

Trabajo final

Investigación en Enfermería

Tema: EDUCACIÓN A
PACIENTES CON
ANEURISMA Y
DISECCIÓN DE AORTA

AUTORES: ALMONACID JORGE BRUNO
RODRIGUEZ IRMA JAQUELINA

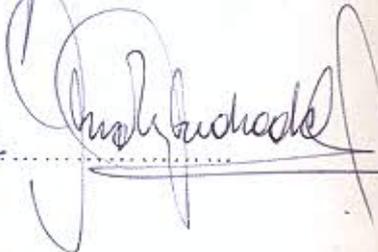
Handwritten signatures of the authors, Almonacid Jorge Bruno and Rodriguez Irma Jaquelina, in black ink.

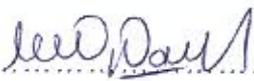
Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y de Salud y la misma no podrá ser publicado en todo, en parte, resumirse, sin el consentimiento escrito de la Escuela y/o autor-res del trabajo.

INVESTIGACIÓN APROBADA:

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Lic. Reyes María Rosa 

Lic. Andrade Ana Magdalena 

Lic. Olaz María 

FECHA /08/04

PRÓLOGO:

Bienvenido a este trabajo y sus autores, la enfermera profesional Irma Jaquelina Rodríguez y el enfermero universitario Bruno Almonacid; ambos enfermeros asistenciales del Hospital Central de la provincia de Mendoza.

Agradecemos la realización de este trabajo de investigación a aquellas personas que permitieron en forma alguna su ejecución. Profesores de la Universidad; docentes de la cátedra de Investigación en la carrera de Licenciatura de Enfermería de Cuarto año; personal del servicio de Unidad coronaria del Hospital Central de la provincia de Mendoza; pacientes entrevistados y sus familias, su colaboración permitieron el desarrollo de esta investigación.

Además deseamos agradecer a nuestras familias; amigos; y a nosotros mismo, por permitirnos crecer en nuestra satisfactoria profesión.

DIOS LES BENDIGA.

ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

Introducción	1
<u>Capítulo I:</u>	
<u>Formulación y delimitación del problema</u>	
Tema	2
Formulación del problema.....	2
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
<u>Capítulo II:</u>	
<u>Marco teórico</u>	
Aneurismas aórticos: clasificación.....	4
Diseccción aórtica.....	7
Hipertensión arterial: definición, etiología.....	9
Fisiología de la HTA esencial.....	10
Importancia de una adecuada toma de presión.....	12
Plan de alimentación para un paciente hipertenso.....	13
Arteriosclerosis: definición, etiología.....	14
Prevención de la arteriosclerosis.....	15
Impacto de las enfermedades en la familia.....	17
Conservación del equilibrio psicológico.....	19
Importancia de la intervención de enfermería.....	21
Descripción del servicio de unidad coronaria.....	22
<u>Capítulo III</u>	
<u>Diseño metodológico</u>	
Tipo de estudio.....	24
Área de estudio	24
Universo.....	24
Muestra.....	24
Unidad de análisis.....	25
Método de recolección de datos.....	25
Identificación de las variables.....	26
<u>Capítulo IV</u>	
<u>Presentación y análisis de los resultados</u>	
Tabulaciones univariadas.....	30
Datos de base.....	30
Datos sustantivos.....	50
Conclusión.....	59
Recomendaciones.....	61
<u>Anexos:</u>	
I Encuesta realizada al paciente	63
II Matriz de datos.....	67
III Referencia de la matriz de datos.....	73
IV Presupuesto de cirugías valvulares.....	76
Bibliografía.....	79

