



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICINA FAMILIAR
NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74
AÑOS EN LA UMF 7**

PRESENTA:

**TONATIUTH CUAUHTÉMOC RIVERA ORTUÑO
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7. IMSS**

**DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS
INVESTIGADOR RESPONSABLE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7 IMSS**

**DRA. ELIZABETH RIVERO GARCÍA
ASESOR CLÍNICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7 IMSS**

**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°10 IMSS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2022
Número de registro: R-2021-3703-153**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FECHA Viernes, 03 de diciembre de 2021

M.E. MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-153

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

AGRADECIMIENTOS

A MI AMADA HIJA ALONDRA

INDICE

Resumen.....	6
Marco teórico.....	7
Justificación.....	19
Planteamiento del problema.....	20
Pregunta de investigación.....	20
Objetivos.....	20
Hipótesis.....	20
Material y métodos.....	21
Diseño de investigación.....	22
Diseño de estudio	23
Población, lugar y tiempo.....	24
Muestra.....	25
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	26
Variables.....	27
Diseño estadístico.....	28
Instrumento de recolección.....	29
Método de recolección.....	29
Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	30
Consideraciones éticas.....	31
Factibilidad, difusión y trascendencia.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	39
Conclusión.....	42
Referencias Bibliográficas.....	44
Anexos	
Anexo 1: Consentimiento informado.....	47

Anexo 2: Hoja de recolección de datos.....	48
Anexo 3: Cronograma de actividades.....	50
Anexo 4: Tablas y gráficas.....	51

RESUMEN.

“NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7”

Rivera Ortuño Tonatiuh Cuauhtémoc¹, Villarreal Avalos Mariana Gabriela², Rivero García Elizabeth³, Manuel Millán Hernández⁴
¹Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ³Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ⁴Especialista en medicina familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud adscrito a Hospital De Psiquiatría Unidad De Medicina Familiar N°10.

ANTECEDENTES: Las enfermedades cardiovasculares actualmente es la causa número uno de mortalidad a nivel mundial. El número de muertes por enfermedades cardiovasculares ha aumentado en las últimas décadas. Se define como factor de riesgo al elemento medible que tiene una relación con el aumento en la frecuencia de una enfermedad. Siendo el alcoholismo un factor de riesgo modificable.

OBJETIVO: Relacionar el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal en derechohabientes hombres de 40 a 74 años de la UMF 7. Se aplicó la calculadora de la Organización Panamericana de la Salud para medir riesgo cardiovascular edad, alcoholismo, tabaquismo, peso, talla y presión arterial.

RECURSOS: Asesores metodológicos y clínicos, autofinanciamiento, no implicó gastos para el Instituto Mexicano del Seguro Social, el financiamiento de las encuestas estuvo a cargo del Médico Residente.

INFRAESTRUCTURA: Unidad de Medicina Familiar 7 CDMX

EXPERIENCIA DE GRUPO: Se cuenta con la experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por médicos residentes para obtención del grado correspondiente.

TIEMPO A DESARROLLARSE: enero 2021-enero 2022

PALABRAS CLAVE: Hombre, riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, alcoholismo.

MARCO TEORICO

Epidemiología a nivel mundial

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo.

Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones de los accidentes cerebrovasculares.

Más de tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades cardiovasculares se producen en los países en vías de desarrollo.

De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, el 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las enfermedades cardiovasculares.¹

Epidemiología en México

En 2019, de las 747 784 defunciones registradas 56.4% fueron hombres, 43.5% mujeres y en 473 casos el sexo no fue especificado. Del total de defunciones, 88.8% se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que 11.2% fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios.

Las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Los homicidios representan la cuarta causa de muerte en hombres.²

Prevalencia de alcoholismo en México en >20 años

Distribución porcentual de la población de 20 años y más por condición de consumo de alcohol y frecuencia de consumo según sexo en el 2018. Nunca ha tomado 36.3% si ha tomado 63.8% dentro de los cuales por genero corresponden a hombres 80.6 % y mujeres 49.9%.

Frecuencia de consumo por genero; diario mujeres 1.0% hombres 5.7%, semanal mujeres 9.5% hombres 30.2%, mensual mujeres 8.1% hombres 14.8%, ocasionalmente mujeres 75.9% hombres 47%, no responde hombres 5.5% mujeres 2.3%. Entidades con consumo más alto Chihuahua, Zacatecas, Coahuila, Yucatán y Colima.²³

El Estudio del Corazón de Framingham y los riesgos cardiovasculares

A consecuencia de los numerosos decesos en adultos de entre 50 y 60 años en la década de los 40tas se decide emprender un estudio que terminaría por acuñar el termino factor de riesgo dando un enfoque en las enfermedades cardiovasculares. Los investigadores de Framingham se unieron a los investigadores del resto del mundo para aclarar la relación entre enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo metabólicos con una íntima relación entre diabetes y enfermedad cardiovascular justo a mediados del siglo pasado. El resultado que arrojó el estudio de Framingham fue que la mortalidad cardiovascular se elevó al triple para los portadores de diabetes se observó el incremento de riesgo para insuficiencia cardiaca y enfermedad hipertensiva.

El colesterol por medio de estudios en animales y autopsia a mediados del siglo XX se estudió su relación con enfermedades cardiovasculares, se encontró altos niveles de concentración de colesterol en diversos pacientes con síndromes coronarios.

En la década de los años setenta reportaron una relación inversa entre las concentraciones de HDL y la enfermedad coronaria por otro lado se observó la relación positiva entre los niveles altos de LDL y la incidencia de enfermedad coronaria.

Con el paso de los años ya en la década de los ochenta se confirmó el incremento de enfermedades cardiovasculares con obesidad debido a su relación con hipertensión y altas concentraciones de lípidos en sangre.³

Factores de riesgo cardiovascular

Un factor de riesgo se define como un elemento o una característica perceptible que tiene una relación con el aumento en la frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer dicha enfermedad.

La distribución y frecuencia de las enfermedades son materia de estudio de la epidemiología, en la década de los años treinta nace la epidemiología cardiovascular derivado del interés hacia las principales causas de muerte. Posteriormente en la década de los cincuenta inician estudios para aclarar causas de la enfermedad cardiovascular, es cuando surge Framingham Heart Study el cual da como principales factores para la aparición de enfermedad cardiovascular la presión arterial sistémica y colesterol elevados. Actualmente existen nuevos estudios epidemiológicos que agregaron nuevos factores de riesgo como lo es el género, edad, el tabaquismo, obesidad, sedentarismo y alcoholismo.⁴

Las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria a la salud

Los factores de riesgo cardiovascular se dividen en modificables (niveles de presión arterial elevada, tabaquismo, obesidad, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo) y no modificables (edad, sexo, raza, genética). Actualmente se sabe que el conjunto y la concentración de dichos factores de riesgo incrementa la posibilidad de persistencia de enfermedades cardiovasculares.

Se le da cierta cantidad medible a cada factor de riesgo para obtener una puntuación de riesgo cardiovascular y dependiendo de dicho resultado permite tomar decisiones terapéuticas para manejar el riesgo absoluto cardiovascular e implementar medidas puntuales en cada paciente para disminuir el riesgo y evitar enfermedades cardiovasculares.

Actualmente existen diversas herramientas para calcular el riesgo cardiovascular y en la experiencia de estudios anteriores se confirma que el conocimiento y la comprensión del riesgo cardiovascular fue un facilitador para el manejo y

disminución de estos factores tanto para los médicos como para el paciente. Existe una asociación positiva entre el conocimiento de riesgo cardiovascular y la reducción de factores modificables. Se debe tomar en cuenta que la implementación de estas herramientas incrementa el tiempo de la consulta médica, sin embargo, estudios demuestran que el uso general de estimaciones de riesgo agrega valor al mejorar la satisfacción de los pacientes y genera un cambio en su comportamiento.

Varios países han reconocido a los trabajadores de la salud como ingeniosos y vanguardistas debido a su arduo compromiso con la medicina preventiva, lo que invita a enfocar la atención en impulsar y mejorar la infraestructura de la medicina preventiva en atención primaria.⁵

Calculadora de riesgo cardiovascular de la Organización Panamericana de la Salud

La calculadora de riesgo cardiovascular de la organización panamericana de la salud estima la posible incidencia a 10 años de padecer un infarto al miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cerebrovascular. Incluye las 6 regiones de América (Andina, Caribe, Central, Norte, Sur y Tropical) de acuerdo con las tablas publicadas en 2019 por la Organización Mundial de la Salud. Este puntaje de riesgo surgió de una extensa revisión de las cohortes disponibles y una adaptación a 21 regiones mundiales sobre la base del análisis de la carga de morbilidad cardiovascular. Para cada región se publicó una estimación que requiere conocer el valor de colesterol en sangre y otra ante su desconocimiento. La Organización Panamericana de la Salud con la contribución financiera de los centros de prevención y control de enfermedades de Estados Unidos de América transformo las tablas codificadas por colores publicados en una calculadora electrónica en línea para su uso en computadoras y teléfonos inteligentes. La calculadora está diseñada para ayudar a los trabajadores de salud a calcular en forma rápida el riesgo cardiovascular, a dialogar con los pacientes para analizar en qué medida el riesgo puede ser modificado.⁶

Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular

La Organización Mundial de la Salud público que la mortalidad relacionada esta enfermedad asciende a 7 millones a nivel mundial por año. Uno de cada cuatro adultos a nivel mundial es portador de hipertensión arterial y se sabe que una vez establecida acorta la esperanza de vida 10 años.

Estudios han demostrado que las personas con hipertensión arterial sistémica tienen un riesgo de 2 a 4 veces de presentar arteriosclerosis, enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca en comparación con las personas normotensas del mismo sexo y edad. Se sabe también que la enfermedad coronaria es la principal secuela de hipertensión arterial sistémica.

En el 2014 la American Heart Association publicó que la hipertensión arterial sistémica es el factor número uno para desarrollar enfermedades cardiovasculares con un 40.6% lo sigue el tabaquismo 13.7% el consumo de una dieta poco saludable 13,2% sedentarismo 11.9% hiperglucemia 8.8%.

El hipertenso tiene 5 veces más riesgo de cardiopatía coronaria, 10 veces más riesgo de accidente vascular cerebral, 2 a 4 veces más para insuficiencia cardiaca, y 1.5 veces de presentar enfermedad renal crónica.⁷

Obesidad como riesgo cardiovascular

Si las tendencias actuales continúan como hoy en día para el 2025 la prevalencia de obesidad a nivel mundial será de 18% hombre y 21% en mujeres. La obesidad se define como índice de masa corporal >30 Kg/m². La prevalencia de esta enfermedad en los últimos 30 años ha alcanzado a nivel mundial proporciones epidémicas con importantes consecuencias en la salud, afecta a todos los grupos sociales y edades.

El exceso de adiposidad en el cuerpo se relaciona disfunciones metabólicas como resistencia a la insulina, aterosclerosis, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, aumento de riesgo a enfermedades trombóticas e inflamación endotelial favoreciendo la aparición de enfermedades cardiovasculares e incrementando la mortalidad. La forma de tratar al paciente obeso debe contener estrategias

individualizadas para obtener pérdida de peso de manera gradual con apoyo nutricional.⁸

Tabaquismo como riesgo cardiovascular

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte a nivel mundial, es responsable de más de 5 millones de muertes al año, o 12% de todas las muertes. La mitad de los fumadores habituales morirá de una enfermedad relacionada con el tabaco, hoy en día se sabe que las personas que fuman pierden un promedio de 10 años de vida en comparación con los que nunca han fumado. Si esta tendencia continua se estima que para 2030, el consumo de tabaco represente más de 8 millones de muertes al año. Disminuir el consumo de tabaco es una de las estrategias de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, este factor de riesgo cardiovascular se considera desatendido en la práctica de la cardiología clínica y recibe mucha menos atención que la diabetes, hipertensión arterial y la hiperlipidemia.

