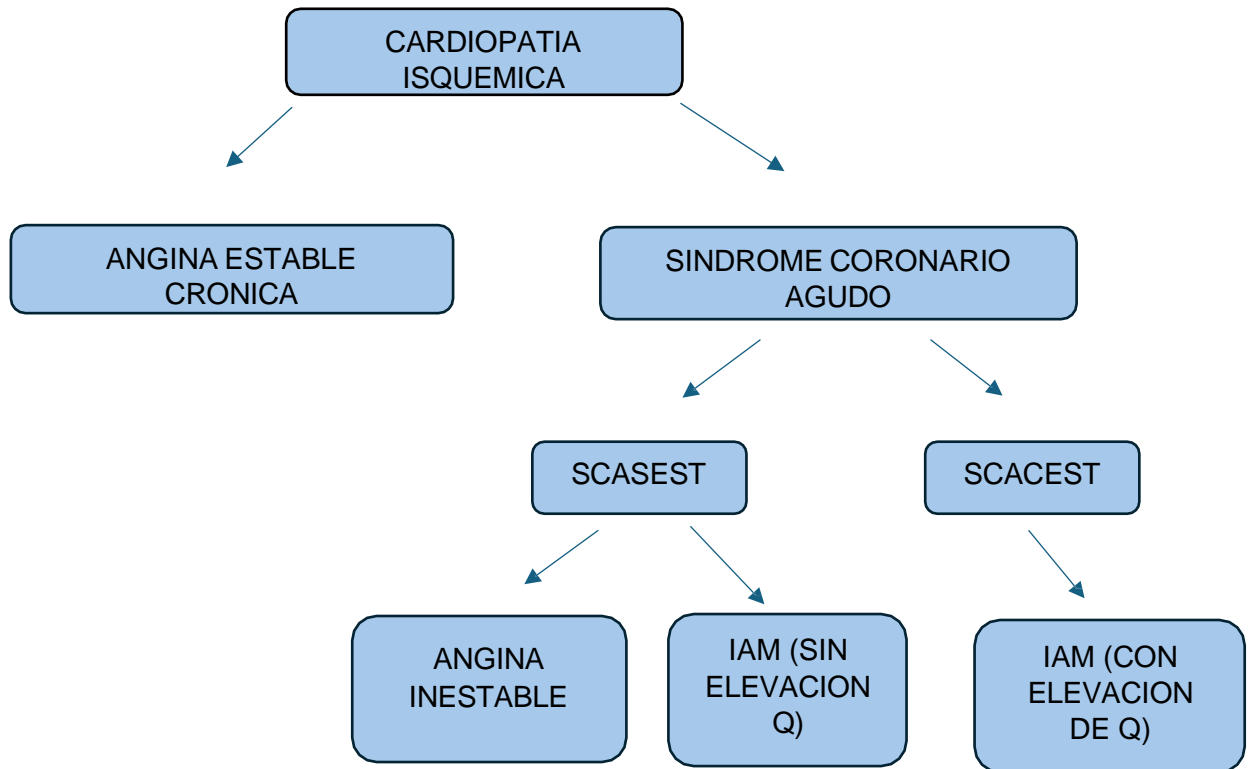
INTRODUCCION

MARCO TEORICO

El síndrome coronario agudo prematuro se define como la primera aparición de manifestación clínica de aterosclerosis en hombres y mujeres a una edad temprana. La enfermedad cardíaca isquémica es una de las causas relevantes de enfermedad y muerte entre la población joven, especialmente en los países en desarrollo. Los elementos de riesgo vinculados y los índices de mortalidad y enfermedad necesitan ser examinados por los expertos en salud para mejorar el bienestar general de una comunidad. Estos elementos de riesgo, tales como la diabetes, los antecedentes familiares de afecciones en las arterias coronarias, los trastornos del metabolismo lipídico, el consumo de tabaco y la presión arterial elevada, están fuertemente asociados con la enfermedad arterial coronaria en adultos jóvenes. (2-3)

En primer lugar, afirmamos que la enfermedad coronaria se manifiesta con una carencia de oxígeno en el tejido cardíaco debido a un desequilibrio entre la utilización y la entrega de oxígeno al corazón (4-6). El empleo de oxígeno por el tejido cardíaco puede incrementarse debido a un aumento en la frecuencia cardíaca, la presión en la pared del ventrículo y la capacidad de contracción del tejido cardíaco; sin embargo, el suministro de oxígeno está condicionado por el flujo sanguíneo en las arterias coronarias y el contenido de oxígeno en dichas arterias. (4-5). No obstante, la deficiencia de oxígeno en el músculo cardíaco puede evidenciarse en un período de 20 minutos o incluso menos, y si esta situación se mantiene durante 2 horas o más, puede provocar daño permanente en los cardiomiocitos, lo que conlleva a un IAM. (4-6). Por tanto, el IAM se define como "la pérdida de células musculares del corazón debido a una prolongada privación de oxígeno". La EC puede ser dividida principalmente en dos grupos: la arteriopatía coronaria crónica y el Síndrome Coronario Agudo (SCA). El SCA comúnmente se origina por la ruptura de una placa de ateroma que obstruye parcial o totalmente una o más arterias coronarias, dando lugar a una trombosis coronaria. De acuerdo con las anomalías observadas en el electrocardiograma (ECG), el SCA puede subdividirse en SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) o con elevación del segmento ST (SCACEST). A su vez, el SCASEST puede progresar hacia un IAM no Q (IAMNQ), cuando la lesión afecta las capas superficiales del miocardio, o hacia una angina inestable. Por otro lado, el SCACEST generalmente conduce a un IAM Q (IAMQ), afectando las capas más profundas del músculo cardíaco debido a una prolongada privación. (5)

Figura 1. TIPOS DE IAM



Fuente: Elaboración propia

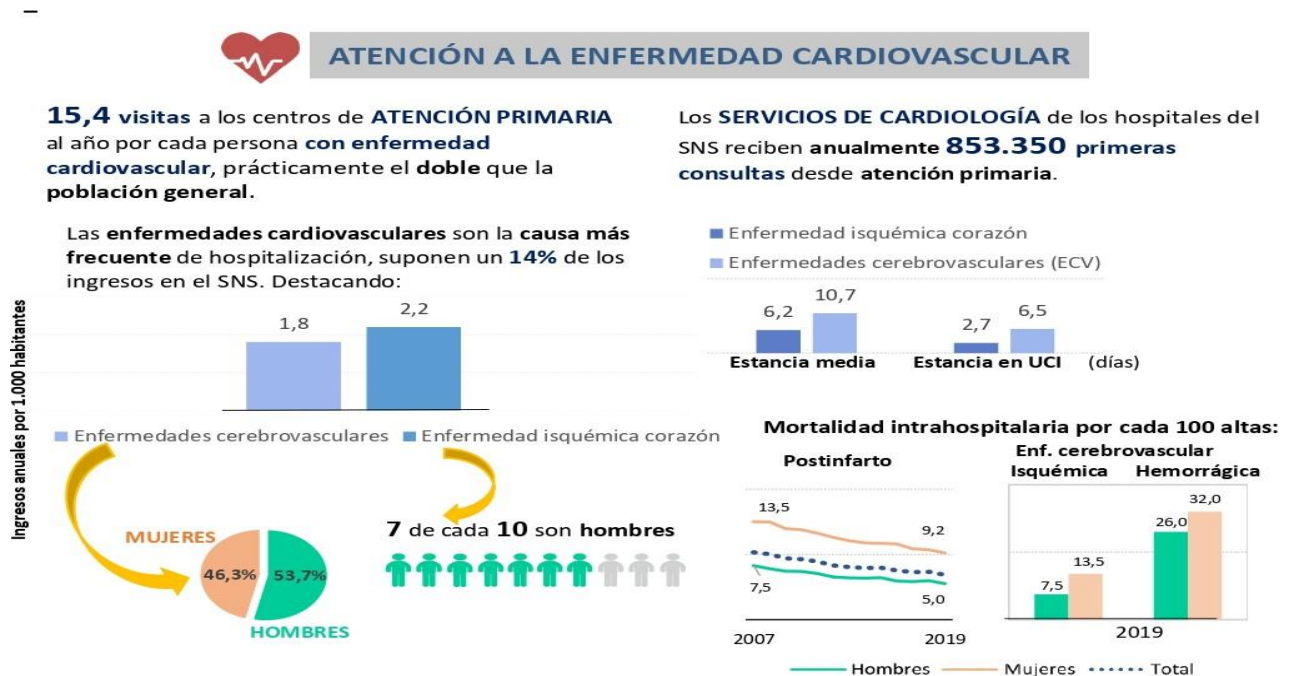
Otros elementos que pueden provocar el Síndrome Coronario Agudo incluyen la contracción anormal de los vasos sanguíneos, la formación de coágulos en las arterias coronarias, émbolos coronarios, lesiones en el tórax, malformaciones congénitas en los vasos sanguíneos, inflamación de las arterias coronarias, o diversas condiciones cardíacas como estenosis aórtica, cardiomiopatía isquémica o cardiomiopatía dilatada de origen desconocido.(4-5) Para confirmar el diagnóstico, además de la evaluación clínica, se requieren pruebas que incluyen el electrocardiograma (ECG), el análisis de marcadores cardíacos y técnicas de imagen.(4-6)