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TÍTULO DE LA TABLA

PÁGINA

Tabla nº 1	Pacientes según edades.	29
Tabla nº 2	Pacientes según sexo.	30
Tabla nº 3	Pacientes según nivel de ocupación.	31
Tabla nº 4	Pacientes según nivel de escolaridad.	32
Tabla nº 5	Nivel de conocimientos de antecedentes de enfermedades hereditarias.	33
Tabla nº 6	Pacientes según antecedentes familiares.	34
Tabla nº 7	Pacientes según hábitos higiénico dietéticos.	35
Tabla nº 8	Nivel de cumplimiento de la dieta.	36
Tabla nº 9	Pacientes según antecedentes tóxicos (tabaquismo)	37
Tabla nº 10	Consumo de cigarrillos por día.	38
Tabla nº 11	Pacientes con antecedentes tóxicos (alcoholismo)	39
Tabla nº 12	Consumo de bebidas alcohólicas por día.	40
Tabla nº 13	Cantidad de horas de descanso y reposo.	41
Tabla nº 14	Agente que realiza el control de la TA.	42
Tabla nº 16	Frecuencia de control de peso.	43
Tabla nº 17	Frecuencia de control médico (ambulatorio).	44
Tabla nº 18	Cumplimiento del tratamiento farmacológica.	45
Tabla nº 19	Motivo de incumplimiento del Tratamiento farmacológico.	46
Tabla nº 20	Actividad física.	47
Tabla nº 21	Información que recibieron los pacientes durante la fase de internación	48
Tabla nº 22	Profesional que proporcionó la información.	49
Tabla nº 23	Nivel de conformidad de la educación otorgada a los pacientes.	50
Tabla nº 24	Información que recibieron los familiares.	51
Tabla nº 25	Nivel de conformidad de la información otorgada a los familiares de los pacientes.	52
Tabla nº 26	Contención familiar que reciben los pacientes.	53
Tabla nº 27	Cuidados en los que colaboran la familia.	54
Tabla nº 28	Dudas que presentan los pacientes.	55
Tabla nº 29	Tipos de dudas que presentan los pacientes.	56

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad muy frecuente, que afecta al 20 % de la población adulta en nuestro país y que, si no es tratada correctamente, puede desencadenar graves complicaciones cardiovasculares, en las que se encuentran el aneurisma y la disección aórtica.

Aquellas personas que padecen las complicaciones, que podrían ser prevenidas, sufren de por vida secuelas y hasta riesgo de muerte.

Estos enfermos deben, después de su diagnóstico y primer internación hospitalaria, cumplir una serie de cuidados personales, corrección de hábitos y de conductas de vida; a fin de que se eviten mayores daños y secuelas cardiovasculares que ocasionarían una reinternación hospitalaria. Todo lo mencionado, acarrea para el individuo y su familia desgaste psicofísico, además de gastos económicos; y al hospital público lo influye en manera de recursos económicos y humanos.

La adecuada educación al paciente y su familia durante la primer interacción, de parte del equipo de salud; cumplimiento constante del tratamiento (seguimiento diario del control de TA, administración de medicamentos, control periódico-médico); prevención de riesgos, etc....son las acciones que evitarían una complicación del cuadro patológico.

En este trabajo de investigación se intenta saber el grado de interés y preocupación de estos enfermos, en cuanto a su patología y su tratamiento; además de la acción y la influencia educativa del equipo de salud (especialmente el plantel de enfermería) que ejercen sobre los enfermos (y su familia) que padecieron de aneurisma o disección aórtica y estuvieron internados durante un lapso del año 2003, en el servicio de unidad coronaria del Hospital Central de la provincia de Mendoza.

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

TEMA:

"Aneurisma y disección aórtica en pacientes internados en el servicio de unidad coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Que educación y cuales fueron las fuentes de información que recibieron los pacientes y sus familias; con el diagnóstico de aneurisma y disección aórtica durante la fase de internación en el servicio de unidad coronaria del Hospital Central de Mendoza durante el año 2003.

JUSTIFICACIÓN:

Una educación previa y efectiva al paciente y su familia, en la fase de internación; así también como el adecuado seguimiento en el tratamiento y control por parte del equipo de salud, favorece a la disminución del riesgo de complicaciones o secuelas en aquellas que sufrieron aneurisma o disección aórtica.

Por consiguiente el reingreso de este tipo de pacientes implica un costo de gran importancia a la institución prestadora de servicio debido a la utilización de los recursos, a la reducción de los mismos; el uso, el manejo y la disponibilidad de equipos tecnológicos (complejos); y a la accesibilidad a los exámenes de alta complejidad.