El tabaquismo incrementa el riesgo de muerte por todas las enfermedades vasculares de dos a tres veces. A nivel mundial, del 10 al 30% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares están relacionadas con tabaco. El tabaquismo también puede generar y empeorar arritmias cardíacas.

El riesgo cardiovascular por consumo de tabaco no es exclusivo de los fumadores. Los fumadores pasivos que están expuestos regularmente al humo del tabaco de otras personas tienen también riesgo de enfermedades cardiovasculares. La exposición al humo de segunda mano aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad por cardiopatía coronaria entre un 25% y un 30% de las personas no fumadoras.

La nicotina, monóxido de carbono y gases oxidantes, son los componentes que propician el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en los fumadores. La nicotina se une a los receptores colinérgicos nicotínicos en el cerebro y actúa como

un agente simpaticomimético, estimulando liberación de catecolaminas, lo que lleva a aumentos de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la contractilidad del miocardio que aumentan el trabajo de este y por lo tanto la demanda de oxígeno. La nicotina induce vasoconstricción a través de su acción sobre los receptores alfa-adrenérgicos y al inducir disfunción endotelial. Esto da como resultado una reducción del flujo sanguíneo coronario y cerebral.

Al consumir tabaco por efecto de combustión se genera monóxido de carbono el cual tiende a unirse más a la hemoglobina que el oxígeno privando de esta manera del suministro de oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo. Que produce hipoxemia la cual puede precipitar eventos isquémicos. Por efecto de esta hipoxemia la masa de glóbulos rojos aumenta y conduce a hemoconcentración.

El humo de cigarrillo contiene nitrógeno y radicales libres los cuales provocan inflamación y oxidación de lípidos que intervienen en la patogenia de las enfermedades cardiovasculares.

En las estrategias de prevención primaria se encuentran en reducir el consumo de tabaco ya que en conjunto con la hipertensión, diabetes e hiperlipidemia son los principales factores desencadenantes para enfermedades cardiovasculares.

Abandonar el hábito del tabaquismo tiene grandes ventajas ya que reduce el riesgo de infarto al miocardio y accidente cerebrovascular. En paciente con riesgo crítico de enfermedad cardiovascular es considerablemente reducible en 2 años. Entre los pacientes con enfermedad renal crónica dejar de fumar reduce la mortalidad en un 30%

Una vez establecido el síndrome coronario agudo dejar de fumar es por mucho una de las acciones con mayor impacto para reducir el riesgo de un segundo evento y se ha visto una reducción significativa en la morbilidad en los seis meses posteriores.⁹

Dislipidemia y riesgo cardiovascular

Diversos factores promueven la formación de arteriosclerosis por lo anterior se requiere un abordaje preventivo de manera global que abarque los diferentes promotores de arterioesclerosis. Se ha observado el incremento de síndrome metabólico de en edad más tempranas lo cual lleva a pensar que la brecha para la disminución de las enfermedades cardiovasculares aun es extensa.

En países europeos se ha implementado el manejo de al menos tres sistemas de estimación de riesgo cardiovascular uno de ellos cualitativo ordinal de la guía europea de hipertensión la cual no cuantifica numéricamente el riesgo cardiovascular asignando una categoría como lo es bajo, moderado, alto y muy alto. Dos más cuantitativos REGICOR y el SCORE que además valora el riesgo coronario en fatal y no fatal.¹⁰

En las últimas décadas se adquirió cierta relevancia al colesterol no transportado por lipoproteínas de alta densidad c-no- HDL en la valoración de riesgo cardiovascular y como objetivo terapéutico meta. En un metaanálisis se demostró la asociación del c-no-HDL más clara que con c LDL y la apo B con próximos episodios vasculares.

En la diabetes mellitus tipo 2, síndrome de resistencia a la insulina, en el síndrome metabólico y en obesidad se ha observado el incremento de triglicéridos plasmáticos y colesterol LDL.¹¹

Riesgo cardiovascular y las diferencias por género

En nuestra sociedad actual la enfermedad cardiovascular continúa siendo la causa número 1 de mortalidad a nivel mundial. Actualmente se sabe que el género es un factor cardiovascular de importancia ya que este depende la edad de aparición y el porcentaje de incidencia de estas enfermedades.¹² El género masculino cuenta con mayor riesgo de presentar enfermedad coronaria que las mujeres y a edades más tempranas esto se debe a las hormonas juegan un papel cardioprotector, el estrógeno endógeno se encuentran en cantidades más elevadas en el género

femenino sin embargo en el climaterio ocurre un descenso importante lo que provoca cambios metabólicos en la función vascular y tono simpático generando un aumento de la persistencia de dislipidemia e hipertensión.¹³

En los accidentes cerebro vasculares las mujeres cuentan con igual riesgo que los hombres de presentarlos, así como de insuficiencia cardiaca. Actualmente la expectativa de vida es mayor para el género femenino y es por eso que ellas cuentan con más tiempo para presentar enfermedades cardiovasculares.¹⁴

Hombre de más de 60 años y enfermedad cardiovascular

El 12 % de la población en los Estados Unidos de América en el año 2000 tenía una edad superior a los 65 años. Se estima que para el 2030 aumentara al 20% La causa número uno de mortalidad en este grupo de edad es la cardiopatía isquémica. Los pacientes mayores de 60 años que padecen alguna enfermedad cardiovascular ocupan medicación y cuidados más complejos que los que no padecen estas enfermedades.

Se sabe que se presenta un aumento de la masa cardiaca en el anciano debido a la disminución en el número de miocitos por apoptosis lo cual da como resultado que los miocitos funcionales generen hipertrofia miocárdica con aumento de la poscarga, el exceso de fibrosis provoca distensibilidad lo que lleva a la disfunción cardiaca.

Se observo que en países como México en vías de desarrollo presentan mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo, hipertensión y diabetes. Con altos niveles de colesterol LDL ya bajos niveles de HDL en el grupo de 50 a 65 años. Con prevalencias mas altas en las cifras de presión arterial, todo lo anterior genera un incremento y evolución para generar enfermedades cardiovasculares.¹⁵

Efectos cardiotónicos y neurológicos en el alcohol

El consumo de etanol tiene un efecto dromo trópico negativo lo que provoca la reducción del periodo refractario auricular esto genera la aparición de arritmias como fibrilación aricular.¹⁵ La cardiopatía alcohólica se caracteriza por alteración del flujo a nivel ventricular tanto en sístole como en diástole por fibrosis, genera disminución de células funciones de miocardio por daño mitocondrial y por deficiencia de calcio disminución de la respuesta contráctil.¹⁶

Enfermedad cardiovascular y el consumo de alcohol

Definición: Consumo crónico y continuo de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la manera de beber, se cuenta con episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el consumo a pesar de sus consecuencias adversas. Se define consumo moderado de alcohol hasta 1 copa de alcohol al día en mujeres y hasta 2 copas en hombres. Ejemplos de una bebida son:

Cerveza 12 onzas (355ml) 5% de alcohol.

Vino 5 onzas (148ml) 12% a 15% de alcohol.

Licor y destilados (80 grados) 1.5 onzas (44ml) 45% de alcohol.

El consumo excesivo de consumo de alcohol se encuentra relacionado con el incremento de enfermedades cardiovasculares, en un estudio comparativo con las personas que consumen bajos niveles de alcohol se asocia con una reducción de la mortalidad total. Un mayor consumo de alcohol se asocia con tabaquismo, menos ejercicio y una mala alimentación incrementando el riesgo cardiovascular.¹⁷

En un estudio del 2018 en donde se asoció entre el consumo de alcohol registrado clínicamente y la presentación inicial de 12 enfermedades cardiovasculares, el consumo moderado de ingesta de alcohol se relaciona con concentraciones altas de colesterol que se une a lipoproteínas de alta densidad y concentraciones bajas de fibrinógeno. La hipótesis es que el consumo moderado de alcohol puede ser protector para algunas enfermedades cardiovasculares. La asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la presentación de enfermedades cardiovasculares

es motivo de aplicación de diferentes medidas como el asesoramiento de pacientes en la importancia de los beneficios de reducir el consumo de alcohol.¹⁸

Efectos del consumo bajo y moderado de alcohol

Consumir alcohol de manera moderada ha demostrado reducción en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ya tiene ciertas propiedades cardioprotectores comparadas con las personas que consumen alcohol de manera excesiva y las personas abstemias. La cerveza y el alcohol tienen altos contenidos fenólicos lo que favorece la densidad ósea, beneficios cardioprotectores y mejor respuesta inmunológica por sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias. Se sabe que tras el consumo de bebidas fermentadas existe un cambio favorable en la microbiota intestinal debido a cambios en la composición de grupos bacterianos. La medida mundialmente establecida para un consumo moderado de alcohol consiste en 330ml de 4% de alcohol al día para mujeres y 2 bebidas para hombre.

El consumo bajo y moderado de alcohol se ha relacionado por efecto de sus polifenoles a niveles bajos de moléculas de adhesión en biomarcadores de inflamación plasmática. El contenido de etanol reduce nivel de lípidos y grado de aterosclerosis.¹⁹

Tratamiento farmacológico y no farmacológico para disminución de los niveles de riesgo cardiovascular

Se han tomado varias decisiones clínicas en pacientes con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, con el aumento de factores cardiovasculares como la obesidad, diabetes e hipertensión se han creado diferentes guías y pautas para el manejo y tratamiento de estas enfermedades. sin embargo, al ser tan variadas se implementaron medidas para incrementar el uso eficiente de las recomendaciones disponibles. Referente a diabetes e hipertensión se recomendó el uso específico de fibratos y agentes omega 3 con la finalidad de disminuir los niveles de triglicéridos e incrementar los niveles de HDL-C.²⁰

Al ser la primera causa de muerte a nivel global las enfermedades cardiovasculares se han creado nuevos medicamentos farmacológicos en el tratamiento de la diabetes los agonistas del receptor GLP1 y los inhibidores del cotransportador ISGLT2 con su uso han demostrado una disminución en la morbimortalidad cardiovascular en pacientes diabéticos.

La ventaja de los ISGLT2 es que reducen el riesgo de hospitalización por problemas de insuficiencia cardíaca. Por otro lado, estos dos tipos de fármacos disminuyen la progresión de enfermedad renal diabética. Por lo que diferentes sociedades científicas recomiendan su uso por su beneficio cardiovascular.²¹

Se observó que el uso de dispositivo MAPA que es un aparato electrónico programado previamente por médico tratante que realiza tomas de presión arterial con cierta cantidad de tiempo, los pacientes se colocan dicho dispositivo y lo llevan puesto durante al menos 2 días, para posteriormente realizar la toma de la lectura. Al tomar estas mediciones de presión arterial el paciente no se va sometido a estrés ni ansiedad, obteniendo tomas más precisas de presión arterial y suministrar un manejo terapéutico más preciso.

En el apartado del control y tratamiento de lípidos se recomienda uso de estatinas con un monitoreo de las cifras en los 3 primeros meses de su prescripción. Se ha visto que con la dieta de tipo mediterráneo disminuye la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.²²

JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades cardiovasculares tienen una magnitud a nivel mundial muy representativa ya que actualmente es la principal causa de muerte.