En primer lugar, destacamos que cada año, las enfermedades cardiovasculares generan una carga significativa en los servicios médicos. Los centros de atención primaria registran alrededor de 15,4 consultas por persona con enfermedad cardiovascular, casi el doble que el promedio de la población. En los servicios de cardiología, se realizan más de 850.000 consultas iniciales y cerca de dos millones de seguimientos de pacientes anualmente. Además, se estima que aproximadamente 500.000 emergencias relacionadas con estas enfermedades son atendidas cada año sin necesidad de hospitalización. Estas enfermedades representan el 14% de todos los ingresos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud, con alrededor de 11,9 ingresos por cada 1.000 habitantes anualmente. Durante la hospitalización, las comorbilidades

más frecuentes incluyen hipertensión arterial (36%), arritmias cardíacas (13%), diabetes, trastornos de los lípidos y tabaquismo. Por tanto, la EC isquémica es la principal causa de hospitalización cardiovascular, seguida de cerca por los accidentes cerebrovasculares, la HTA congestiva y las arritmias cardíacas. Los pacientes con EC isquémica tienen en promedio 22,1 visitas a centros de atención primaria por año, siendo los hombres la mayoría de los casos. La tasa de mortalidad intrahospitalaria después de un IAM es significativamente mayor en mujeres que en hombres, aproximadamente el doble. (7)

En el informe 2020/2021 se indica que 3 de cada 100 hombres y 1 de cada 100 mujeres sufren de enfermedades coronarias isquémicas. En cuanto a la atención médica, en lo que respecta a enfermedades cardiovasculares, se realizan 15,4 visitas a los centros de atención primaria por año por cada persona con enfermedad cardiovascular, casi el doble que la población en general. Las enfermedades cardiovasculares son la causa más común de hospitalización, representando el catorce por ciento de todos los ingresos en el sistema nacional de salud. En los servicios de cardiología de los hospitales, el sistema de salud recibe anualmente 853,350 primeras consultas desde la atención primaria.

Figura 2. Atención de enfermedad Cardiovascular



Fuente: INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2020-

2021

SANIDAD DE ESPAÑA

MINISTERIO DE

En el año 2019, se han producido 418,703 defunciones, 212,683 en hombres y 206,720 en mujeres, siendo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer responsables de más del 50% de las defunciones. Respecto a las enfermedades coronarias isquémicas, se registraron 29,247 defunciones en el año 2019, siendo 17,709 en hombres y 11,538 en mujeres, con una tasa bruta de mortalidad de 62.1 defunciones por cada 100,000 habitantes, 76.7 en hombres y 48.1 en mujeres. La tasa de mortalidad ajustada por edad ha disminuido en un 51% en comparación con el año 2001. En cuanto a los factores de riesgo, el estudio muestra que el 19.8% de la población de quince años o más consume tabaco diariamente, siendo el doble en hombres que en mujeres. Respecto a la obesidad, dos de cada diez adultos presentan obesidad y cinco de cada diez adultos tienen sobrepeso, siendo la obesidad más prevalente en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. En cuanto a la actividad física, el 36.4% de la población de quince años o más se declara sedentaria en su tiempo de ocio, siendo un promedio del 32.3% en hombres y 40.3% en mujeres.

En lo que respecta a la EC isquémica, la prevalencia registrada es de 29 casos por cada 1000 habitantes, más del doble en hombres que en mujeres. La tasa de hospitalización por esta causa es del 24.5 de hospitalizaciones por cada diez mil habitantes en 2019, siendo casi el triple en hombres que en mujeres. La prevalencia de la enfermedad aumenta claramente con la edad y comienza a ascender a partir de los 40 años, alcanzando los valores máximos entre los 85 y 89 años. (7).

El ataque al corazón en individuos jóvenes, adultos menores de 45 años, constituye entre el 2% y el 10% del total de casos. La incidencia de IM ha aumentado en los últimos años debido a una mayor prevalencia de factores de riesgo en la población joven, lo que anula el efecto protector de la juventud. La existencia de IM con arterias coronarias aparentemente normales es vista a menudo. A medida que la edad avanza, aumenta la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares. Aunque estos eventos puedan ser menos frecuentes en números absolutos, siguen siendo relevantes. (9).

A su vez se ha llevado a cabo una investigación sobre el síndrome coronario agudo en adultos jóvenes, dado que su incidencia está en aumento tanto en países desarrollados como en subdesarrollados. El estudio realizado en la ciudad de Nairobi revela una edad promedio de 46,5 años en hombres. La HTA y el TBQ son comunes, al igual que los antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria prematura. La mayoría de los casos presentan un IAM. A nivel mundial, la aterosclerosis es la causa principal del síndrome coronario agudo. Este fenómeno está en aumento entre los jóvenes debido a factores de riesgo poco controlados. (10)

Por otro lado, en otra ciudad de África, Senegal, se examinaron la prevalencia, los factores de riesgo, las presentaciones clínicas y las estrategias de manejo del síndrome coronario agudo, pero exclusivamente en mujeres. Se encuentra una edad promedio de 68,8 años, donde los factores de riesgo más frecuentes son la HTA, con un 63,3%, y la diabetes, con un 54,1%. La mayoría de las mujeres reportan dolor torácico como síntoma principal y buscan atención médica después de dos días. (11)

La obesidad se identifica como el factor de riesgo primario presente en un 80% de los hombres con síndrome coronario agudo y en un 89% de las mujeres. La mayoría de los hombres sufren un IAM con elevación del segmento ST, mientras que las mujeres experimentan angina inestable e IAM sin elevación del segmento ST. Después de la obesidad, el TBQ es el siguiente factor más común. (15)

De acuerdo con nuevos descubrimientos de investigación en adulto joven indican que los pacientes con síndrome coronario agudo tienden a tener niveles bajos de colesterol en sangre. El TBQ se identifica como el factor de riesgo más significativo, seguido por la diabetes y la HTA (12)

En definitiva, afirman que un indicador significativo de IAM en adultos jóvenes puede ser la relación entre los triglicéridos y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (TG/HDL). (14) A su vez, otro posible indicador en pacientes con un bajo índice de masa corporal, se puede anticipar la aparición del síndrome coronario agudo mediante un marcador (ácido docosahexaenoico), especialmente en aquellos que no presentan obesidad. (13) También se expande la comprensión sobre el incremento de la concentración de ácido úrico en la sangre como un potencial factor de riesgo autónomo en pacientes con síndrome coronario agudo, especialmente en mujeres y aquellos mayores de 75 años. (16)

En definitiva, es igualmente crucial seguir las pautas de autocuidado, realizar actividad física y abandonar el hábito de fumar, así como tomar los medicamentos, y seguir los protocolos de tratamiento posteriores a un síndrome coronario agudo o un IAM. Los aspectos psicológicos, como la ansiedad, la depresión y la autoeficacia, también influyen en la capacidad de autocuidado y en la calidad de vida de los pacientes. (8).

En último lugar destacamos las iniciativas de divulgación pública del SCA dirigidas a la comunidad y respaldadas por el sistema de salud son útiles para mejorar la conciencia y deben adaptarse a la cultura y dialecto de los destinatarios locales. Es importante concienciar sobre los signos y síntomas de un ataque cardíaco y la importancia de llamar a servicios de emergencia médica. Entre 2008 y 2014, se observaron grandes disparidades sociodemográficas en EEUU; sin embargo, hubo un aumento significativo

en el conocimiento recomendado sobre el ataque cardíaco en 2014 en comparación con 2008 virtud de la información divulgada según establecen los datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS) (17)

JUSTIFICACION

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población adulta a nivel global. A pesar de los avances en la medicina y las campañas de concienciación, persisten significativos problemas en la sociedad relacionados con el conocimiento y la respuesta ante el SCA. La falta de conocimiento adecuado y la incapacidad para reconocer los síntomas tempranos del SCA son factores críticos que contribuyen a la elevada tasa de mortalidad asociada a esta condición.