Además se debe tener en cuenta la disponibilidad de camas en el hospital y del uso del recurso humano.

Sin embargo este costo se hace evidente, no solo a nivel institucional si no también que condiciona al paciente y a su familia, en tiempo y recursos.

Ya que su recuperación es lenta, se debe considerar el grado de adaptación, el afrontamiento, la tolerancia y los cambios en el estilo de vida de los pacientes y también de su familia. Partiendo sin olvidar, que es un ser biosicosocial histórico que deberá aprender a alcanzar su nivel funcional óptimo y lograr su adaptación a esta nueva etapa de su vida.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:

✓ Determinar el tipo de educación que recibieron los pacientes durante la fase de internación; relacionado a la disminución de riesgo de complicaciones y secuelas.

Para poder identificar la participación de enfermería en la educación otorgada, además de conocer el costo socio afectivo y financiero que influye en la recuperación de estos pacientes en el núcleo familiar y en la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

✓ Identificar entre los integrantes del equipo de salud, quien brinda información al paciente y a su familia.

✓ Identificar que educación recibieron los pacientes y su familia, sobre los cuidados, el tratamiento, y los cambios de hábitos; para evitar potenciales complicaciones y secuelas.

✓ Conocer que factores intervienen en el cumplimiento del tratamiento y cuidados de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANEURISMAS AÓRTICOS

CLASIFICACIÓN DE LOS ANEURISMAS (según American Heart Association) (*1)

El aneurisma, saco o ensanchamiento que afecta a la arteria formada en un punto débil de la pared del vaso, se clasifica por la forma o configuración del defecto. Las variedades más comunes de aneurismas son las seculares (se proyectan a partir de una sola cara del vaso) o fusiformes (se dilata todo un segmento arterial). Los aneurismas muy pequeños resultantes de una infección localizada se llaman *aneurismas sicóticos*. La aterosclerosis es la causa más común de aneurismas, pero también están los traumatismos de la pared arterial, ocasionados generalmente por la hipertensión arterial, y defectos congénitos de la pared arterial. Los aneurismas son graves porque pueden romperse y ocasionar hemorragia y muerte.

ANEURISMA DE LA AORTA TORÁCICA

Es un trastorno frecuente en varones de 40 a 70 años y en dicha porción es más común la aparición de aneurismas disecantes (disección aórtica).

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas son variables y dependen de la rapidez con que se dilate el aneurisma y la forma en que la masa pulsátil afecte las estructuras intratorácicas circundantes. Algunos de los pacientes son asintomáticos. En la mayor parte de los casos el dolor es el síntoma más notable, y éste suele ser constante y penetrante, además de ocurrir únicamente cuando la persona se encuentra en posición supina. Entre otros síntomas conspicuos se incluye la disnea, resultado de la presión que ejerce el saco contra la tráquea, un bronquio principal o el propio pulmón; tos, a menudo paroxística y metálica; ronquera, estridor debilidad o pérdida completa de la voz (afonía), a causa de la presión que opone el nervio laríngeo recurrente izquierdo, y disfagia (dificultad para deglutir), a causa de impacto contra el esófago.

Cuando el aneurisma comprime las venas engrandecen al tórax, las venas superficiales en esta último, el cuello o los brazos se dilatan y por lo general se observan regiones edematosas en la pared torácica, así como cianosis. La presión contra la cadena simpática cervical produce pupilas desiguales. El diagnóstico de aneurisma aórtico toracico se obtiene principalmente mediante radiografía torácica, sonografía y tomografía por computadora.

Tratamiento:

En la mayoría de los casos, el aneurisma se trata mediante reparación quirúrgica. Las medidas generales como control de TA, y corrección de factores de riesgo. La presión sistólica debe conservarse en unos 100-120 mmHg con antihipertensivos (por ej: reserptina, guanetidina), en tanto que el flujo pulsátil se reduce con medicamentos que disminuyan la contractibilidad cardiaca (por ej: propanolol). El objetivo de la operación es extirpar el aneurisma y restaurarla continuidad vascular con un injerto. Se requiere monitorización (vigilancia seriada) intensiva después de esta intervención quirúrgica.

ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL

La causa mas común de este tipo de aneurismas es la aterosclerosis. Afecta a 4 varones por cada mujer, y tiene su mayor frecuencia después de los 60 años; la mayor parte este tipo de aneurisma tiene lugar en puntos distales al nacimiento de las arterias renales, y de no ser tratado, a la larga suele romperse y causar la muerte.

Fisiopatología:

Todo aneurisma entraña lesión en la capa media del vaso, debido a debilidad congénita traumatismo o proceso patológico. Una vez que se desarrolla, el aneurisma tiende a aumentar de tamaño. Los factores de riesgo incluyen predisposición genética, tabaquismo e hipertensión, la cual se observa en más del 50 % de los ptes.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico:

Alrededor de dos quintas partes de los individuos con aneurismas aórticos abdominales sufren síntomas; en tanto que los demás no lo hacen. Algunos se quejan por escuchar que "su corazón late en el abdomen" cuando están recostados o percibir la presencia de una masa o palpitación abdominal. La oclusión de un vaso digital ocasiona el 2º síndrome del dedo azul del pie".

La presencia de una masa pulsátil en el abdomen medio y superior es la indicación diagnóstica más importante del aneurisma aórtico abdominal. Alrededor de 80% de tales aneurismas son palpables. Si el aneurisma se ha calcificado, se confirma mediante un estudio radiográfico abdominal, en tanto que su magnitud se establece por tomografía computada. Cuando el aneurisma es pequeño, se realiza un estudio ultrasonográfico en serie durante intervalos de seis meses,

hasta que el saco alcance un tamaño en que la operación para prevenir su rotura aporte más beneficios que las posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico. Algunos aneurismas permanecen estables durante el transcurso de varios años de observación.

Tratamiento:

El aneurisma abdominal en expansión o crecimiento tiene probabilidad de romperse. Por tanto la operación es el tratamiento de elección cuando estos aneurismas tienen más de 5 cm. de diámetro o están creciendo. Dicha intervención consiste en su resección y la colocación de un injerto de derivación sintética. el pronóstico en sujetos con rotura del aneurisma es sombrío y la operación se practica de inmediato.

En el preoperatorio, la valoración inicial de enfermería debe centrarse en que es posible la rotura del aneurisma y que el paciente sufra trastornos cardiovasculares, cerebrales y pulmonares secundarios a la arteriosclerosis; por lo tanto debe evaluarse la capacidad funcional de todos los sistemas y aparatos. Los tratamientos médicos dirigidos a la estabilización fisiológica han de comenzar de inmediato. Entre los cuidados postoperatorios se cuentan monitorización intensa de las funciones pulmonar, cardiovascular, renal y neurológica. Las complicaciones de la cirugía incluyen oclusión arterial, hemorragia del injerto e infección, colon isquémico e impotencia.

Los signos de rotura inminente incluyen dorsalgia o dolor abdominal grave, que puede ser persistente o intermitente. El dolor lumbar que ocasionalmente surge, es debido a la presión que ejerce el aneurisma en los nervios lumbares, y constituye un síntoma grave, por lo general indica la rápida expansión del aneurisma y su próxima rotura.

Entre otros síntomas aparece descenso de la TA disminución del hematocrito. La rotura retroperitoneal del aneurisma puede causar hematomas en el escroto, peritoneo o pene. Los signos de insuficiencia cardíaca o soplos audibles suelen indicar la rotura hacia la vena cava. Cuando esta tiene lugar en la cavidad peritoneal, provoca la muerte con rapidez.

El índice de mortalidad quirúrgica es de 50 a 75 % en ptes con rotura aneurismática.

ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA (DISECCIÓN AÓRTICA)

Fisopatología:

En la aorta dañada por aterioclerosis, algunas veces se desgarran la íntima o degenera la media, y ambos procesos ocasionan una disección. Los aneurismas disecantes a menudo se relacionan con hipertensión deficientemente controlada, son tres veces más comunes en varones que en mujeres y ocurren en el grupo de edad de 50 a 70 años. El aneurisma disecante resulta de rotura en la íntima, lo cual ocasiona que la sangre divida las capas de la media.