Cada año se incrementan los factores de riesgo cardiovascular como es la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo, y alcoholismo, además estos factores se presentan cada vez en edades más tempranas.

El padecer una enfermedad cardiovascular requiere el manejo de múltiples especialidades médicas, así como medicamentos más complejos y con costos más elevados, además muchos de estos padecimientos terminan por dejar importantes secuelas en nuestra población generando la dependencia completa de otro u otros integrantes de la familia para realizar funciones básicas y cotidianas. Lo anterior tiene un impacto no solo en el ámbito laboral si no también el sistema y función familiar ya que provoca crisis para normativas.

Este proyecto busca conocer la relación que existe entre el nivel de riesgo cardiovascular y el alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7 ya que si conocemos este dato podríamos definir de mejor manera estrategias de intervención que disminuyan la frecuencia de estos padecimientos. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando principalmente sobre factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, las dietas altas en carbohidratos, obesidad, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol.

El siguiente estudio cuenta con un adecuado nivel de factibilidad para llevarse a cabo ya que se tiene la población de interés a estudiar específica de pacientes, la infraestructura y un instrumento de trabajo adecuado al objeto de estudio.

La vulnerabilidad del estudio radica en la veracidad de las respuestas proporcionadas por los participantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad a nivel mundial. El grado de incidencia de enfermedades cardiovasculares y su tendencia al incremento anual pueden tener relación con el consumo excesivo de alcohol y su incremento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se relaciona el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Relacionar el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de riesgo cardiovascular en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7”
- Identificar el alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7”

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna H1: Si se relaciona el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7.

Hipótesis nula H0: No se relaciona el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7.

MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo y sitio de estudio.

El estudio se realizó en hombres de 40 a 74 años adscritos a la UMF 7 en el periodo de tiempo comprendido entre noviembre 2021 – diciembre 2021

Lugar donde se desarrollo

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 7, ubicada en Calzada de Tlalpan No. 04220 colonia San Lorenzo Huipulco, al sur de la Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan C.P 014370.

Universo de trabajo.

Población de hombres de 40 a 74 años derechohabientes adscritos a la UMF 7.

Población de estudio.

Población de hombres de 40 a 74 años adscritos a la unidad de medicina familiar 7, que cumplieron con los criterios de inclusión y así garantizar los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de observación.

Información de hojas de recolección de datos individualizada.

Unidad de análisis.

El estudio se realizó en un total de 382 derechohabientes.

Diseño de estudio, tipo de diseño epidemiológico.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

TIPO DE ESTUDIO

Eje I. Según la Finalidad del estudio.

Según el control de las variables o del análisis y alcance de los resultados.

DESCRIPTIVO: Consiste en describir una enfermedad o características en una/s poblaciones/es determinada/s.

ESTUDIO DE PREVALENCIA: Donde se describe una serie de variables en una población determinada y en un momento determinado. La unidad de análisis es el individuo

Eje II Según la Dirección del estudio.

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia de estudio.

TRANSVERSAL: Es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en “un momento” concreto de tiempo como el estudio de prevalencia. Donde se examina la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento dado del tiempo.

Eje III Según la temporalidad del estudio.

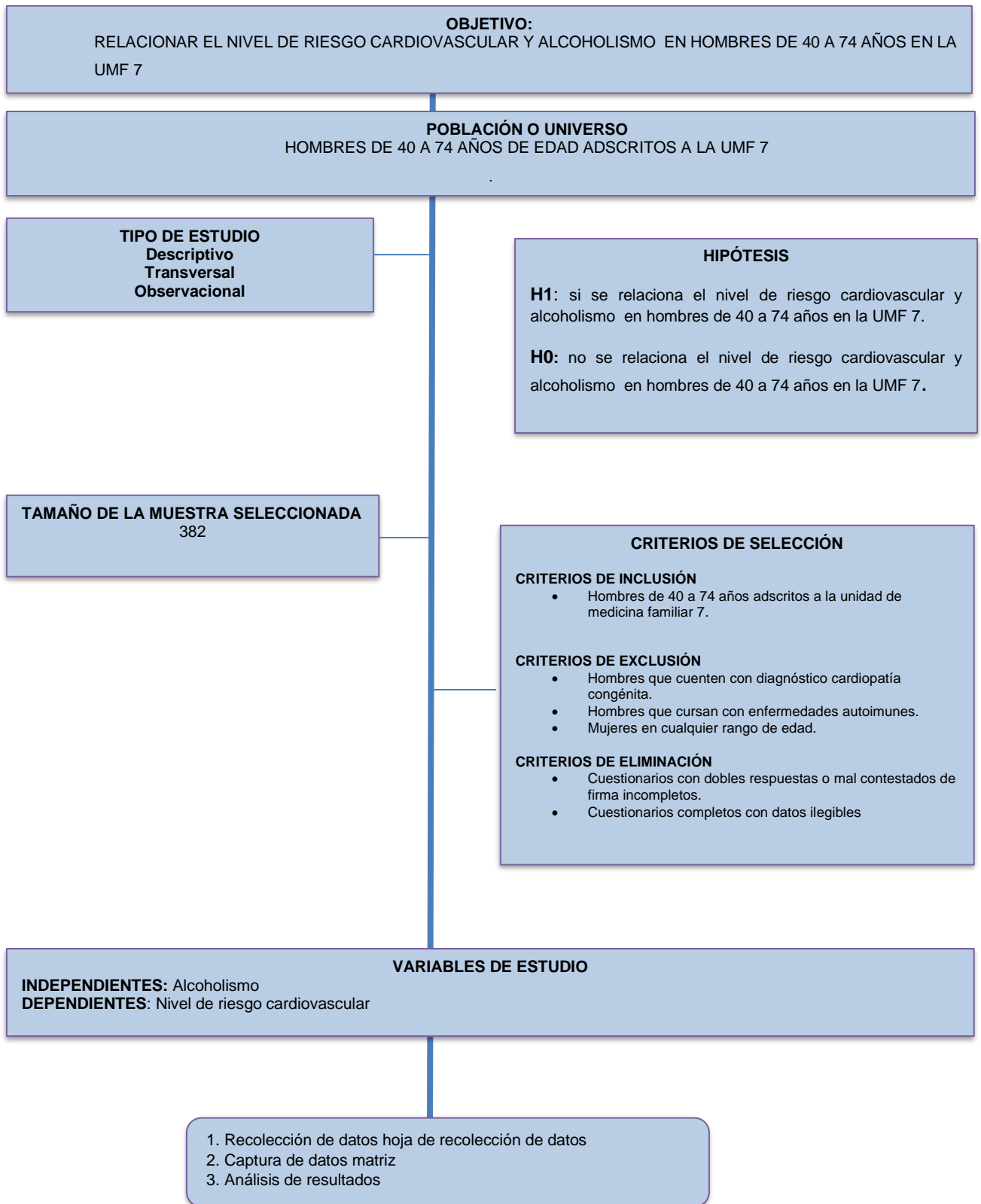
Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información (cronología).

Eje IV Según la asignación del factor estudio.

Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

OBSERVACIONAL: El investigador no interviene. Se limita a observar, medir, y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de intervención. (estudios de prevalencia)

DISEÑO DEL ESTUDIO



Recursos humanos: Un investigador residente de medicina familiar (Dr. Tonatiuth Cuauhtémoc Rivera Ortuño), un investigador responsable (Dra. Mariana Gabriela Villarreal Avalos), un asesor clínico (Dra. Elizabeth Rivero García), un asesor metodológico (Dr. Manuel Millán Hernández). para revisión del protocolo, diseño estadístico, interpretación de datos clínicos

Recursos materiales: Hojas de recolección de datos impresas, plumas, correctores, Equipo de cómputo HP con programa operativo Windows 10, impresora HP, USB para almacén de datos como respaldo.

Recursos físicos: Se cuenta con la Unidad de Medicina Familiar N° 7, salas de espera de la consulta externa y de urgencias, sala de cómputo de la Coordinación de Enseñanza.

Financiamiento: Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador médico residente de Medicina Familiar Dr. Tonatiuth Cuauhtémoc Rivera Ortuño.

METODO DE RECOLECCIÓN

1. Se abordó al paciente en sala de espera, fila para farmacia, coordinación médica y pasillos de la unidad médica
2. En caso de que el paciente estuviera de acuerdo en participar con la investigación se le dio la carta de consentimiento informado.
3. Se garantizó la confidencialidad del paciente con la firma en consentimiento informado.
4. Se invitó al participante a pasar a un consultorio acondicionado con báscula y esfigmomanómetro para realizar medición de talla, peso y presión arterial. Se realizaron preguntas mediante encuesta dirigida por parte de médico residente con la finalidad de llenado de hoja de recolección de datos para posterior cálculo de nivel de riesgo cardiovascular por medio de la calculadora para riesgo cardiovascular de la OPS y el correspondiente nivel de consumo de bebidas de contienen alcohol por medio del cuestionario AUDIT con una duración total de 10 min.
5. Con las hojas de recolección de datos se realizó el vaciado de base de datos para su respectivo análisis.

MUESTRA

De acuerdo con datos proporcionados en el servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 7 se tiene una población correspondiente a 98,581 hombres de 40 a 74 años adscritos a la unidad en ambos turnos (matutino y vespertino) de la Unidad de Medicina Familiar No. 7.

Además del total de la población se consideró un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), una proporción del 50% ($p=0.5$), por ($e=0.05$), datos necesarios para poder usar la fórmula para muestra finita denominada fórmula de Cochran.

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times q}$$

Sustituyendo la fórmula:

Población: 98,581

- $N= 98,581$
- $z=$ Nivel de confianza deseado 95% (1.96)
- $p=$ Proporción de la población con la característica deseada (éxito) 0.5
- $q=$ Proporción de la sin la característica deseada (fracaso) 0.5
- $e=$ nivel de error dispuesto a cometer. 0.05

$$\frac{98,581 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{[(0.05)^2 \times (98,581 - 1)] + [(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)]}$$

TAMAÑO DE LA MUESTRA

- 382 tamaño de la muestra

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres de 40 a 74 años adscritos a la UMF 7.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hombres que cuenten con diagnóstico de cardiopatía coronaria.
- Hombres que cursan con enfermedades autoinmunes.
- Mujeres en cualquier rango de edad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios con dobles respuestas o mal contestados de firma incompletos. o que deciden retirarse del estudio
- Cuestionarios incompletos con datos ilegibles

VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTE

- Alcoholismo

DEPENDIENTE

- Nivel de riesgo cardiovascular

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

- Edad

VARIABLES CLINICAS

- Tabaquismo
- Peso
- Talla
- Tensión arterial

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo en años de vida que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años de vida al momento de realizar el estudio	Cuantitativa	1. 40-49 2. 50-59 3. 60-69 4. 70-74
Tabaquismo	Consumo de al menos 1 cigarrillo en los últimos 6 meses	Respuesta determinada por la persona al momento de realizar el estudio	Cualitativa nominal	1) No 2) SI
Presión arterial sistólica	Presión de la sangre en la arteria en sístole cardiaca	Cifra que se tomara al momento de estudio	Cuantitativa discreta	Milímetros de mercurio
Peso	Cantidad de kilogramos de masa de una persona	Cifra que se tomara al momento de estudio	Cuantitativa continua	Kilogramos
IMC	Relación entre el peso y la talla de una persona	Información obtenida durante la aplicación de la calculadora.	Cuantitativa continua	1. Normal 2. Sobrepeso 3. Obesidad
Riesgo cardiovascular	Elemento que tiene relación con el aumento en la frecuencia de una enfermedad	Resultado de aplicación de calculadora de la OPS	Cualitativa ordinal	1. Bajo 2. Moderado 3. Alto 4. Muy alto 5. Crítico

Alcoholismo	Consumo crónico de bebidas alcohólicas por la adicción que crea este habito	Respuesta determinada por la persona al momento de realizar el estudio	Cualitativa nominal	1)No 2)Si
Grado de alcoholismo	Nivel de consumo de alcohol de una persona en último año.	Cifra que se tomara al momento de estudio	Cualitativa ordinal	1. Bajo 2. Moderado 3. Alto 4. Adicción

DISEÑO ESTADISTICO

Se tomo la hoja de recolección de datos se realizó la medición de las variables cualitativas y cuantitativas se hizo un recuento de las escalas correspondientes en la operacionalización de las variables. Se realizó una síntesis de datos para ordenar las variables cuantitativas y cualitativas, construyendo las correspondiente tablas y gráficos estadísticos, se obtuvo frecuencia, y parámetros estadísticos. Se buscaron las diferencias estadísticas, así como formulas necesarias para aceptar o rechazar la hipótesis nula.