Este proyecto de investigación se justifica por la necesidad de abordar estas deficiencias informativas y educativas en la población adulta. Al comprender mejor el nivel de conocimientos sobre el SCA y las barreras existentes, se podrán desarrollar estrategias educativas más efectivas y accesibles que mejoren la detección temprana y la respuesta ante episodios de SCA.

Además, esta investigación permitirá identificar diferencias en el conocimiento y la percepción del SCA entre diversos grupos socioeconómicos y de género, lo que es fundamental para diseñar intervenciones personalizadas y equitativas.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar y comparar el nivel de conocimiento sobre los síntomas y las medidas de prevención del Síndrome Coronario Agudo (SCA) entre hombres y mujeres en la población adulta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el nivel de conocimiento de los hombres sobre los síntomas del SCA mediante encuestas estructuradas.
2. Evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre las medidas de prevención del SCA utilizando cuestionarios validados.
3. Investigar la relación entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el SCA en hombres y mujeres.
4. Investigar la relación entre la edad, el género y el conocimiento sobre el SCA, determinando si existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento entre distintos grupos etarios de hombres y mujeres.

HIPOTESIS

H1. Los hombres tienen menos conocimiento sobre los síntomas y las medidas de prevención del SCA en comparación con las mujeres.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

DISEÑO

El diseño de nuestro estudio de investigación será descriptivo observacional transversal y cuantitativo.

Describiré variables y población específica. Observacional, ya que lo realizaré en individuos que forman parte de una Peña SENSE PUNTALS la localidad de Vila Real provincia de Castellón. Será transversal ya que se investigará la relación entre el síndrome coronario agudo y una serie de variables en esta población determinada en un momento específico. Será cuantitativo ya que se intentará comprobar hipótesis basadas previamente en supuestos que se deberán refutar o corroborar a través del análisis estadístico.

La población de estudio serán los adultos mayores de 18 años en adelante que forman parte de la Peña en la ciudad de Vila Real provincia de Castellón.

Muestra disponible:

El tamaño de la muestra es $(n) = 48$.

Criterios de inclusión:

Ser mayor de 18 años. Encontrarse en pleno uso de las facultades físicas y mentales para participar del estudio de manera anónima Pertener a la Peña Sense Puntals que se encuentra ubicada en la ciudad de Villareal.

Criterios de exclusión: Los criterios de exclusión serán los niños o menores de 18 años.

Tabla 1. Variables. Todas las preguntas del cuestionario son variables de estudio.

Nombre de la variable	Tipo de Variable	Herramienta de medición	Categorías posibles de la variable
Etiología de síndrome coronario agudo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Tabaquismo cofactor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO

Conocimiento y Reconocimiento de los Síntomas del Síndrome Coronario Agudo en la Población: Un Estudio Observacional Descriptivo

Obesidad cofactor	Cualitativa Nominal dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Sedentarismo cofactor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Hipercolesterolemia cofactor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Estrés cofactor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Diabetes cofactor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Otros cofactores	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Nivel de factores conocidos	Cualitativa Ordinal	Cuestionario	Escasamente relacionado/ ligeramente relacionado/ poco relacionado/ relacionado/ muy relacionado/ ampliamente relacionado/ completamente relacionado
Disnea síndrome	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Dolor de pecho síndrome	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Nauseas síndrome	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Sensación de mareo síndrome	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Dolor de cuello y brazo síndrome	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Acidez síndrome	Cualitativa Nominal dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Otros síndromes	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO

Conocimiento y Reconocimiento de los Síntomas del Síndrome Coronario Agudo en la Población: Un Estudio Observacional Descriptivo

Sig. Y Sin. Indicativo	Cualitativa ordinal	Cuestionario	Sin indicativo/ escasamente indicativo/ poco indicativo/ indicativo/ muy indicativo/ Completamente indicativo
Padecer SCA	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Decúbito lateral como cuidado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Llamar al 112 como cuidado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
RCP como cuidado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Vía aérea permeable como cuidado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Recostarlo como cuidado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Desconozco cuidados	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Si / NO
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario	Femenino/Masculino
Edad	Cuantitativa continua	Cuestionario	De 18 años A 99 años
Nivel de estudios	Cualitativa Ordinal	Cuestionario	Primario/ Secundario o Eso/ bachiller/ Tec.Sup.Universitario o grado/ Maestría o Esp/ Doctorado
Estado civil	Cualitativa Nominal policotómica	Cuestionario	Soltero/Casado/Separado o divorciado/Viudo/Otros
Cantidad de hijos	Cuantitativa continua	Cuestionario	De 0 hijos A 10 hijos
Localidad de residencia	Cualitativa Nominal Politómica	Cuestionario	Vila-Real/ Castellón/ Burriana

BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

La recogida de la información bibliográfica se llevó a cabo en el mes de noviembre y diciembre de 2023 En el mes de marzo se realiza entrevista con la presidenta de la penya para solicitar su autorización de realizar el cuestionario en ese recinto

En el mes de abril se lleva a cabo el tratamiento del cuestionario a los concurrentes, realizada en 3 fechas diferentes dentro del mismo mes.

Se realiza el análisis estadístico del 1 al 15 de mayo. Del 16 al 22 de mayo 2024 se realiza informe preliminar. Del 23 al 28 se realiza el informe final de la investigación.

Para la realización de esta investigación se ha llevado una búsqueda bibliográfica en los meses de noviembre y diciembre de 2023 En diferentes bases de datos fuentes de información:

- Pubmed: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica.
- Sciencedirect: (<https://www.sciencedirect.com/>) página web que proporciona acceso a diferentes bases de datos de investigación científica y médica como Elsevier.
- Google académico: (<https://scholar.google.es/>) buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de literatura científico-académica.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021- Ministerio de Sanidad de España

Se han utilizado las palabras claves: Síndrome coronario agudo, factor de riesgo, ataque cardíaco, signos y síntomas, acute coronary syndrome, risk factor, heart attack se añadieron operadores booleanos como entre comillas AND, OR, para reducir la búsqueda y se filtraron. Artículos de 10 años de antigüedad, realizados en personas mayores de 18 años. Tanto en castellano como en inglés.

También se utilizó la base de estadísticas del ministerio de salud de España.

Los resultados se representan en la siguiente tabla:

Tabla 2. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

FUENTES DE INFORMACIÓN	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	RESULTADOS SELECCIONADOS
PubMed	"cardiopatía	109	10
Science Direct	isquémica", "estilo de	91	2
Google Académico	vida saludable", "prevención", "risk factors" "enfermería" "nurse", "IAM"	118	3

Fuente: Elaboración propia

MUESTRA

Una vez obtenida la autorización correspondiente por la presidenta de la Peña se coordina los días de reunión para asistir con el instrumento que servirá para medir y realizar los cuestionarios por los participantes. Se llevarán a cabo 3 visitas en diferentes fechas ya que el total de los integrantes no suele reunirse en el centro los mismos días. En cada encuentro se realiza una breve introducción informando a los participantes el objetivo del presente estudio los contenidos y la información de confidencialidad ya que esta es anónima.

Para finalizar cada una de las reuniones esta serán clausuradas agradeciendo a los participantes su colaboración y despidiéndolos del proyecto de investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Para poder realizar este proyecto hemos utilizado el software Jamovi. Un software producido en 2017, cuyo uso principal es realizar cálculos estadísticos complejos de manera sencilla y eficiente. La base de datos del informe es de elaboración propia incluye resultados del cuestionario realizado en la comunidad que cuenta con 48 participantes.

Para el análisis estadístico se realizaron diferentes pruebas.

El tamaño muestral total ha sido de 41 respuestas, representando cada respuesta a una persona de las encuestadas en la peña mencionada.

En cuanto a las técnicas estadísticas empleadas, se resumen principalmente en dos métodos. El primero de ellos es el uso de estadísticas descriptivas, con el propósito de

presentar los resultados obtenidos en la encuesta. El segundo de ellos es el uso del estadístico chi-cuadrado. Este método estadístico de independencia entre dos variables cualitativas fue desarrollado ya en 1900 por Pearson, y su utilidad es precisamente evaluar la independencia entre dos variables nominales u ordinales, proporcionando una forma de verificar si las frecuencias observadas en cada categoría son compatibles con la independencia entre ambas variables. Utilizando este parámetro estadístico, cuanto menor sea el valor del estadístico (generalmente, menor a 0.05), más coherentes serán las observaciones obtenidas con los valores esperados. Por el contrario, valores elevados de este estadístico indicarán falta de concordancia entre las observaciones y lo esperado.

Por otro lado, el coeficiente de contingencia V, desarrollado por Karl Pearson, se presenta como una herramienta para medir la asociación estadística. Este coeficiente tiene como propósito evaluar la fuerza de la relación entre dos o más variables cualitativas. Su cálculo se fundamenta en la comparación de las frecuencias observadas de dos características con las frecuencias esperadas bajo la suposición de independencia entre dichas características.