La rotura en ocasiones ocurre por la adventicia o hacia el interior de la luz a través de la íntima, de forma que la sangre ingresa nuevamente por el canal principal y de este modo ocasiona disección crónica o bien, la disección ocluye las ramificaciones de la aorta. La muerte por lo general es causada por la rotura externa del hematoma.

Manifestaciones clínicas y valoración:

Las arterias que se ramifican a partir de la región afectada de la aorta se cercenan y ocluyen conforme progresa la disección. El desgarramiento se presenta con frecuencia en la región del arco aórtico, con mayor mortalidad por disección de la aorta ascendente. La disección de esta arteria puede progresar en sentido proximal, hacia el corazón, con obstrucción del nacimiento de las arterias coronarias, producir hemopericardio (derrame de sangre en el saco pericárdico) o insuficiencia aórtica. También es factible que progrese en sentido opuesto, con oclusión de las arterias que irrigan el aparato digestivo, riñones, médula espinal e incluso las piernas.

El inicio de los síntomas es súbito; se ha descrito dolor intenso y persistente, como "desgarramiento" o "rasgaduras" en la parte anterior del tórax o espalda y extenderse a los hombros, área epigástrica o abdomen. Los síntomas cardiovasculares, neurológicos y gastrointestinales son la causa de las otras manifestaciones clínicas, que dependen de la localización, y extensión de la disección. El paciente puede estar pálido, sudoroso y con taquicardia. La presión sanguínea se eleva o es notablemente diferente de un brazo a otro si la disección ha afectado el orificio de la arteria subclavia de un lado. Debido al cuadro clínico variable de este trastorno, a menudo es difícil el diagnóstico temprano.

El angiograma, la tomografía axial computadorizada (TAC), el ultrasonido y la imagen por resonancia magnética (magnética resonante imaging, MRI) ayudan en el diagnóstico. El tratamiento médico o quirúrgico del aneurisma disecante también depende de su tipo, igual

que con otros aneurismas, y se basa en los principios generales delineados en el apartado previo para el tratamiento de los aneurismas de la aorta torácica.

Otros tipos de aneurismas:

Los aneurismas también pueden surgir en vasos periféricos, por lo común a causa de aterosclerosis. Entre los vasos afectados se incluyen las arterias renal, subclavia o, con mayor frecuencia, la poplítea en el área de la rodilla. Estos aneurismas suelen ser bilaterales.

El trastorno provoca la presencia de una masa pulsátil y trastornos de la circulación periférica en sentido distal al aneurisma. El dolor y la hinchazón surgen a causa de la presión sobre nervios y venas adyacentes. La reparación quirúrgica de estos aneurismas se realiza con injertos de sustitución.

Consideraciones gerontológicas:

La mayor parte de los aneurismas abdominales ocurren entre los 60 y 90 años; la rotura del aneurisma probable si hay hipertensión coexistente o si su tamaño es mayor de 6 cm. La posibilidad de rotura aumenta con el tamaño. Hay posibilidad de 30 % de rotura por año cuando el aneurisma alcanza los 6 cm. En ese punto es mayor la posibilidad de rotura que la de mortalidad durante el procedimiento quirúrgico en la mayor parte de los casos.

En la actualidad se reparan los aneurismas de 4 cm en pacientes que son candidatos adecuados para la cirugía. Si se considera que el individuo corre riesgo moderado de complicaciones relacionadas con la operación o anestesia, el aneurisma no se repara sino hasta que llegue a 5 cm de magnitud. Si el riesgo quirúrgico es malo, la reparación se realiza hasta que el aneurisma tenga 6 cm de magnitud. Algunos aneurismas conservan el mismo tamaño durante muchos años.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición, frecuencia y etiología

La **hipertensión** se define arbitrariamente como los valores persistente de presión sanguínea sistólica mayor de 140 mmHg, y se diagnóstica, que rebasa los 90 mmHg de diastólica. .

Es una causa importante de insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. Una vez que surge, el paciente debe someterse a mediciones frecuentes de la presión sanguínea, ya que la hipertensión es un trastorno que dura toda la vida.