INSTRUMENTO DE TRABAJO:

- Calculadora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para calcular riesgo cardiovascular con variante sin colesterol.

paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular

Se tomo presión arterial, peso, talla, se preguntará edad y tabaquismo. Se calculo riesgo de presentar enfermedad cardiovascular a 10 años y se categorizo en:

Bajo <5%
Moderado 5% a 10%
Alto 10% a <20%
Muy alto 20% a <30%
Critico >30%

- Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

0-7 Puntos: Riesgo bajo
8-15 Puntos: Riesgo medio
16-19 Puntos: Riesgo alto
20-40 Puntos: Probable adicción

Resultado bajo: Probablemente usted no tenga riesgo con el alcohol

Riesgo medio: Posiblemente en ocasiones beba demasiado lo cual puede ponerle en riesgo a usted o a otros.

Riesgo alto: Su nivel de consumo de alcohol podría causarle daños, si no lo ha hecho ya. Es importante deducir la ingesta para evitar futuras complicaciones.

Probable adicción: Es muy posible que el consumo actual de alcohol le esté causando daños. Es importante cuante con apoyo de profesionales de la salud.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

I. Control de sesgos de información.

- Se realizó la búsqueda intencionada de artículos científicos en plataformas electrónicas mediante la ficha técnica de medicina basada en evidencias.
- Los participantes desconocieron las hipótesis bajo investigación.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por parte del comité de investigación, se verificó su estructura y precisión de los datos requeridos.
- Se explicó de manera verbal a los participantes la forma correcta de llenado del instrumento de recolección de datos para evitar confusiones, se aclararon dudas, se evitó que las respuestas influyeran en los resultados de la encuesta.

II. Control de sesgos de selección.

- Se evaluó los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de participantes para el estudio.
- Se tomó una selección de 382 de 40 a 74 años derechohabientes de la UMF No. 7 que cumplan con criterios de inclusión.

III. Control de sesgos de análisis.

- Se creó una matriz de datos, se registró y se analizaron los datos de forma correcta. Para minimizar los errores durante el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Los resultados se analizaron por el programa S.P.S.S 20. Para el análisis de los resultados se calculó la frecuencia y porcentajes. No se manipularon los resultados con la intención de lograr los objetivos de conclusiones.

IV. Control de sesgos de medición.

- Se utilizaron escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio, que lleva por título “NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7” cumple con los aspectos éticos de acuerdo con el reglamento de la **Ley General de Salud** en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación con riesgo mínimo ya que se realizaron preguntas y acciones con temas que se pudieron interpretar como sensibles para algunas de las personas encuestadas, se cuidó el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación.

El Consentimiento Informado del estudio “NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7” se encontró sin conflicto ético, no se realizó ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los pacientes ya que fue obtenido por medio de encuestas llenadas bajo consentimiento informado, No maleficencia. Se seleccionó la muestra bajo los criterios de inclusión sin ningún tipo de discriminación, justicia. Beneficencia: Este estudio está orientado para otorgar una atención integral a hombres de 40 a 74 años con riesgo cardiovascular para identificar y clasificarlos y así disminuir el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular. Autonomía: Solo se incluyeron los datos de los pacientes que previamente acepten realizar el estudio.

Se procuro siempre la confidencialidad del paciente y en conjunto con los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos establecidos en la Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, con carácter ético y metodológico se llevara a cabo el estudio planteado. Con respecto al **Código de Núremberg** publicado el 20 de agosto de 1947, se vigiló que se lleven a cabo las diez normas básicas descritas sobre las implicaciones éticas que el estudio conlleva. **Declaración de Helsinki** promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) originalmente adoptada en junio de 1964, conforme a la pauta 8 se cuidó la dignidad, el respeto y el bienestar de los participantes, en este estudio ellos darán su consentimiento voluntario, aremos énfasis en la protección

de sus datos y privacidad, los resultados solo se utilizaron para fines de investigación de acuerdo con la pauta 12 de este documento.

El **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)** es una organización internacional no gubernamental que tiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en conjunto con la UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el investigador se apegó a estos principios éticos que rigen la investigación biomédica en seres humanos: Respeto, Beneficencia y Justicia detallados en el **Informe Belmont** creado en 1979 el cual es de importancia para el llenado de la hoja de recolección de datos para clasificar el riesgo cardiovascular según la calculadora de riesgo cardiovascular de la OPS y alcoholismo con uso de cuestionario AUDIT de la Organización Mundial de la Salud requeridos en este estudio, considerando los principios éticos.

Riesgo de la Investigación

El estudio se llevó a cabo por medio de una hoja de recolección de datos, para conocer el nivel de riesgo cardiovascular en hombre de 40 a 74 años por lo cual no se expuso a ningún paciente a algún riesgo de acuerdo a los Artículos 13,14 16 y 17; artículo 20 con la realización del consentimiento informado, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3- 2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que se relaciona con estudio en personas y con el consentimiento informado aplicado en mi estudio.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Con este estudio se relacionó el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7 en hombres de 40 a 74 años aplicando la calculadora de la OPS para riesgo cardiovascular que nos mide la privacidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular a 10 años y así evitar complicaciones y gastos en salud pública y muerte.

Confidencialidad

Se realizó de acuerdo con lo establecido en el Código de Núremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la realización de dicho proyecto como: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, la investigación será útil para el bien de la sociedad, el estudio fue diseñado de tal manera que los resultados obtenidos justifican su desarrollo, se evitó todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se puso en peligro la vida del sujeto, no se puso de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, fue conducido solamente por personas científicas calificadas y los sujetos estudiados podían salir del estudio en cualquier momento si así lo hubieran deseado. El informe Belmont presenta los principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos 35 fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

1. **Respeto a las personas:** Los individuos fueron tratados como agentes autónomos y segundo, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.
2. **Beneficencia:** Las personas fueron tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también se ara esfuerzos para asegurar su bienestar: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.
3. **Justicia:** Los iguales deberán ser igualmente tratados.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento

De acuerdo con la Ley General de Salud (Artículos 21-2), este estudio cuenta con una Carta de Consentimiento Informado donde se aplicaran riesgos y beneficios de su participación y en qué consistirá la misma. Se considera este estudio de acuerdo con el reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara la aplicación de una encuesta, no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidara el anonimato y confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación.

Conflictos de interés.

En el grupo de interés que participara en el estudio **NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7**, los investigadores no reciben financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio con las autoridades de su institución para realizar el mismo. Ni se perjudicarán a los pacientes que no deseen participar en el estudio.

FACTIBILIDAD, DIFUSIÓN Y TRASCENDENCIA

Factibilidad

Fue factible realizar el estudio, ya que en la UMF No. 7 se encontraron los pacientes en la sala de espera de la consulta externa, pasillos de la unidad, así como en filas para la farmacia y vacunación contra influenza estacional. Los recursos se encontraron disponibles y no implicó procedimientos invasivos para el paciente.

Difusión

Este estudio en su versión impresa como tesis fue presentada para la obtención del grado de especialidad en medicina familiar, también se entregó un ejemplar en diferentes bibliotecas y en la UNAM.

Trascendencia

Debido a que en el género masculino se presenta la mayor cantidad de infartos, accidentes cerebrovasculares y muertes cardiovasculares a nivel mundial, el presente estudio tuvo la finalidad de conocer la relación del nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo en la unidad de medicina familiar 7 de esta manera realizar intervenciones oportunas en este grupo de pacientes.

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

Resultados obtenidos del análisis realizado a 382 hombres afiliados a la UMF 7 para conocer su riesgo cardiovascular y alcoholismo.

En lo que respecta a la variable **Edad**, se obtuvo lo siguiente: En el primer grupo la frecuencia es de 57 lo que corresponde al grupo de 40 a 49 años con un porcentaje de 14.9, en el segundo grupo la frecuencia es de 90 lo que corresponde al grupo de 50 a 59 años, con un porcentaje de 23.6, en el tercer grupo la frecuencia es de 141 lo que corresponde al grupo de 60 a 69 años, con un porcentaje de 36.9, en el cuarto grupo la frecuencia es de 94 lo que corresponde al grupo de 70 a 71 años, con un porcentaje de 24.6. **Ver tabla 1 y grafica 1**

En lo que respecta a la variable **Tabaquismo**, se obtuvo en el grupo de pacientes no fumadores la frecuencia es de 295 que corresponde a un porcentaje de 77.2 y en el grupo de si fumadores la frecuencia es de 87 lo que corresponde a un porcentaje de 22.8. **Ver tabla 2 y grafica 2**

En lo que respecta a la variable **Presión sistólica**, se obtuvo una media de 113.67, una mediana de 111.00 y una moda de 110. **Ver tabla 3 y grafica 3**

En lo que respecta a la variable **IMC**, se obtuvo en el grupo de pacientes con peso normal la frecuencia es de 94 lo que corresponde a un porcentaje de 24.6, en el grupo de pacientes con sobrepeso la frecuencia es de 196 lo que corresponde a un porcentaje de 51.3 y en el grupo de pacientes con obesidad la frecuencia es de 92 lo que corresponde a un porcentaje de 24.1. **Ver tabla 4 y grafica 4.**

En lo que respecta a la variable **Riesgo cardiovascular**, se obtuvo que el grupo de pacientes con riesgo cardiovascular bajo la frecuencia es de 97 lo que corresponde a un porcentaje de 25.4, en el grupo de pacientes con riesgo cardiovascular moderado la frecuencia es de 178 lo que corresponde a un porcentaje de 46.6 y en el grupo de pacientes con riesgo cardiovascular alto la frecuencia es de 107 lo que corresponde a un porcentaje de 28.0. **Ver tabla 5 y grafica 5.**

En lo que respecta a la variable **Alcoholismo**, se obtuvo en el grupo de pacientes que no ingieren bebidas que contengan alcohol la frecuencia es de 115 lo que corresponde a un porcentaje de 30.1, en el grupo de pacientes que si ingieren bebidas que contienen alcohol la frecuencia es de 267 lo que corresponde a un porcentaje de 69.9. Ver **tabla 6 y grafica 6**.

En lo que respecta a la variable **Grado de alcoholismo**, se obtuvo en el grupo de pacientes abstemios la frecuencia es de 115 lo que corresponde a un porcentaje de 30.1, en el grupo de pacientes con consumo bajo la frecuencia es de 171 lo que corresponde a un porcentaje de 44.8, en el grupo de pacientes con consumo moderado la frecuencia es de 95 lo que corresponde a un porcentaje de 24.9, en el grupo de pacientes con consumo alto la frecuencia es de 1 lo que corresponde a un porcentaje de 3. Ver **tabla 7 y grafica 7**.