Finalmente, el coeficiente Phi, empleado para evaluar la asociación entre dos variables, proporciona una normalización que restringe su rango de valores de 0 a 1 en tablas de 2x2. Sin embargo, en tablas con otras configuraciones, el coeficiente Phi puede exceder el valor de 1. En esos casos, se aconseja utilizar el Coeficiente de Contingencia como alternativa. En este estudio, dado que no se utilizan matrices de ese tipo, los valores del coeficiente Phi siempre estarán entre 0 y 1.

RESULTADOS

Se ha cogido una muestra de 48 participantes (n=48) como se puede observar en la tabla N.º 2. La segunda parte de la encuesta hace referencia a los datos sociodemográficos de los participantes, la cual está dividida de la siguiente manera:

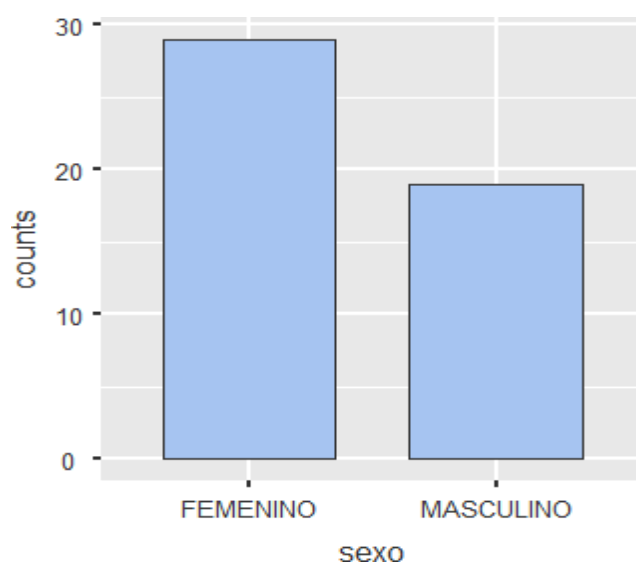
En la referencia del sexo, los participantes se muestran en la gráfica de frecuencias (donde la columna frecuencia hace injerencia al número de personas que corresponden a cada opción). Además, se realiza el grafico de barras, para que sean visual los valores.

Tabla 3. FRECUENCIAS DE SEXO

SEXO	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
FEMENINO	29	60,4 %	60,4%
MASCULINO	19	39,6	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3. DISTRIBUCION SEGÚN SEXO



Fuente: Elaboración propia

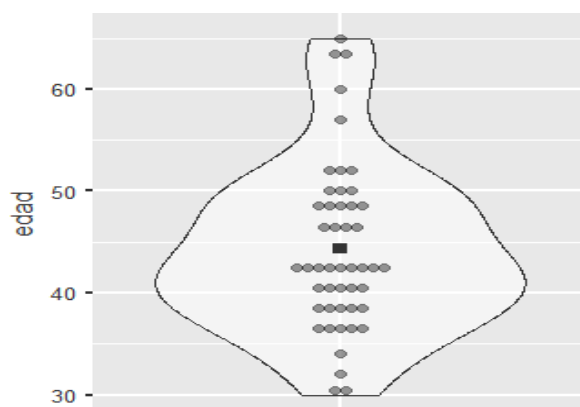
Si nos centramos en la edad de los encuestados, podemos ver que la misma presenta mínimos de edad referente a adultos y así mismos máximos. Los resultados se pueden visualizar en la tabla descriptiva y en el gráfico de violín donde se encuentran plasmados los N y pueden apreciarse fácilmente la distribución, la media y la moda.

Tabla 4. DESCRIPTIVAS DE EDAD

	EDAD
N	48
Media	44.3
Moda	43
Mínimo	30
Máximo	65

Fuente: Elaboración propia

Figura 4. EDAD



Fuente: Elaboración propia

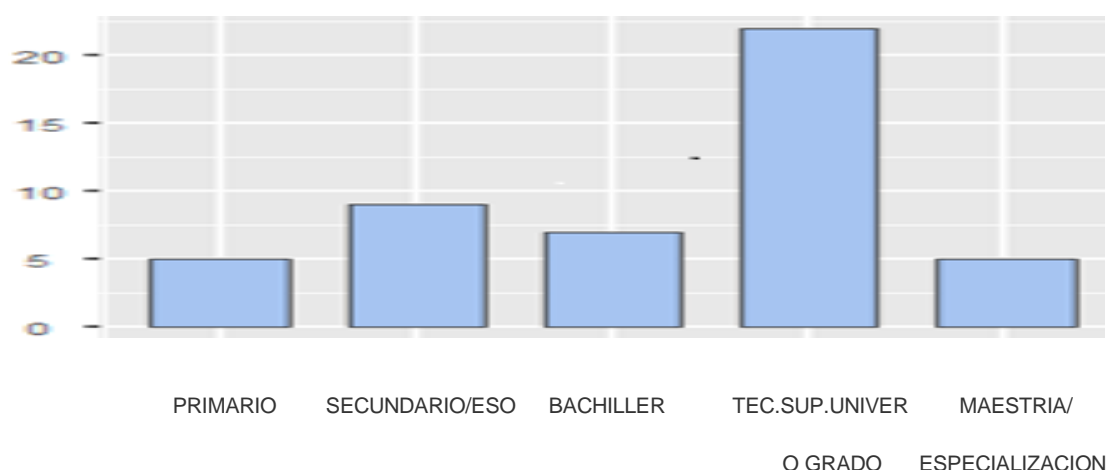
La mayoría de los participantes tienen un nivel de educación superior, con un 45.8% que ha alcanzado el nivel de Técnico Superior Universitario o Grado. Los otros niveles de educación presentan una distribución más equilibrada, con porcentajes relativamente similares para Primario, Secundario/ESO, y Maestría/Especialización, cada uno alrededor del 10-18% del total.

Tabla 5. Frecuencias de nivel de estudios

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
PRIMARIO	5	10.4 %	10.4 %
SECUNDARIO/ESO	9	18.8 %	29.2 %
BACHILLER	7	14.6 %	43.8 %
TEC.SUP.UNIVER O GRADO	22	45.8 %	89.6 %
MAESTRIA/ESPECIALIZACION	5	10.4 %	100.00 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia

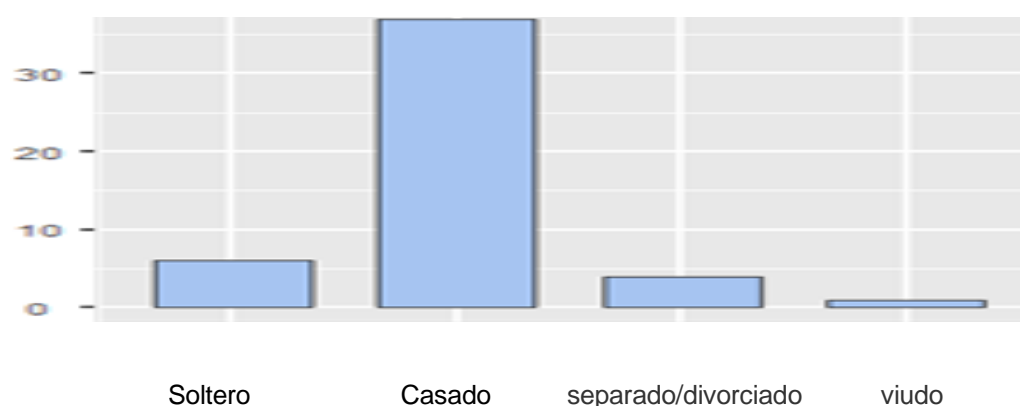
Continuando con los resultados obtenidos de estado civil, observamos que la gran mayoría de los participantes están casados, representando un 77.1% del total. Este es el grupo más grande dentro de la muestra, indicando que la mayoría de los encuestados tienen un estado civil estable. Los otros estados civiles (soltero, separado/divorciado y viudo) tuvieron una representación significativamente menor. Los solteros constituyeron el 12.5% de la muestra, mientras que los separados o divorciados y los viudos representaron el 8.3% y el 2.1%, respectivamente.