Según el National Heart, Lung, and Blood institute de los Estados Unidos (*2), alrededor del 20% de los adultos sufren de hipertensión; en más del 90% de dicha porción, es *hipertensión esencial* (o primaria); o sea sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamientos de vasos renales o enfermedades del parénquima renal; ciertos efectos secundarios de los fármacos; disfunciones de órganos; tumores y embarazo.

La hipertensión esencial comienza como un proceso intermitente o labil en individuos que se encuentran desde los últimos años de su tercer decenio de vida hasta principio del quinto.

Algunas veces aparece abrupta y gravemente, y adopta una progresión acelerada o "maligna" que ocasiona el rápido deterioro del paciente

Las emociones intensas, la obesidad y el consumo de bebidas alcohólicas, café, tabaco y fármacos estimulantes, son factores contribuyentes; pero el origen predominante es el factor hereditario.

Afecta más mujeres que varones y es mucho mayor en personas de raza negra que en caucásicas.

El aumento crónico de la presión sanguínea termina por lesionar la vasculatura de todo el cuerpo, las consecuencias usuales de la hipertensión prolongada y no controlada incluyen deficiencias visuales, inclusión coronaria, insuficiencia renal y apoplejía, el corazón aumenta de tamaño al verse forzado y al incrementar su carga cuando bombea contra la presión alta y sostenida.

Clasificación de la presión sanguínea para adultos de 18 o más años de edad

CATEGORÍA	Sistólica, mmHg	Diastólica, mmHg
Normal	<130	<85
Normal elevada	130-139	85-89
Hipertensión		
Etapa 1 (leve)	140-159	90-99
Etapa 2 (moderada)	160-179	100-109
Etapa 3 (grave)	180-209	110-119
Etapa 4 (muy grave)	≥210	≥120

The first report of the Joint National Comité on detection. Evaluation and treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1993 (*3)

Fisiopatología de la hipertensión esencial

El mecanismo que controla la constricción y relajación de los vasos sanguíneos se encuentra en el centro vasomotor, situado en la médula cerebral. La estimulación origina la transmisión de impulsos por el sistema nervioso simpático hasta los ganglios homónimos. En estos, las neuronas preganglionares liberan acetilcolina, que estimula las fibras nerviosas posganglionares que llegan a los vasos sanguíneos, donde la liberación de noradrenalina provoca la vasoconstricción de dichos conductos.

Son numerosos los factores (como la ansiedad y el miedo), que pueden influir en la respuesta de la vasculatura a estos estímulos vasoconstrictores. La médula suprarrenal secreta adrenalina, que causa vasoconstricción, en tanto que su corteza libera cortisol y otros esteroides, que intensifican la respuesta vasoconstrictora. Esta última propicia disminución del flujo sanguíneo renal y la consecuente liberación de renina, sustancia que provoca la formación de angiotensina I, que se convierte en angiotensina II, vasoconstrictor potente que a su vez, causa la secreción de sodio y agua en los túbulos renales. Todo ello tiende a perpetuar la hipertensión arterial.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es factible que haya cambios en las retinas, con hemorragias, exudados (acumulación de líquido), estrechamiento de la arterio lapapil edema (edema del disco óptico).

Los hipertensos pueden estar asintomáticos y permanecer así durante muchos años .La aparición de los síntomas indica lesiones vasculares.

La arteriopatía coronaria con angina de pecho es la secuela mas común en hipertensos .La hipertrofia ventricular izquierda surge como respuesta al aumento en la carga de trabajo del ventrículo.Cuando el corazón ya no soporta la carga de excesiva, aparece insuficiencia del hemicardio izquierdo. La afección de los vasos cerebrales o ataques transitorios de isquemia.

TRATAMIENTO

El objetivo es evitar la morbilidad y mortalidad asociadas mediante la obtención y mantenimiento de una presión arterial menor de 140/90 mmHg. , siempre que sea posible.Algunos estudios demuestran que los procedimientos no farmacológicos, incluyendo evitar el stress, reducción de peso, restricción en el consumo de alcohol, sal y tabaco, ejercicios y relajación son medios definitivos que se deben emplear en cualquier tratamiento antihipertensivo. Los diuréticos y bloqueadores beta son dos clases de medicamentos disponibles para la terapia de primera línea.