ANÁLISIS BIVARIADO

Como ejemplo de asociación decidí incluir **riesgo cardiovascular** con **grado de alcoholismo**, realicé una tabla de contingencia de 4 x 3 con 6 grados de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 12.592 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 21.232 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: Si existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables. Ver **tabla 8 y grafica 8**.

Con respecto a las variables **edad por grupos** con **alcoholismo**, realicé una tabla de contingencia de 2 x 4 con 3 grados de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 7.815 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 7.442 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables. Ver **tabla 9 y grafica 9**.

Con respecto a las variables **grupo de edad** con **grado de alcoholismo**, realicé una tabla de contingencia de 4 x 4 con 9 grados de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 16.919 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 15.636 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables. Ver **tabla 10 y grafica 10**.

RANGO DE NORMALIDAD

A la variable cuantitativa **presión arterial sistólica** se le aplico rango de normalidad y se utilizó Kolmogorov Smirnov debido a que la muestra es mayor de 50.

En la variable cuantitativa presión arterial sistólica el valor de significación se calculó por prueba de KS con un valor de significancia de .000 Que no supero la "P" de 0.05, lo cual significa que esta variable tiene una distribución libre.

Existe homocedasticidad en la distribución de datos y por lo tanto vale la pena hacer la prueba de correlación. **Ver tabla 11 y grafica 11.**

A la variable cuantitativa **edad** se le aplico rango de normalidad y se utilizó Kolmogorov Smirnov debido a que la muestra es mayor de 50.

En la variable cuantitativa edad el valor de significación se calculó por prueba de KS con un valor de significancia de .000 Que no supero la "P" de 0.05, lo cual significa que esta variable tiene una prueba no paramétrica.

Existe homocedasticidad en la distribución de datos y por lo tanto vale la pena hacer la prueba de correlación. **Ver tabla 12 y grafica 12.**

A la variable cuantitativa **peso** se le aplico rango de normalidad y se utilizó Kolmogorov Smirnov debido a que la muestra es mayor de 50.

En la variable cuantitativa peso el valor de significación se calculó por prueba de KS con un valor de significancia de .000 Que no supero la "P" de 0.05, lo cual significa que esta variable tiene una distribución no normal.

Existe homocedasticidad en la distribución de datos y por lo tanto vale la pena hacer la prueba de correlación. **Ver tabla 13 y grafica 13.**

DISCUSION

En nuestro estudio, la variable **Edad de 60 a 69 años** es el más representativo con una frecuencia 141 que corresponde a un porcentaje de 36.9 así mismo, Martínez M. Gómez R. Abu E. Calderón A. Vidán M. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano (2016) encontraron de una forma similar que la cardiopatía isquémica es la causa número uno de mortalidad en personas de 60 años y más, por lo tanto, a mayor edad la posibilidad de contar con una enfermedad cardiovascular incrementa. Probablemente debido al aumento de la masa cardiaca debido a la disminución en el número de miocitos funcionales generando fibrosis y dificultad en la distensibilidad lo que produce disfunción cardiaca.

En nuestro estudio, la variable **tabaquismo**, el más representativo corresponde a los pacientes no fumadores con una frecuencia 295 que corresponde a un porcentaje de 77.2 a diferencia de Rigotti N. Clair C. Manejo del consumo de tabaco: el factor de riesgo de enfermedad cardiovascular desatendido (2013) encontraron que el tabaquismo es el principal factor modificable para disminuir el riesgo cardiovascular y actualmente tiene la misma importancia para generar enfermedades cardiovasculares como lo es la hipertensión arterial sistémica y la dislipidemia lo anterior probablemente debido a que a los pacientes les genera un conflicto aceptar que tienen una adicción al tabaco en público, muchos pacientes desprendían olor a cigarrillo y aseguraban no fumar y muchos otros meditaban demasiado su respuesta para finalmente dar una negativa al tabaquismo.

En nuestro estudio la variable **Presión sistólica**, se obtuvo una media de 113.67, una mediana de 111.00 y una moda de 110. De la misma forma Lira M. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular (2015) encontraron que las personas con hipertensión arterial sistémica tienen un riesgo de 2 a 4 veces de presentar arteriosclerosis, enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca en comparación con las personas normotensas del mismo sexo y edad. En el (2014) la American Heart Association publicó que la hipertensión arterial sistémica es el factor número uno para desarrollar enfermedades cardiovasculares con un 40.6% lo sigue el tabaquismo 13.7% el consumo de una

dieta poco saludable 13,2% sedentarismo 11.9% hiperglucemia 8.8%. El paciente que cursa con hipertensión tiene 5 veces más riesgo de cardiopatía coronaria, 10 veces más riesgo de accidente vascular cerebral, 2 a 4 veces más para insuficiencia cardiaca, y 1.5 veces de presentar enfermedad renal crónica.

En nuestro estudio la variable **IMC**, el grupo más representativo son los pacientes con sobrepeso con una frecuencia de 196 que corresponde a un porcentaje de 51.3 así mismo, Bryce A. Alegría E. San Martín M. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular (2017) encontraron de la misma forma que el exceso de adiposidad en el cuerpo se relaciona disfunciones metabólicas como resistencia a la insulina, aterosclerosis, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, aumento de riesgo a enfermedades tromboticas e inflamación endotelial favoreciendo la aparición de enfermedades cardiovasculares e incrementando la mortalidad. Probablemente como resultado de estos años de pandemia aumento el sedentarismo y la ansiedad, generando un incremento de peso en los pacientes.

En nuestro estudio la variable **riesgo cardiovascular**, que tuvo mayor frecuencia corresponde al grado moderado fue el más representativo con una frecuencia de 178 que representa el 46.6%. Así mismo, O'Donnell C. Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular perspectivas derivadas del Framingham Heart Study encontraron de forma similar que el grado de riesgo cardiovascular incrementa con presiones sistólicas elevadas, colesterol alto, aumento de la edad, consumo de tabaco y alcohol. Probablemente y debido a la pandemia los pacientes que se encuentran en los dos niveles más altos de la escala que corresponden a mayor riesgo cardiovascular no acuden de manera presencial a la UMF por permanecer resguardados en casa debido a la fragilidad de su condición.

En nuestro estudio la variable **alcoholismo**, el grupo más representativo son los pacientes que si ingieren bebidas que contienen alcohol con una frecuencia de 267 que corresponde a un porcentaje de 69.9. Así mismo Johnson H. Mather P. Enfermedad cardiovascular y el consumo de alcohol (2018) concluyo que el consumo de bebidas que contienen alcohol tiene un efecto dromo trópico negativo lo que provoca la reducción del periodo refractario auricular esto genera la aparición

de arritmias como fibrilación auricular. Probablemente debido a que la cardiopatía alcohólica se caracteriza por alteración del flujo a nivel ventricular tanto en sístole como en diástole por fibrosis, genera disminución de células funciones de miocardio por daño mitocondrial y por deficiencia de calcio disminución de la respuesta contráctil.

En nuestro estudio la variable **grado de alcohol**, que tuvo mayor frecuencia corresponde al grado de consumo bajo, fue el más representativo con una frecuencia de 171 que representa el 44.8%. Así mismo Prieto D. Noemí R. Efectos en el consumo moderado de alcohol en la salud (2020) encontraron de forma similar que consumir bebidas con contengan alcohol de manera moderada ha demostrado reducción en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ya tiene ciertas propiedades cardioprotectores comparadas con las personas que consumen alcohol de manera excesiva y las personas abstemias. Las bebidas que contienen alcohol tienen altos contenidos fenólicos lo que favorece la densidad ósea, beneficios cardioprotectores y mejor respuesta inmunológica por sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias. Existe un cambio favorable en la microbiota intestinal debido a cambios en la composición de grupos bacterianos, reduce nivel de lípidos y grado de aterosclerosis.

Posiblemente debido a que el llenado de las hojas de recolección de datos se aplicaba a los pacientes participantes en salas de espera y pasillos de la unidad esto pudo generar cierta cohibición a las respuestas en público, aminorando su consumo verdadero al proporcionar su respuesta y en varias ocasiones hasta declararse abstemios, la gran mayoría de los pacientes participantes los percibí incomodos al realizar preguntas referentes al consumo de bebidas alcohólicas.

CONCLUSIÓN

En este estudio, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado a 382 personas, el riesgo cardiovascular moderado alcanzo la frecuencia más alta de 178 con (46.6%). El alcoholismo positivo llego a una frecuencia de 267 con (69.9%). El grado de alcoholismo bajo alcanzo la frecuencia más alta con 171 (44.8%). El sobrepeso tuvo una frecuencia de 196 con (51.3%). La edad más frecuente fue le grupo de 60 a 69 años (36.9%). La frecuencia de personas no fumadoras 295 con (72.2%).

Además, respecto a **la asociación** riesgo cardiovascular con grado de alcoholismo se realizó la tabla de contingencia de 4 x 3 con 6 *grados* de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 12.592 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 21.232 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: Si existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

Respecto a **la asociación** edad por grupos con alcoholismo se realizó la tabla de contingencia de 2 x 4 con 3 *grados* de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 7.815 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 7.442 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

Respecto a **la asociación** edad por grupos con grado de alcoholismo se realizó la tabla de contingencia de 4 x 4 con 9 *grados* de libertad y una P al 0.05. Con un punto crítico de 16.919 nuestro resultado de Chi-cuadrado fue de 15.636 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas 2 variables.

Se aplico **rango de normalidad** a todas las variables cuantitativas del estudio como lo son presión arterial sistólica, edad y peso usando Kolmogorov Smirnov obteniendo un valor de significancia de .000 lo cual está por debajo del valor de P 0.05 por lo tanto estas variables tienen una distribución libre. Además, existe homocedasticidad en la distribución de datos.

En lo que concierne a la hipótesis, se llegó a la conclusión de aceptar H1 hipótesis alterna ya que **si se relaciona el nivel de riesgo cardiovascular y alcoholismo** en hombres de 40 a 74 años en la UMF 7 debido a que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

El principal pilar de la medicina familiar sobre el cual se enfocó este trabajo fue la **prevención** debido a que se conocen los principales factores de riesgo para desencadenar enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, es posible trabajar con los pacientes en la reducción a la exposición de dichos factores para de esta manera alcanzar el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares en usuarios de la UMF 7.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. 2021. Disponible en; [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. INEGI <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSocio demo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
3. Bejarano J. Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. 2011. Disponible en; <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>
4. O'Donnell C. Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. 2008. Disponible en; <https://www.revespcardiol.org/es-factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas-articulo-13116658>
5. Muthee T. Kimathi D. Richards C. Etyang A, et al. Factores que influyen en la implementación de la puntuación de riesgo cardiovascular en atención primaria. 2020. Disponible en; <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01022-x>
6. Organización Panamericana de la Salud <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular#CVD>
7. Lira M. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. (2015) Disponible en; <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S071686401500036X?token=82B3707FFA053A1307EA8AE58852F1DF1DFF04C0E495880C0C0992AA560048543AAFF795CC2785908AE7DDC4FDF8B80E&originRegion=us-east-1&originCreation=20211108213358>
8. Bryce A. Alegría E. San Martín M. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. (2017) Disponible en;