Tabla 6. Frecuencias de Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
SOLTERO	6	12.5 %	12.5 %
CASADO	37	77.1 %	89.6 %
SEPARADO/DIVORCIADO	4	8.3 %	97.9 %
VIUDO	1	2.1 %	100.00 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 6. ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia

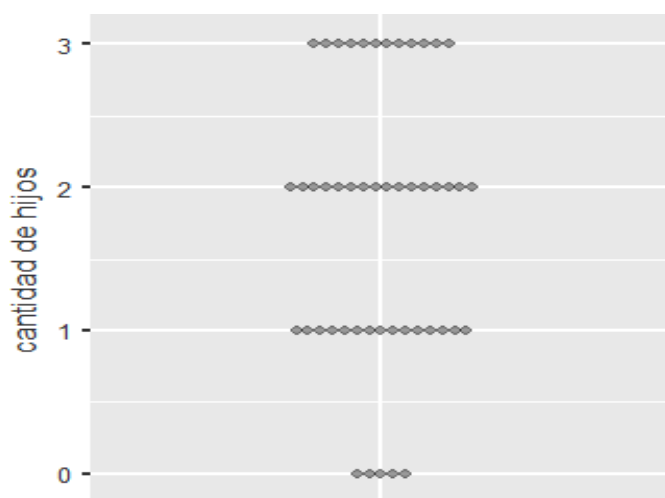
Entre los participantes, el valor que más se ha repetido en cantidad de hijos es el número 2. Siendo esta la moda en su mayoría. El número de hijos varía entre 0 y 3. Esto muestra una diversidad en el tamaño de las familias dentro de la muestra estudiada. La cantidad de hijos entre los participantes no excede los 3, lo que sugiere un predominio de familias pequeñas a medianas.

Tabla 7. Descriptiva, cantidad de hijos

	Cantidad de hijos
N	48
Moda	2.00
Mínimo	0
Máximo	3

Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Cantidad de Hijos



Fuente: Elaboración propia

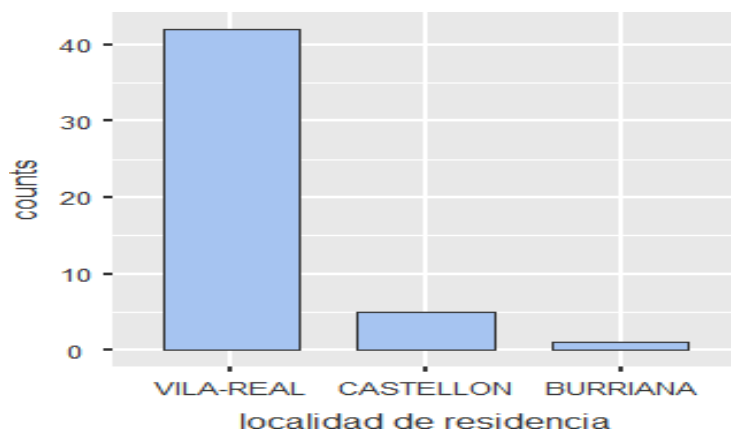
Los participantes según los datos arrojados del cuestionario en su mayoría residían en Vila-Real, representando el 87.5% del total. Este era el grupo más numeroso presentado, indicando una alta concentración de la muestra en esta localidad. Mientras que en Castellón y Burriana tenían una representación significativamente menor, con un 10.4% y un 2.1% respectivamente. Esto muestra que, aunque había presencia de participantes de otras localidades, la mayoría estaba concentrada en Vila-Real.

Tabla 8. Frecuencias de localidad de residencia

Localidad de residencia	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Vila-Real	42	87.5 %	87.5 %
Castellón	5	10.4 %	97.9 %
Burriana	1	2.1 %	100.00 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Localidad de Residencia



Fuente: Elaboración propia

En el momento de conocer los factores de riesgo del SCA que los encuestados conocían como tal, nos hemos encontrado con que la mayoría de los participantes se encontraban en los niveles de "Relacionado" (33.3%) y "Ampliamente relacionado" (31.3%) a los mencionados en el cuestionario con el SCA, lo que sugiere un alto grado de conocimiento sobre los factores de riesgo. A pesar del predominio de niveles altos de conocimiento que hemos detectado, también hay una presencia notable de participantes que han presentado niveles de conocimiento más bajos, como "Poco relacionado" (18.8%), "Ligeramente relacionado" (2.1%) y "Escasamente relacionado" (2.1%).

TABLA 9. Descriptiva de nivel de factores conocidos

	NIVEL DE FACTORES CONOCIDOS
N	48
MINIMO	1
MAXIMO	6

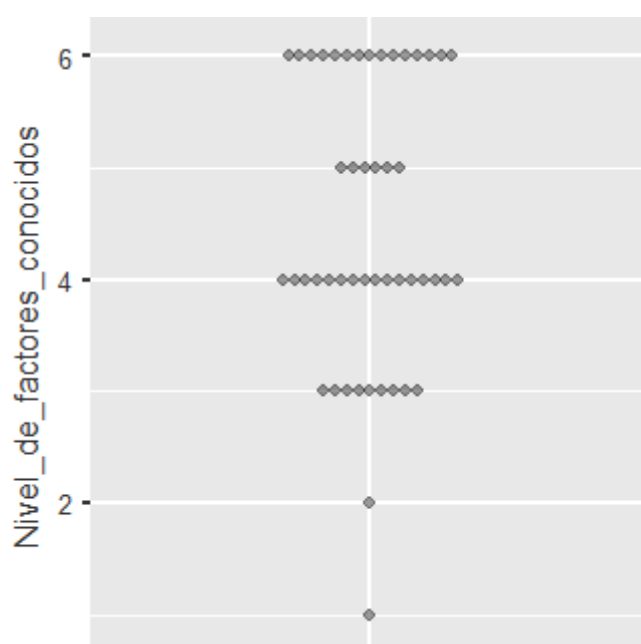
Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Frecuencias de Nivel de factores de riesgo conocidos

NIVEL DE FACTORES CONOCIDOS	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
Escasamente relacionado	1	2.1 %	2.1 %
Ligeramente relacionado	1	2.1 %	4.2 %
Poco relacionado	9	18.8 %	22.9 %
Relacionado	16	33.3 %	56.3 %
Muy relacionado	6	12.5 %	68.8 %
Ampliamente relacionado	15	31.3 %	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Nivel de Factores conocidos por los encuestados



Fuente: Elaboración propia

En el momento de poder conocer por parte de los encuestados si conocían las causas y origen del SCA, la gran mayoría de los participantes del estudio manifestó SI conocerlos, representando un 93.8% del total. Indicando así una prevalencia significativa respecto a los conocimientos del SCA entre los individuos analizados. Solo un 6.3% de los participantes no presentaron conocimiento de la etiología de SCA, lo que

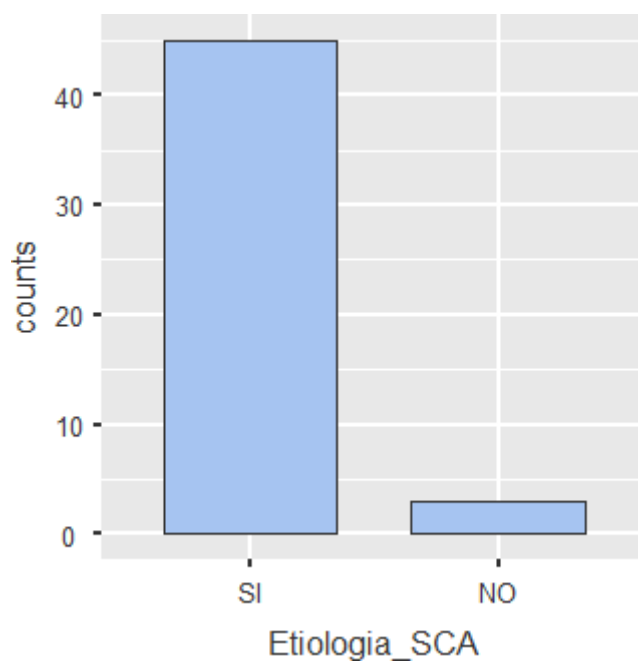
resalta la incidencia predominante de los conocimientos referidos a SCA en la muestra estudiada.