Estudios del tratamiento de la HTA y su correcto seguimiento, sugieren que se lleve un control continuo y adecuado de la toma de presión en aquellas personas que sufren de HTA o que han sufrido algún daño cardiovascular y/o renal, como así también enfermedad pulmonar.

El control de por lo menos 2 veces al día en distintos horarios es lo ideal recomendado, siempre luego de 1 o 2 hs después de la ingesta de los antihipertensivos del tratamiento.

En cuanto a la persona que se le toma la TA, debe estar sentada por lo menos 5 minutos de descanso; tranquilo, sin esfuerzo físicos, ni haber fumado ni tomado caféina 30 minutos antes del control; brazo colocado a nivel del corazón y con apoyo del mismo.

IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Como se menciono anteriormente, la presión arterial tiene una variación entre el 20 y 50 % durante el día. Estas variaciones ocurren en todas las personas; normo tensas e hipertensas, por lo que el control periódico de la presión arterial es fundamental para un correcto diagnóstico y control del tratamiento.

Sin embargo, pueden cometerse numerosos errores cuando se miden la presión arterial.

En un estudio realizado en EEUU, llegaron a la conclusión de que las enfermeras bien entrenadas median bien la TA sólo entre un 40 y 50% de los casos. Después de asistir a un curso sobre la medición correcta de la TA, la evaluación posterior señalo una medición correcta en más del 90% de los casos.

Estas cifras fueron detectadas por el mal mantenimiento de los tensiometros, falta de calibración, no calibran en 0, problemas del inflado, 75% de los equipos que estaban en uso debían ser cambiados.

Si consideramos que existe una gran variación de la TA y que esta generalmente no se tiene en cuenta, que en mas del 50% de los casos se mide mal y que la mayoría de los equipos que se utilizan tienen fallas en el calibrado y en el sistema de inflado, podemos concluir que la TA se toma mal; descontando de que a esto se suma de que la toma de TA sea realizada por una persona que no sea entendida o estudiada en la salud, o de que esta sufra de problemas de audición u otras situaciones desfavorables.

Lo expuesto tiene gran importancia médica y social, ya que como hemos explicado, la hipertensión arterial es una enfermedad muy frecuente, y si no es tomada y seguida y controlada correctamente, puede desencadenar graves e irreversibles problemas cardiovasculares.

La medición incorrecta de la TA es un problema, que puede provocar graves consecuencias al privar de un tratamiento oportuno a quien lo necesita, o al tratar innecesariamente a una persona sana. Por lo tanto es imprescindible conocer su técnica, que es sencilla, pero que requiere del aprendizaje y la práctica.

El diagnóstico precoz es fundamental, y este se realiza con una correcta medición y seguimiento de la TA.

PLAN DE ALIMENTACIÓN PARA UN PACIENTE HIPERTENSO

+SHEP (*4)

DIETA HIPOSÓDICA:

ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO:

Caldo en cubito, pescado en salazón, tocino salado, jamón salado, aceituna, embutido, mantequilla o margarina con sal, pescado en lata, queso, verdura y leguminosas en conservas, pan blanco, mariscos.

ALIMENTOS CON UN CONTENIDO MEDIO DE SODIO:

Huevos, verduras, pescados blancos, carne, leche y yogurt, leguminosa seca, fruta seca.

ALIMENTOS CON BAJO CONTENIDO EN SODIO:

Pasta e trigo, mermelada y jaleas, arroz, mantequilla y margarina sin sal, fruta, harina de trigo, pan sin sal, almendra y avellanas sin sal, patatas, guisantes verdes, azúcar.