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016
9. Rigotti N. Clair C. Manejo del consumo de tabaco: el factor de riesgo de enfermedad cardiovascular desatendido. 2013. Disponible en; <https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/42/3259/519402>
 10. Carbayo J. Simarro M. Palazón A. Molina F, et al. Valoración del colesterol no HDL como predictor de episodios cardiovasculares no mortales en una cohorte prospectiva de origen poblacional. (2017) Disponible en; <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-valoracion-del-colesterol-no-hdl-S0214916817301298>
 11. Mostaza M. Pintó X. Armario P. Masana L. Ascaso J, et al. Estándares para la arteriosclerosis del manejo del riesgo cardiovascular global. (2019) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30981542/>
 12. López A. Bennasar M. Tauler P. Aguiló A, et al. Desigualdades socioeconómicas y diferencias de edad y género en los factores de riesgo cardiovascular (2015) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25438743/>
 13. Suarez P. Martínez P. Peri menopausia y riesgo cardiovascular. (2015) Disponible en; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192011001000018&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 14. Myint P. Luben R. Welch A. Bingham S, et al. El efecto de la edad sobre la relación de la clase social ocupacional con la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables y enfermedades cardiovasculares. (2015) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16439825/>
 15. Martínez M. Gómez R. Abu E. Calderón A. Vidán M. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. (2016) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26965220/>
 16. Johnson H. Mather P. Enfermedad cardiovascular y el consumo de alcohol. (2018) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29753368/>
 17. Hammound N. Jiménez J. Efectos neurológicos del alcoholismo. (2018) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7975567/>

18. Bell S. Daskalopoulou M. Rapsomaniki E. Britton A, et al. Asociación entre el consumo de alcohol registrado clínicamente y la presentación inicial de 12 enfermedades cardiovasculares. (2017) Disponible en; <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j909>
19. Prieto D. Noemí R. Efectos en el consumo moderado de cerveza en la salud (2020) Disponible en; <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital>
20. Gómez R. Pérez F. Serrano M. Decisiones clínicas en pacientes con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular. (2014) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24602600/>
21. Gorgojo J. Nuevos fármacos hipoglucemiantes para reducir el riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (2015) Disponible en; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183719300285>
22. Sánchez A. Estruch R. Bulló M. Corella D. Fiol M, et al. Adherencia a una dieta de tipo mediterráneo y menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. (2018) Disponible en; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18830087/>
23. ENSANUT. 2018. Disponible en; <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7”
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 7. Calzada de Tlalpan, N°4220, Colonia Huipulco CP 01400, Alcaldía Tlalpan Ciudad de México. Diciembre 2021
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es importante para conocer los riesgos que tengo de presentar enfermedades del corazón y saber mi grado de consumo de alcohol (en caso de ser afirmativo) me ayudara a modificar conductas en mi estilo de vida para reducir mis riesgos de enfermarme del corazón y cerebro.
Procedimientos:	El investigador me ha explicado que al participar en este estudio no me causara ningún daño o lesión, sin embargo por la naturaleza de las preguntas al responder este cuestionario pudiera experimentar incomodidades de forma mínima, en caso de presentarla, el investigados me podrá ayudar a resolverlo.
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha explicado que al participar en este estudio no me causara ningún daño o lesión, sin embargo por la naturaleza de las preguntas al responder este cuestionario pudiera experimentar incomodidades de forma mínima, en caso de presentarla, el investigados me podrá ayudar a resolverlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador me explico que obtendré como beneficio, conocer el riesgo de enfermarme del corazón en los próximos 10 años y en caso de tener una respuesta positiva al alcoholismo conocer mi grado de alcoholismo en base al resultado obtenido en el cuestionario. De esta forma mi médico familiar valorará los servicios de nutrición, trabajo social y psicología y podrá obtener un tratamiento integral con beneficios para mi salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador me dará a conocer los resultados proporcionando mi riesgo de enfermarme del corazón y en caso de tener una respuesta positiva al alcoholismo conocer mi grado de alcoholismo en base al resultado obtenido en el cuestionario. De esta forma mi médico familiar valorará los servicios de nutrición, trabajo social y psicología y podrá obtener un tratamiento integral con beneficios para mi salud
Participación o retiro:	Sé que mi participan es voluntaria por lo que podré retirarme del estudio si yo lo deseo, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del investigador responsable y del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total confidencialidad de mi nombre y cualquier otro dato personal, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes aplica): NO APLICA	
Beneficios al término del estudio:	Determinar el riesgo de nivel cardiovascular, conocer el grado de alcoholismo que presentan los pacientes e iniciar medidas terapéuticas de forma integral y medidas conjuntas con trabajo social, nutrición y medicina familiar para orientar y educar a los pacientes y así disminuir las enfermedades cardiovasculares y en caso de tener un consumo elevado de alcohol reducir la ingesta
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:	
Investigador Responsable:	MARIANA GABRIELA VILLARREAL AVALOS Especialista en Medicina familiar. Matrícula 97380843. Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad de Medicina Familiar N°7 Adscripción: Delegación 4 Sur D.F. IMSS Teléfono 55732211 EXT. 21478 Fax: sin fax Correo electrónico: marianaviav@gmail.com
Colaboradores:	TONATIUTH CUAUHTEMOC RIVERA ORTUÑO . Médico Residente la Especialidad de Medicina Familiar. Matrícula: 97383873 Lugar de trabajo: Consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Delegación 4 sur, D.F. IMSS Teléfono. 55732211 EXT 21478. FAX: SIN FAX Correo electrónico tonatiuh023@gmail.com ELIZABETH RIVERO GARCÍA Especialista en Medicina Familiar Matrícula:99182597. Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad de Medicina Familiar N°7 Adscripción: Delegación 4 Sur D.F. IMSS Teléfono 55732211 EXT. 21478 Fax: sin fax Correo electrónico: drrivero82@gmail.com MANUEL MILLAN HERNÁNDEZ . Especialista en medicina familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud. Matrícula: 98374576. Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad De Medicina Familiar N°10. Adscripción: Hospital de Psiquiatría Unidad de Medicina Familiar N°7 Delegación sur, D.F. Cuidad de México., Teléfono. 55732211 EXT 21478. FAX: SIN FAX e-mail: drmanuelmillan@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre del paciente participante.	_____ TONATIUTH CUAUHTEMOC RIVERA ORTUÑO. Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	



Anexo 1. Hoja de Recolección de datos

“NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7”

Rivera Ortuño Tonatiuh Cuauhtémoc¹, Villarreal Avalos Mariana Gabriela², Rivero García Elizabeth³, Manuel Millán Hernández⁴
¹Residente de Segundo año de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ³Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ⁴Especialista en medicina familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud adscrito a Hospital De Psiquiatría Unidad De Medicina Familiar N°10.

FOLIO
FECHA
NOMBRE
NSS

A continuación, procederé a realizarle 2 preguntas y 3 detecciones.

Calculadora de riesgo cardiovascular la (OPS) Organización Panamericana de la Salud

Género	Masculino
Edad	
Fumador	
Presión sistólica	
Peso	
Talla	

RESULTADO PORCENTUAL _____

CATEGORIA RIESGO CARDIOVASCULAR _____

Cuestionario (AUDIT) Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol de la OMS

¿Usted consume bebidas que contienen alcohol?

SI

NO

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas que contienen alcohol durante el último año.

<p>1. ¿Con que frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?</p> <p>(0) Nunca (Pase a la pregunta 9 y 10)</p> <p>(1) Una o menos veces al año</p> <p>(2) De dos a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado tomar un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p>
<p>3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p>	<p>8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p>
<p>4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna persona ha resultado lesionado como consecuencia de su consumo de alcohol?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si el último año.</p>
<p>5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si el último año.</p>
<p>Total</p>	<p>Resultado</p>

CRONOGRAMA

“NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALCOHOLISMO EN HOMBRES DE 40 A 74 AÑOS EN LA UMF 7”

Rivera Ortuño Tonatiuh Cuauhtémoc¹, Villarreal Avalos Mariana Gabriela², Rivero García Elizabeth³, Manuel Millán Hernández⁴
¹Residente de Segundo año de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ²Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ³Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. ⁴Especialista en medicina familiar y Maestro en Gestión Directiva en Salud adscrito a Hospital De Psiquiatría Unidad De Medicina Familiar N°10.

Fecha	Enero- Febrero 2021	Marzo - Abril 2021	Mayo- Junio 2021	Julio- Agosto 2021	Septiem- bre- Octubre 2021	Noviembre 2021	Diciembre 2021	Enero 2022
Título								
Planteamiento del problema y marco teórico								
Hipótesis y variables								
Objetivos								
Cálculo de la muestra								
Presentación ante el comité y registro								
Aplicación de encuesta								
Análisis de resultados								
Elaboración de conclusiones								
Presentación de tesis								



Realizado



Programado

Tablas y Graficas

Tabla 1. Edad según frecuencia y porcentaje en los hombres de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

Grupo de edad

N	Válidos	382
	Perdidos	0

Edad por grupos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
edad de 40-49	57	14.9	14.9	14.9
edad de 50-59	90	23.6	23.6	38.5
Válidos edad de 60 a 69	141	36.9	36.9	75.4
edad de 70 a 74	94	24.6	24.6	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Grafica 1. Edad según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

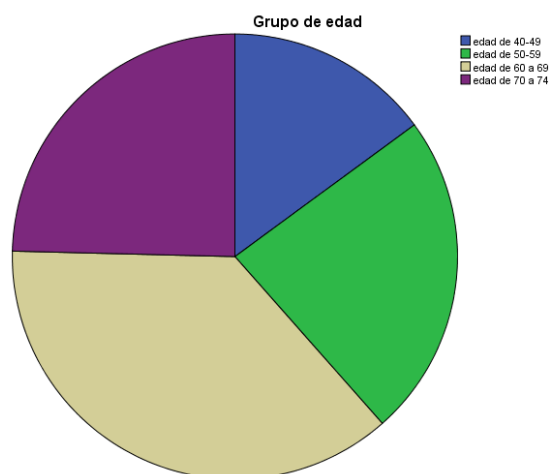


Tabla 2. Tabaquismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

Tabaquismo

N	Válidos	382
	Perdidos	0

Tabaquismo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	295	77.2	77.2	77.2
Válidos Si	87	22.8	22.8	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Grafica 2. Tabaquismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

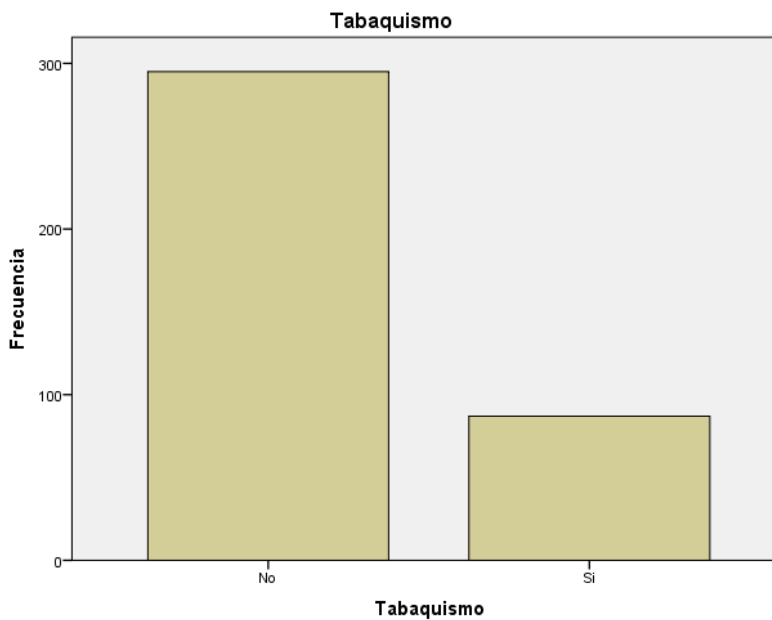


Tabla 3. Presión sistólica según media, mediana y moda en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