Tabla 11. Frecuencias de Etiología de SCA

ETIOLOGIA DE SCA	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
SI	45	93.8 %	93.8 %
NO	3	6.3 %	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Etiología de SCA



Fuente: Elaboración propia

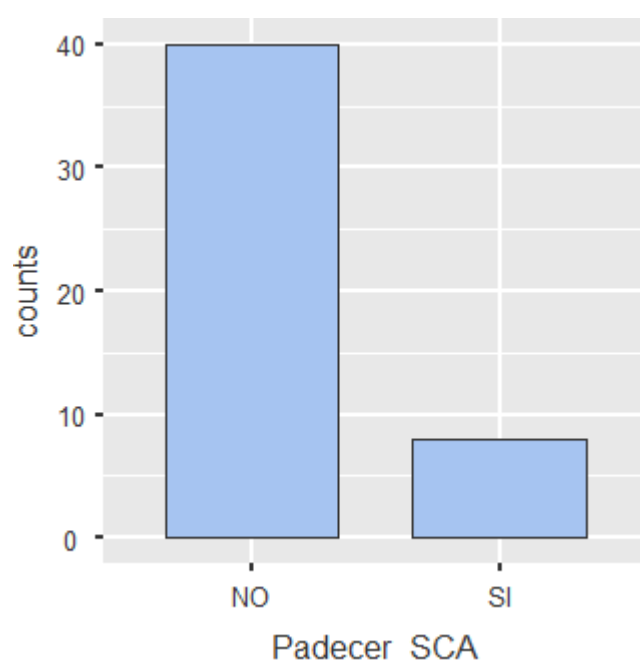
Del total de la población diana en su mayoría no han padecido Síndrome Coronario Agudo, representando un 83.3% del total. Esto indicaría que solo una minoría de la muestra ha padecido este síndrome. Aunque la prevalencia de ello fue baja, un 16.7% de los participantes han cursado SCA.

Tabla 12. Frecuencias de padecer SCA

PADECER SCA	FRECUENCIAS	% DEL TOTAL	% ACUMULADO
NO	40	83.3 %	83.3 %
SI	8	16.7 %	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Padecer SCA



Fuente: Elaboración propia

Respecto a los signos y síntomas que los encuestados reconocen como propios de SCA se ha encontrado en el análisis que la mayoría de los participantes se encontraban en las categorías de "Poco indicativo" (39.6%) y "Escasamente indicativo" (16.7%), sugiriendo que la mayoría de los síntomas no se relacionaban con la enfermedad. Un 18.8% de los participantes se encuentran en la categoría "Indicativo" que significa que reconocen al menos 3 signos y síntomas nombrados y un 12.5% en "Muy indicativo", mostrando que una parte significativa de la muestra reconoce

síntomas relevantes de SCA. Solo un 2.1% de los participantes se clasifican como "Completamente indicativo", indicando un alto conocimiento de los síntomas.

Tabla 13. Descriptivas de Signos y síntomas indicativos de SCA

	Signos y Síntomas Indicativos
N	48
MEDIANA	3.00
MINIMO	1
MAXIMO	6

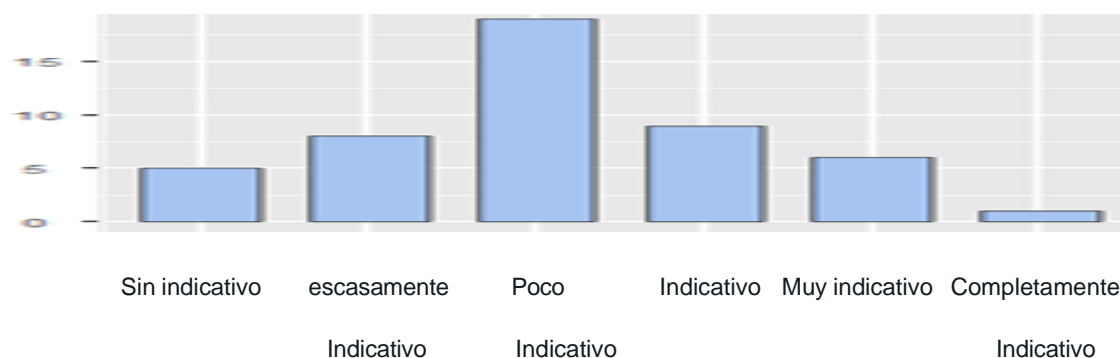
Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Frecuencias de Signos y síntomas indicativos de SCA

Signos y Síntomas Indicativos	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Sin indicativo	5	10.4 %	10.4 %
Escasamente indicativo	8	16.7 %	27.1 %
Poco indicativo	19	39.6 %	66.7 %
Indicativo	9	18.8 %	85.4 %
Muy indicativo	6	12.5 %	97.9 %
Completamente indicativo	1	2.1 %	100.0 %

Fuente: Elaboración propia

Figura 12. Indicativos reconocidos de Signos y Síntomas del SCA



Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Si comparamos los resultados obtenidos en este estudio con los descubrimientos de otros análisis científicos, podemos hacer comparaciones mediante diversos enfoques.

Como explicaron Jamil S, Jamil G, Mesameh H, Qureshi quienes observaron que los jóvenes hospitalizados con SCA tenían factores de riesgo tradicionales bien identificados, como HTA y TBQ, pero no se aborda específicamente el nivel de conocimiento sobre los síntomas previos al evento coronario. (3). Asimismo, el estudio realizado por Fallahzadeh A, en Teherán indico que, aunque los pacientes jóvenes presentaban factores de riesgo como dislipidemia y TBQ, no se observa una mejoría en los resultados hospitalarios, sugiriendo una posible falta de conocimiento sobre la importancia de la intervención temprana. (2).

Lo que sí está claro es que el informe anual del sistema nacional de salud 2020-2021 nuestro que las enfermedades cardiovasculares representaban una carga significativa en los servicios médicos, con una alta prevalencia de factores de riesgo como el TBQ y la obesidad tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, no se detallaron el nivel de conocimiento sobre los síntomas del SCA, aunque se destacó la necesidad de educación sanitaria y prevención, especialmente en poblaciones con alta prevalencia de estos factores de riesgo. (7).

Sin embargo, aunque hay un reconocimiento de los factores de riesgo entre los hombres, existe una falta de conocimiento específico sobre los síntomas del SCA, lo que apoya la conclusión de la necesidad de mejorar la educación sanitaria y las campañas de concienciación. Esta brecha en el conocimiento destaca una oportunidad crítica para implementar estrategias educativas efectivas que puedan mejorar la identificación temprana de los síntomas del SCA y reducir la mortalidad asociada a esta patología.

Siguiendo la misma línea, se han observado unas altas prevalencias de factores de riesgo tradicionales entre los adultos jóvenes que habían sido hospitalizados con SCA, como HTA y TBQ, sin embargo, no se proporcionó en el momento información específica sobre el nivel de conocimiento preventivo entre las mujeres, pero se destacó en el informe realizado por los investigadores la importancia de desarrollar sistemas de atención para la detección temprana. (3). El estudio realizado por Marie D en Dakar, Senegal, mostro que las mujeres hospitalizadas por SCA tenían una alta

prevalencia de factores de riesgo como la HTA (63.3%) y la diabetes (54.1%), con solo un 6.1% de TBQ activo. Esto sugirió un reconocimiento significativo de algunos factores de riesgo, aunque no se detallaron el conocimiento preventivo específico sobre medidas como la gestión del estrés. (15). Sin embargo, El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 destacó que las enfermedades cardiovasculares representaban una carga significativa en los servicios médicos, con una alta prevalencia de factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo. Y en relación a la prevención, observaron que el 36.4% de la población de 15 años o más se declaraban sedentarios, con una prevalencia de obesidad en ese momento del 40.3% en mujeres. Aunque el informe realizado por este organismo no detalla específicamente el conocimiento en el periodo 2020-2021 sobre medidas preventivas, sí subraya la importancia de la educación sanitaria y la prevención en general. (7)

Lo que está claro coincidiendo con los autores anteriores es que hay un reconocimiento de algunos factores de riesgo entre las mujeres. Pero existe una necesidad de mejorar el conocimiento y la aplicación de medidas preventivas más completas, como la gestión del estrés y la identificación de la diabetes y la obesidad como factores de riesgo. En ese aspecto nos apoyamos para decir que, a pesar de que el conocimiento entre las mujeres es levemente superior, aún hay áreas importantes que requieren atención para mejorar la prevención y reducir la incidencia del SCA.

Por otro lado, Bertelsen JB, Refsgaard J, mencionaron en su investigación que entre 2008 y 2014, se observaron grandes disparidades sociodemográficas en el conocimiento sobre el ataque cardíaco en EEUU, pero que hubo un aumento significativo en el conocimiento sobre el ataque cardíaco gracias a la información divulgada. Esto sugirió que las campañas educativas podrían tener un impacto positivo en el nivel de conocimiento sobre el SCA, aunque las disparidades continuaban persistiendo. (17). Siguiendo esa línea, el estudio realizado por -Kassam N, donde se encontraron que los factores de riesgo tradicionales como la HTA y el TBQ era especialmente prevalentes entre los pacientes adultos jóvenes hospitalizados con SCA, y la adherencia a los programas de rehabilitación cardíaca muestran diferencias según el contexto educativo y el acceso a la información sanitaria. (8) Siguiendo esa línea, un informe reveló que se han encontrado también en las mujeres y los hombres, estos con menor nivel educativo y que presentaban una peor

percepción de su salud y una mayor prevalencia de factores de riesgo asociados con enfermedades cardiovasculares. Ellos en su informe resaltaron la importancia de la educación sanitaria para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades en salud. Destacaron también que el nivel de estudios es un indicador relevante en los determinantes sociales de la salud, especialmente en el mantenimiento de la salud y calidad de vida. Una mayor educación puede proporcionar los conocimientos necesarios para mantener estilos de vida saludables, como saber que el consumo de tabaco y alcohol son perjudiciales, o que el ejercicio físico y una buena alimentación son beneficiosos para mantener una buena calidad de vida. Además, este informe muestra que la proporción de personas con estudios básicos o inferiores ha disminuido significativamente en las últimas dos décadas, pero aún persistían disparidades entre hombres y mujeres y entre diferentes regiones. (7)

Por lo tanto, sostenemos que la relación entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el SCA es evidente y ha sido respaldada por múltiples fuentes. Es imperativo que las estrategias educativas se adapten y se enfoquen en aquellos con menores niveles educativos y en mejorar el acceso a la información sanitaria, tanto para hombres como para mujeres, para asegurar una comprensión amplia y uniforme del síndrome coronario agudo.

Lo mismo ocurrió en el estudio donde se ha mencionado la importancia de los programas educativos para mejorar la adherencia y modificación de los factores de riesgo, haciendo énfasis en la necesidad de estrategias personalizadas que abordaran las diferencias de género y edad.(2) También lo han explicado en el estudio realizado sobre síndrome coronario agudo en jóvenes en Kenia quienes revelaron que, aunque los factores de riesgo tradicionales eran prevalentes, la incidencia de SCA se encontraba aumentando entre los adultos jóvenes, destacando la necesidad de enfoques educativos específicos para este grupo etario.(3). También se han mencionado las disparidades en el conocimiento y manejo del SCA según el género y la edad, son quienes manifestaron la conclusión de que las estrategias de educación sanitaria deben ser adaptadas para ser más inclusivas y efectivas.(7) En la misma línea otro estudio destacó y resaltó la necesidad de mejorar la educación y el manejo del SCA en mujeres adultas jóvenes, haciendo mención a que la prevalencia del SCA en estas mujeres en países como los subsaharianos está subdiagnosticada y subtratada, (17).

La bibliografía anterior apoya y amplía lo obtenido en los resultados de esta investigación donde arroja que el nivel de conocimientos es levemente superior en mujeres en comparación con hombres y que personas de un determinado grupo etario tienen un nivel de conocimiento más alto sobre el SCA que otros, variando esto en distintos grupos demográficos. Esta investigación destaca que el punto estratégico para modificar las variables se encuentra en la necesidad de continuar y expandir los esfuerzos educativos enfocados en la prevención del SCA, asegurando que tanto hombres como mujeres de todas las edades tengan acceso a información clara y precisa que les permita tomar decisiones informadas sobre su salud cardiovascular.

LIMITACIONES

A pesar de que este estudio ofrece información valiosa sobre la relación entre edad, género y conocimiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA), existen varias limitaciones a considerar.

Tamaño de la Muestra: La muestra pequeña de 48 participantes limita la generalización de los resultados. Un tamaño mayor podría ofrecer resultados más representativos.

Diseño Transversal: Los datos se recolectaron en un único momento, lo que impide establecer relaciones causales. Un estudio longitudinal podría proporcionar una comprensión más profunda de la evolución del conocimiento sobre el SCA.

Autoinforme de Datos: El uso de cuestionarios puede introducir sesgos, ya que los participantes pueden no recordar con precisión o dar respuestas socialmente aceptables, afectando la exactitud de los datos.

Contexto Específico: El estudio se realizó en una peña de Vila-real, Castellón, cuyas características pueden no ser representativas de otras regiones, limitando la aplicabilidad de los resultados.

Factores Confusores No Controlados: Pueden haber influido variables no completamente consideradas, como acceso a servicios de salud y calidad de la educación recibida.

Variabilidad en la Interpretación de Preguntas: La interpretación subjetiva de las preguntas del cuestionario puede afectar la consistencia de las respuestas.

Limitación Temporal: Realizado en abril de 2024, los resultados reflejan el conocimiento en ese momento específico, pudiendo cambiar con el tiempo.

Sesgo de Selección: La muestra se limitó a miembros de la peña, lo que puede no representar adecuadamente a la población general.

En resumen, aunque el estudio aporta una visión importante sobre el conocimiento del SCA según edad y género, sus limitaciones deben ser tenidas en cuenta. Se necesitan estudios futuros con muestras más grandes, diseños longitudinales y mejor control de factores confusores para validar y ampliar estos hallazgos.

CONCLUSION

- 1- Los resultados obtenidos indican que el nivel de conocimiento entre los hombres encuestados es bajo. Esta conclusión se apoya en los datos estadísticos recopilados, que muestran que una proporción significativa de los participantes no pudo identificar correctamente los síntomas más comunes del SCA.

Las encuestas estructuradas revelaron que, en promedio, los hombres poseían un conocimiento limitado sobre los signos y síntomas que preceden a un evento coronario agudo, como dolor torácico, sudoración excesiva, náuseas y dificultad para respirar. Este déficit en el conocimiento es preocupante, dado que la identificación temprana de los síntomas es crucial para recibir atención médica.

La falta de conocimiento sobre los síntomas del SCA puede estar influenciada por varios factores, incluyendo la insuficiente educación sanitaria y la baja percepción de riesgo entre los hombres. Este hallazgo subraya la necesidad de implementar programas educativos específicos y campañas de concienciación dirigidas a los hombres, con el fin de aumentar su conocimiento sobre los síntomas del SCA y promover la conducción.

En conclusión, el bajo nivel de conocimiento sobre los síntomas del SCA entre los hombres identificados en este estudio destaca una brecha crítica en la educación sanitaria. Es imperativo desarrollar estrategias educativas efectivas que puedan mejorar la comprensión de estos síntomas, fomentar la prevención y, en última instancia, reducir la mortalidad

- 2- Los datos estadísticos revelaron que, aunque el conocimiento general sobre las medidas preventivas del SCA entre las mujeres es relativamente mejor, aún existen áreas significativas de mejora. Las encuestas mostraron que una mayoría de las mujeres encuestadas pudieron identificar correctamente las principales medidas preventivas, como mantener una dieta saludable, realizar actividad física regular, controlar los niveles de colesterol, y evitar el consumo de tabaco. Sin embargo, la comprensión y aplicación de medidas menos

conocidas, como la gestión del estrés, la presencia de diabetes y la obesidad son factores aun no reconocidos como tal.

En conclusión, a pesar de ello el nivel de conocimiento es levemente superior.

- 3- Los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos indican que existe una relación significativa entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el SCA.

La diferencia en el nivel de conocimiento según el género y el nivel educativo sugiere que las estrategias de educación sanitaria deben adaptarse para abordar estas disparidades. En particular, es crucial mejorar el acceso y la efectividad de los programas educativos para hombres y para aquellos con niveles educativos más bajos, con el fin de asegurar una comprensión uniforme y amplia del síndrome.

En conclusión, los hallazgos de este estudio destacan la relación significativa entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el SCA, con un conocimiento levemente superior en mujeres y significativamente mejor en personas con educación superior. Esto pone de manifiesto la necesidad de continuar y ampliar los esfuerzos educativos para mejorar la salud cardiovascular en toda la población.

- 4- Los resultados del estudio revelan que el conocimiento sobre el SCA es levemente superior en mujeres en comparación con hombres y que las personas de 43 a 45 años tienen un nivel de conocimiento más alto sobre el SCA que otros grupos etarios. Estas diferencias subrayan la importancia de adaptar las estrategias de educación sanitaria para abordar las necesidades específicas de distintos grupos demográficos, promoviendo así una comprensión más uniforme y efectiva de las medidas preventivas del SCA en toda la población.