PA Sistólica

N	Válidos	382
	Perdidos	0
Media		113.67
Mediana		111.00
Moda		110

Grafica 3. Presión sistólica según frecuencia en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

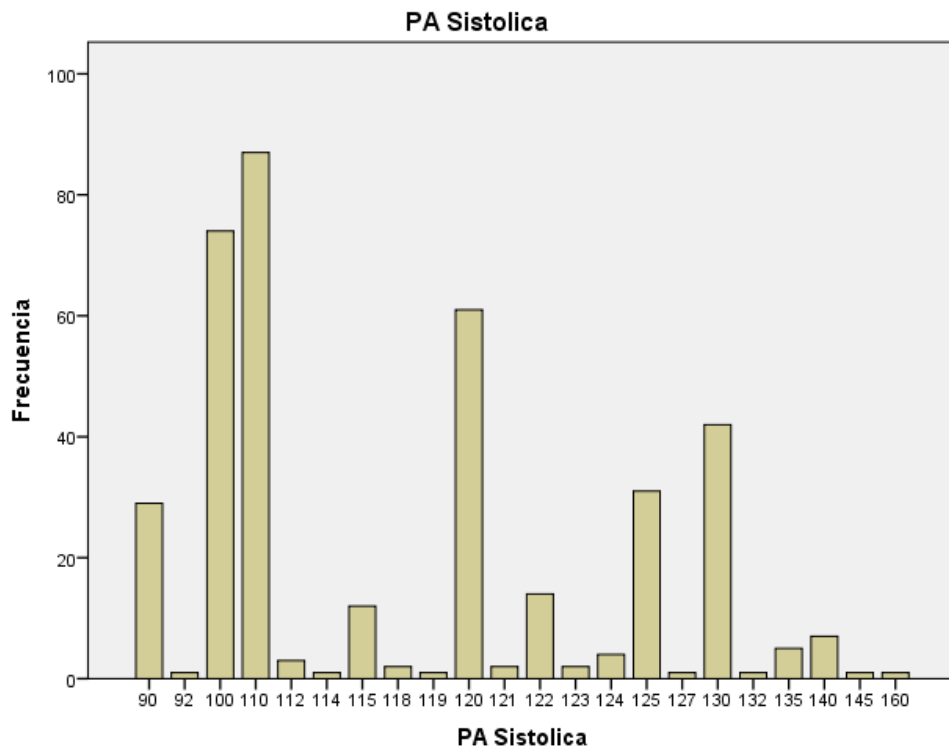


Tabla 4. IMC según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

IMC

N	Válidos	382
	Perdidos	0

IMC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	94	24.6	24.6
	Sobrepeso	196	51.3	75.9
	Obesidad	92	24.1	100.0
	Total	382	100.0	100.0

Grafica 4. IMC según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

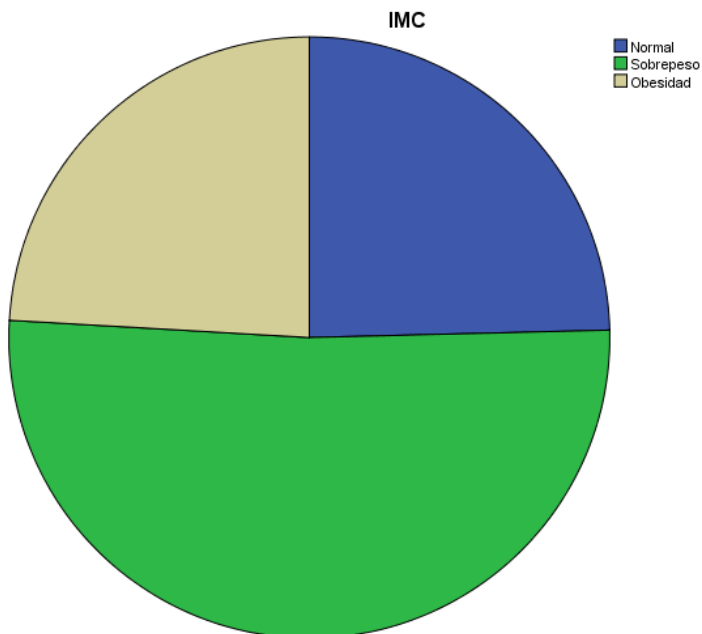


Tabla 5. Riesgo cardiovascular según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

Riesgo cardiovascular

N	Válidos	382
	Perdidos	0

Riesgo cardiovascular

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	97	25.4	25.4	25.4
Moderado	178	46.6	46.6	72.0
Alto	107	28.0	28.0	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Grafica 5. Riesgo cardiovascular según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

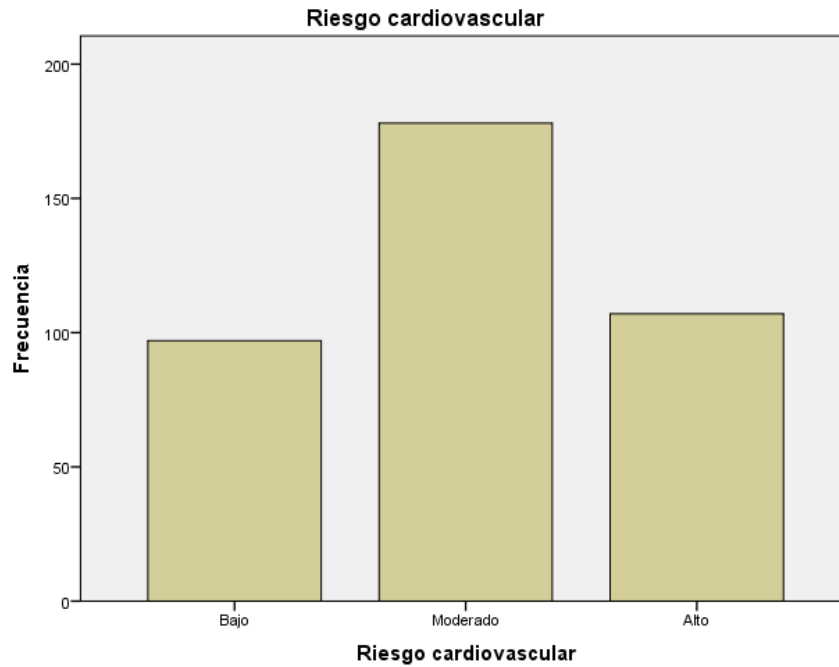


Tabla 6. Alcoholismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

Alcoholismo

N	Válidos	382
	Perdidos	0

		Alcoholismo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	115	30.1	30.1	30.1
	Si	267	69.9	69.9	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Grafica 6. Alcoholismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

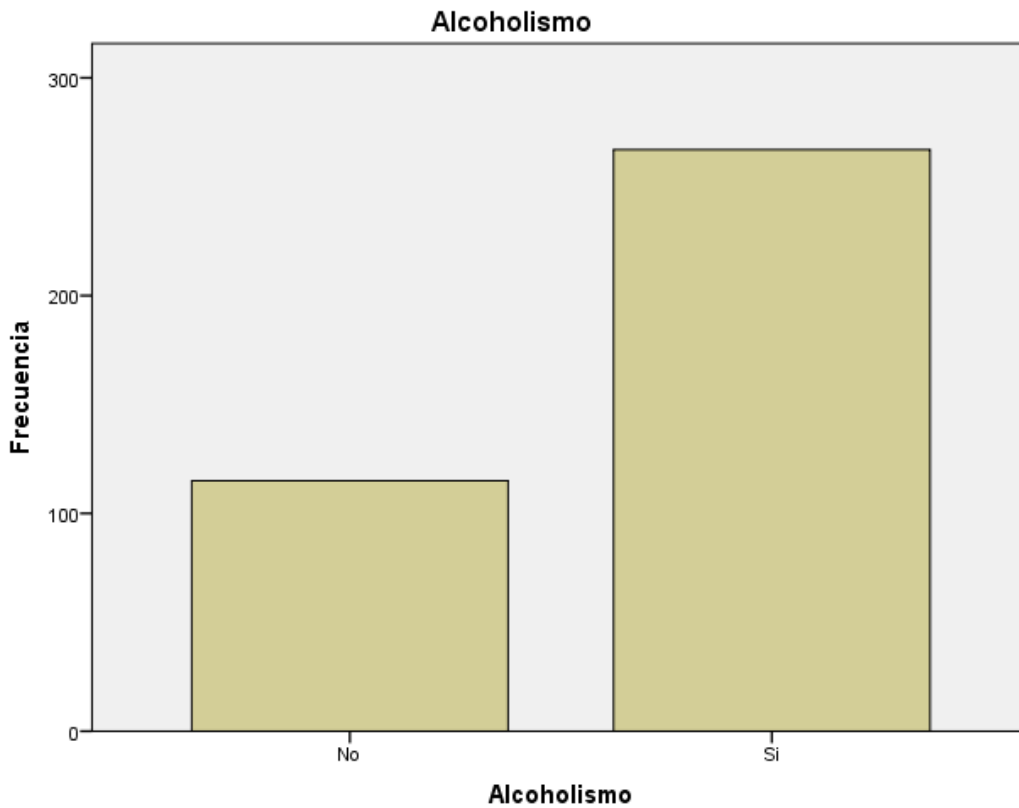


Tabla 7. Grado de alcoholismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a 74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

Estadísticos

Grado de alcoholismo

N	Válidos	382
	Perdidos	0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	115	30.1	30.1	30.1
Bajo	171	44.8	44.8	74.9
Válidos Moderado	95	24.9	24.9	99.7
Alto	1	.3	.3	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Grafica 7. Grado de alcoholismo según frecuencia y porcentaje en los hombres con de 40 a 74 años con el riesgo cardiovascular y alcoholismo en la UMF 7

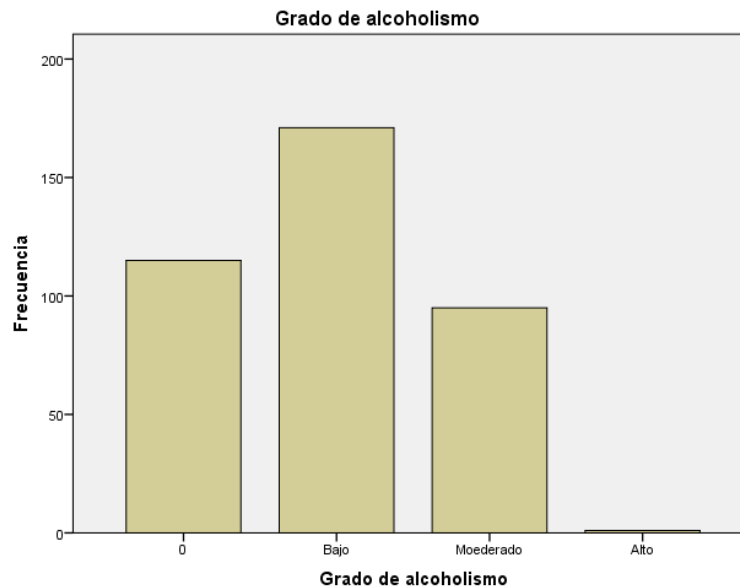


Tabla 8.

Tabla de contingencia Grado de alcoholismo ^ Riesgo cardiovascular

Recuento

		Riesgo cardiovascular			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Grado de alcoholismo	No toma alcohol	35	49	31	115
	Bajo	45	92	34	171
	Moederado	17	37	41	95
	Alto	0	0	1	1
Total		97	178	107	382

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.232 ^a	6	.002
Razón de verosimilitudes	20.718	6	.002
Asociación lineal por lineal	8.146	1	.004
N de casos válidos	382		

a. 3 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .25.