En conclusión, estos hallazgos destacan la necesidad de continuar y expandir los esfuerzos educativos enfocados en la prevención del SCA, asegurando que tanto hombres como mujeres de todas las edades tengan acceso a información clara y precisa que les permita tomar decisiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1- MedlinePlus es un sitio web que ofrece información de salud de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos;
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007639.htm>
- 2- Fallahzadeh A, Mehraban S, Mahmoodi T, Sheikhy A, Naderian M, Afsaneh Aein P, Rafiee H, Mehrani M, Tajdini M, Masoud-Kabir F, Sadeghian S, Hosseini K. Perfil de factores de riesgo y resultados del síndrome coronario agudo prematuro después Intervención coronaria percutánea: un diseño prospectivo de 1 año. *Clínica Cardial*. 2024 enero; 47 (1): e24170. doi: 10.1002/clc.24170. Publicación electrónica del 11 de octubre de 2023. PubMed PMID: 37818995; PMCID central de PubMed: PMC10766129.
- 3- Jamil S, Jamil G, Mesameh H, Qureshi A, AlKaabi J, Sharma C, Aziz F, Al-Shamsi AR, Yasin J. Comparación de factores de riesgo en pacientes jóvenes que presentan síndrome coronario agudo con enfermedad arterial coronaria aterosclerótica versus coronarias angiográficamente normales. *Int J Med Sci*. 2021; 18 (15): 3526-3532. doi: 10.7150/ijms.60869. Colección electrónica 2021. PubMed PMID: 34522179; PMCID central de PubMed: PMC8436094.
- 4- Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Loscano J. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 19ª ed. McGraw-Hill; 2016.
- 5- Bonow RO, Libby P, Mann DL, Zipes DP. Braunwald. *Tratado de cardiología. Texto de medicina cardiovascular*. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
- 6- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe SA, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. [Internet]. 2013;66(2):132. [citado 5 marzo 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.11.005>.
- 7- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021- NFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022 MINISTERIO DE SANIDAD DE ESPAÑA – NIPO: 133-20-031-6 <https://cpage.mpr.gob.es/>
- 8- Kassam N, Ngunga M, Varwani M, Msunza M, Jeilan M. Patrones del síndrome coronario agudo en jóvenes: perfil de factores de riesgo y resultados hospitalarios en un hospital de referencia terciario en Kenia. *Trastorno cardiovascular de BMC* . 3 de

abril de 2024; 24 (1): 192. doi: 10.1186/s12872-024-03832-z. PMID de PubMed: 38570757; PMCID central de PubMed: PMC10988889

9- Siagian SN, Christianto C. Una mujer joven con síndrome coronario agudo y síndrome antifosfolípido. ¿Es el síndrome antifosfolípido o la vacuna COVID-19 o el riesgo clásico como factor de riesgo? un informe de caso. Representante de casos de J Med. 2024 19 de enero; 18 (1): 47. doi: 10.1186/s13256-023-04314-0. PMID de PubMed: 38238833; PMCID central de PubMed: PMC10797992.

10- Nishizaki Y, Shimada K, Tani S, Ogawa T, Ando J, Takahashi M, Yamamoto M, Shinozaki T, Miyazaki T, Miyauchi K, Nagao K, Hirayama A, Yoshimura M, Komuro I, Nagai R, Daida H. Asociación entre la proporción de ácidos grasos poliinsaturados n-3 a n-6 en suero y síndrome coronario agudo en pacientes no obesos con factor de riesgo coronario: un estudio transversal multicéntrico. Trastorno cardiovascular de BMC. 6 de abril de 2020; 20 (1): 160. doi: 10.1186/s12872-020-01445-w. PMID de PubMed: 32252654; PMCID central de PubMed: PMC7137439.

11- 6 Tai S, Li X, Zhu Z, Tang L, Yang H, Fu L, Hu X, Fang Z, Zhou S. La hiperuricemia es un factor de riesgo para la supervivencia general de un año en pacientes de edad avanzada con síndrome coronario agudo. Cardiovasc Ther. 2020; 2020: 2615147. doi: 10.1155/2020/2615147. Colección electrónica 2020. PubMed PMID: 32161625; PMCID central de PubMed: PMC7057023.

12- Hubacek JA, Stanek V, Gebauerova M, Adamkova V, Lesauskaite V, Zaliaduonyte-Peksiene D, Tamosiunas A, Supiyev A, Kossumov A, Zhumadilova A, Pitha J. Factores de riesgo tradicionales del síndrome coronario agudo en cuatro poblaciones masculinas diferentes: colesterol total El valor no parece ser un factor de riesgo relevante. Physiol Res. 5 de abril de 2017; 66 (Suplemento 1): S121-S128. doi: 10.33549/fisiolres.933597. PMID de PubMed: 28379037.

13- Yang QY, Ouyang J, Yang JD. La sepsis como factor de riesgo importante de hemorragia gastrointestinal en pacientes con síndrome coronario agudo: informes de dos casos. Medicina (Baltimore). 2018 septiembre; 97 (36): e12273. doi: 10.1097/MD.00000000000012273. PMID de PubMed: 30200168; PMCID central de PubMed: PMC6133616.

14- Dogan C, Bayram Z, Karagoz A, Bakal RB, Erdogan E, Yilmaz F, Akbal OY, Acar RD, Aktemur T, Guvendi B, Karaduman A, Hakgor A, Kaymaz C, Ozdemir N. ¿Está elevada la proporción de triglicéridos y lipoproteínas de alta densidad? ¿Un factor de riesgo que hace que el síndrome coronario agudo aparezca más

tempranamente? Bratisl Lek Listy . 2018; 119 (12): 770-775. doi: 10.4149/BLL_2018_140. PMID de PubMed: 30686016.

15- Marie D, Mingou JS, Dia K, Gbadamassi SEOK, Fall PD, Diao M, Mboup MC. Presentación clínica, factores de riesgo y resultados del síndrome coronario agudo en mujeres en un centro de referencia urbano en Dakar, Senegal. Corazón Globo. marzo de 2019; 14 (1): 35-39. doi: 10.1016/j.gheart.2019.01.001. Publicación electrónica del 21 de marzo de 2019. PubMed PMID: 30905691.

16- Vicente-Ibarra N, Marín F, Pernías-Escrig V, Sandín-Rollán M, Núñez-Martínez L, Lozano T, Macías-Villaniego MJ, Carrillo-Alemán L, Candela-Sánchez E, Guzmán E, Esteve-Pastor MA, Orenes -Piñero E, Valdés M, Rivera-Caravaca JM, Ruiz-Nodar JM. Impacto de la anemia como factor de riesgo de hemorragia mayor y mortalidad en pacientes con síndrome coronario agudo. Eur J Intern Med. marzo de 2019; 61 :48-53. doi: 10.1016/j.ejim.2018.12.004. Publicación electrónica del 20 de diciembre de 2018. PubMed PMID: 30579651.

17- Bertelsen JB, Refsgaard J, Kanstrup H, Johnsen SP, Qvist I, Christensen B, Christensen KL. Rehabilitación cardíaca después del síndrome coronario agudo que compara la adherencia y la modificación de los factores de riesgo en un modelo de atención compartida basado en la comunidad versus atención hospitalaria en un ensayo controlado aleatorio con 12 meses de seguimiento. Eur J Cardiovasc Enfermeras. 2017 abril; 16 (4): 334-343. doi: 10.1177/1474515116666781. Publicación electrónica del 23 de septiembre de 2016. PubMed PMID: 27566597.

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Europea de Valencia

Con la presente investigación pretendemos realizar una **valoración de enfermería con relación al conocimiento que tienen los usuarios sobre el síndrome coronario agudo (SCA): infarto agudo de miocardio.**

La encuesta es anónima. La utilización de los resultados se utilizará con el fin de mejorar la atención a este grupo de personas.

Según Ley 1/2003 de la Generalitat Valenciana. Consentimiento Informado expreso y por escrito. Los datos obtenidos se tabularán y codificarán estando en todo momento anonimizados.

Gracias por su colaboración.

.....

¿Conoce usted qué factores pueden ocasionarle un síndrome coronario agudo?

SI (continúe con el cuestionario) NO (pase al siguiente apartado)

¿Qué factores de riesgo de los que se muestran a continuación relaciona con la aparición de un síndrome coronario agudo?

Tabaquismo Obesidad
 Sedentarismo

Colesterol alto Estrés
 Diabetes

Otros: -

¿De las situaciones que se presentan a continuación, qué signo/síntoma cree que podría indicarnos que estamos padeciendo un síndrome coronario agudo?

Falta de aire Dolor en el pecho
 Náuseas

Sensación de mareo Dolor en cuello/brazos
 Acidez

Otros: -

¿Ha padecido usted algún síndrome coronario agudo?

SI NO

¿Qué piensa usted (en orden de prioridades), debería de hacer ante una persona que presenta un síndrome coronario agudo?

1º-

2º-

3º -

Otros: -

Datos Sociodemográficos

1.-Sexo

Masculino

Femenino

2.-Edad

3.-Nivel de estudios

Primario

Secundario (ESO)

Bachiller

Tec Sup.Universitario o de Grado.....

Maestría o Especializacion

Doctorado.....

NC/NC.....

4.-Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Separado/a – Divorciado/a

Viuda/o

Otros (defínalo _____)

Conocimiento y Reconocimiento de los Síntomas del Síndrome Coronario Agudo en la Población: Un Estudio Observacional Descriptivo

NS

NC

5.-Número de hijos

6.-Localidad (ciudad/población) de residencia _____