Grafica 8.

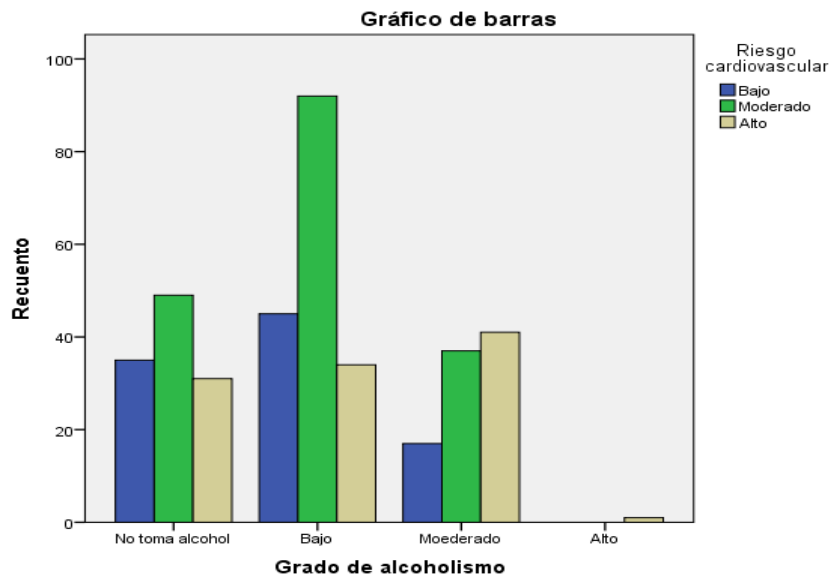


Tabla 9.

Tabla de contingencia Alcoholismo * Grupo de edad

Recuento

		Grupo de edad				Total
		edad de 40-49	edad de 50-59	edad de 60 a 69	edad de 70 a 74	
Alcoholismo	No	12	26	39	38	115
	Si	45	64	102	56	267
Total		57	90	141	94	382

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.442 ^a	3	.059
Razón de verosimilitudes	7.357	3	.061
Asociación lineal por lineal	5.557	1	.018
N de casos válidos	382		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.16.

Grafica 9.

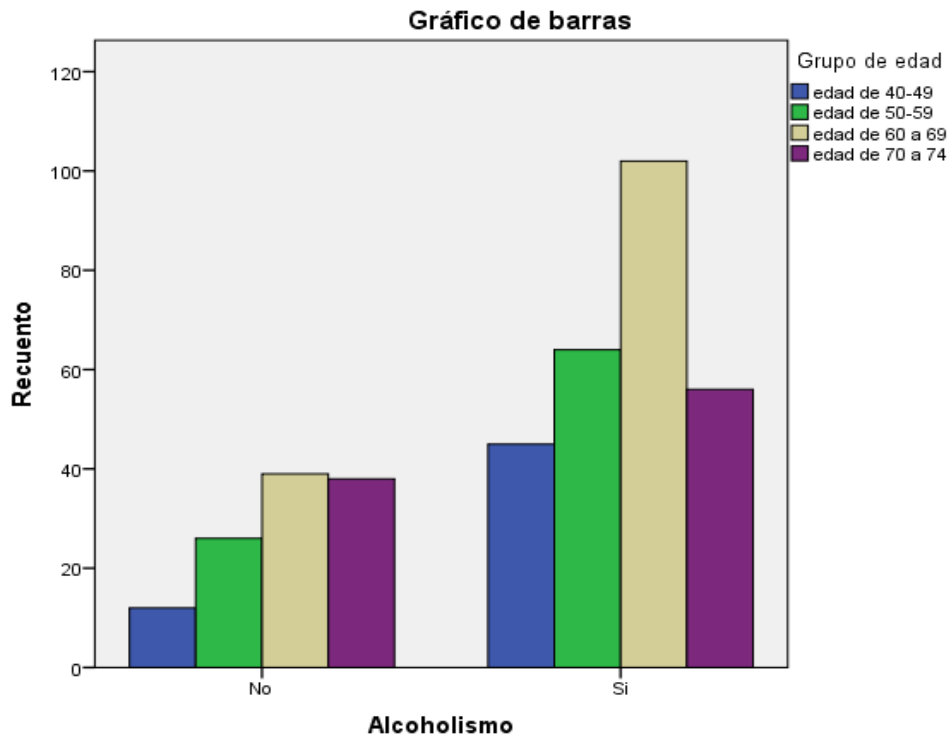


Tabla 10.

Tabla de contingencia Grado de alcoholismo * Grupo de edad

Recuento		Grupo de edad				Total
		edad de 40-49	edad de 50-59	edad de 60 a 69	edad de 70 a 74	
Grado de alcoholismo	No toma alcohol	12	26	39	38	115
	Bajo	31	46	65	29	171
	Moederado	14	18	37	26	95
	Alto	0	0	0	1	1
Total		57	90	141	94	382

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.636 ^a	9	.075
Razón de verosimilitudes	15.683	9	.074
Asociación lineal por lineal	.588	1	.443
N de casos válidos	382		

a. 4 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .15.

Grafica 10.

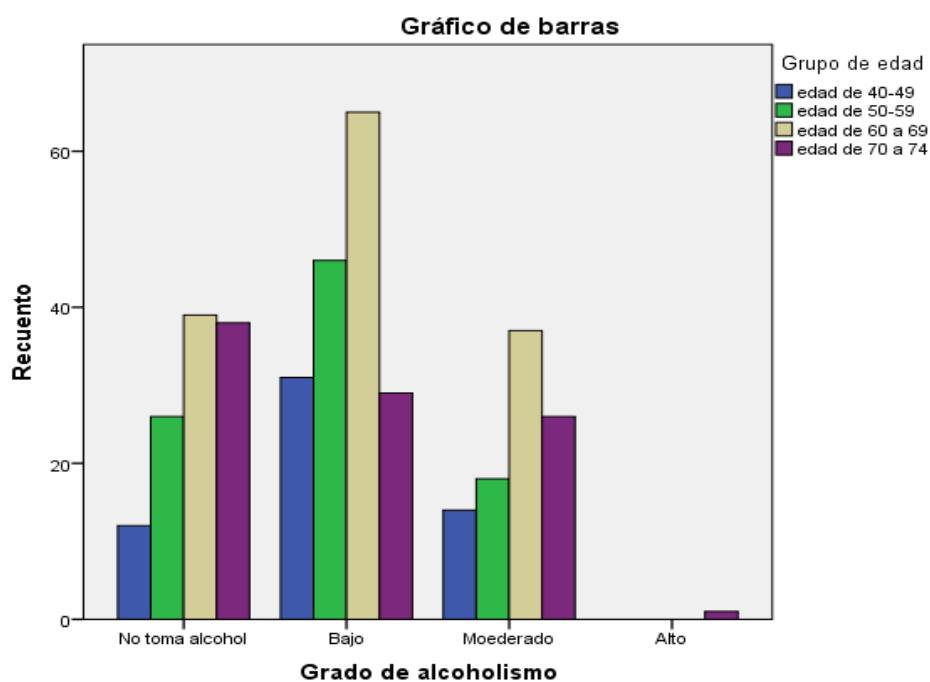


Tabla 11.

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.	
PA Sistolica	Media	113.67	.652	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	112.39	
		Límite superior	114.95	
	Media recortada al 5%	113.67		
	Mediana	111.00		
	Varianza	162.431		
	Desv. típ.	12.745		
	Mínimo	90		
	Máximo	160		
	Rango	70		
	Amplitud intercuartil	22		
	Asimetría	-.019	.125	
	Curtosis	-.420	.249	

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PA Sistolica	.140	382	.000	.953	382	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Grafica 11.

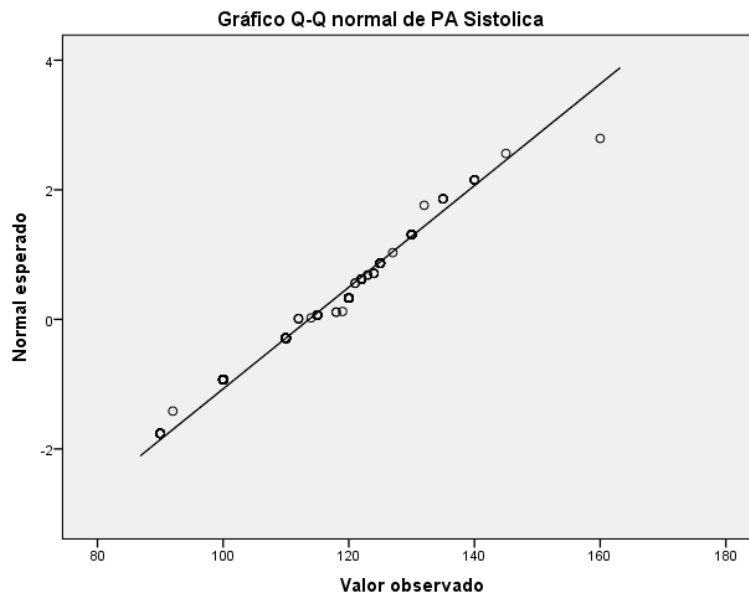


Tabla 12.

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.
Edad	Media	61.49	.492
	Intervalo de confianza para la media al 95%		
	Límite inferior	60.52	
	Límite superior	62.46	
	Media recortada al 5%	61.93	
	Mediana	63.00	
	Varianza	92.550	
	Desv. típ.	9.620	
	Mínimo	40	
	Máximo	74	
	Rango	34	
	Amplitud intercuartil	14	
	Asimetría	-.506	.125
	Curtosis	-.727	.249

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	.098	382	.000	.939	382	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Grafica 12.

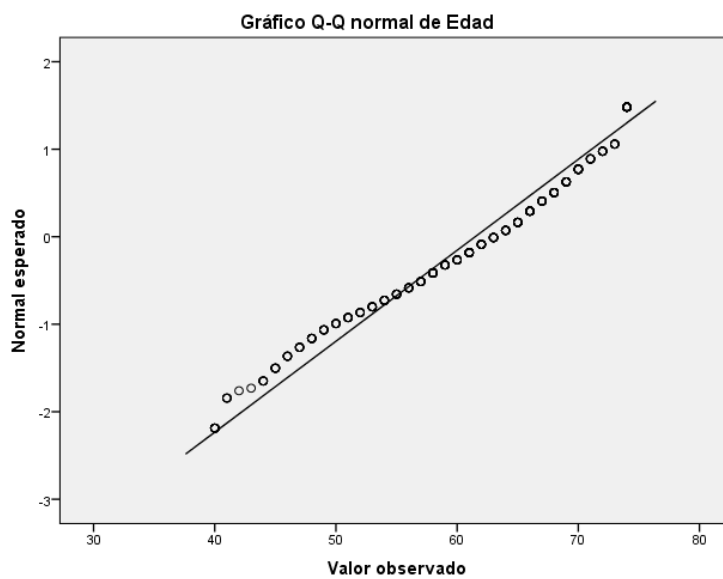


Tabla 13.

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.	
Peso	Media	77.32	.717	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	75.91	
		Límite superior	78.73	
	Media recortada al 5%	76.62		
	Mediana	75.00		
	Varianza	196.144		
	Desv. típ.	14.005		
	Mínimo	1		
	Máximo	139		
	Rango	138		
	Amplitud intercuartil	16		
	Asimetría	.630	.125	
	Curtosis	4.117	.249	

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Peso	.090	382	.000	.932	382	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Grafica 13.