CALORÍAS RECOMENDADAS POR DÍA:

EDAD	<u>Para mujeres</u>			<u>Para hombres</u>		
	20-40	40-60	> 60	20-40	40-60	>60
Peso Deseado						
45 kg	1750	1600	1300	--	--	---
50 kg	1900	1700	1450	2300	2050	1750
55 kg	2000	1800	1550	2450	2200	1850
60 kg	2150	1950	1650	2600	2350	1950
65 kg	2300	2050	1750	2750	2500	2100
70 kg	2400	2200	1850	2900	2600	2200
75 kg	--	--	--	3050	2750	2350
80 kg	--	--	--	3200	2900	2400

TABLA DE GASTO CALÓRICO:

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>CALORÍAS</u>
Caminar	156
Correr	340
Bicicleta	200
Bailar	169
Limpiar ventanas	165
Nadar	228
Jardinería	208
Ir de compras	85
Trotar	90

ATEROSCLEROSIS CORONARIA

Este cuadro patológico de las arterias coronarias se caracteriza por la acumulación anormal de sustancias lípidos y tejido fibroso en la pared de los vasos, con lo que cambia su estructura y su función, y disminuye el flujo de sangre al miocardio. Las causas de la cardiopatía aterosclerótica, quizás incluyan alteraciones del metabolismo de los lípidos, de la coagulación de la sangre y de las propiedades biofísicas y bioquímicas de las paredes de la arteria.

La aterosclerosis es una enfermedad progresiva; es posible restringir su progreso y en algunos casos revertirlos.

Estudios recientes, muestran que cada vez es mas alarmante la presencia de problemas cardiacos en personas jóvenes. En EEUU el trastorno cardiaco mas común es la aterosclerosis (*5)

FISIOPATOLÓGIA:

El trastorno comienza cuando el colesterol seroso queda depositado en la intima de las grandes arterias. Llamados ateromas o placas impiden la absorción de nutrimentos por las células del endotelio, obstruyen el flujo sanguíneo al salir en le interior de dicha estructura tubular. Las zonas afectadas presentan necrosis y después cicatrices, lo que disminuya todavía más el calibre interior y entorpece el flujo de la sangre.

La coagulación intra vascular, enfermedad trombo embolica, es una de las complicaciones mas importantes de la aterosclerosis. Si la porción fibrosa de la placa se rompe, el torrente sanguíneo arrastra los pequeños fragmentos de lípidos y se obstruyen arterias y capilares en un punto distal a la placa rota.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Este entorpecimiento del flujo es progresivo y cuando llega a niveles en el que el riego sanguíneo es inadecuado (isquemia), la células del miocardio quedan desprovistas de los nutrimentos que necesitan para su supervivencia. La principal manifestación es el dolor retrosternal. El termino "angina de pecho" denota el dolor recurrente que no se acompaña de lesión irreversible del miocardio. "infarto de miocardio" es la isquemia mas grave, con lesiones celulares irreversibles, que conllevan degeneración de la zona y sustitución con tejido cicatrizal.

Otras manifestaciones clínicas de la arteriopatía son los cambios electrocardiográficos, aneurismas ventriculares, disrritmias y muerte súbita.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgos modificables, esta el control que puede ejercer la persona o estilo de vida. Los factores de riesgo no modificables son consecuencias de rasgos genéticos, sobre los que el individuo no tiene control alguno.

Las personas en riesgo deben someterse a estudios médicos periódicos, y cuando sea posible hacer un esfuerzo para reducir el numero de grado de los factores de riesgo.

PREVENCIÓN:

Puede ser primaria o secundaria. La prevención de la cardiopatía primaria comprende medidas previas al desarrollo de los síntomas del proceso patológico; en la secundaria se encaminan a reducir el progreso de la enfermedad o evitar la recurrencia.

Los programas de promoción de la salud proponen 5 factores modificables, que son:

1-TABAQUISMO: este habito contribuye a la aparición y gravedad de la ateriopatía coronaria en 3 formas:

(a)- la inhalación de humo aumenta el nivel de monóxido de carbono (CO); la hemoglobina se combina mas fácilmente con el CO que con el O₂; con lo que este ultimo se aporta al corazón en cantidades muy limitadas.

(b)- el ácido nicotínico desencadena la liberación de catecolaminas, que causan constricción arterial.

(c)- el consumo de cigarrillos aumenta la adhesión plaquetaria, lo que conduce a una elevada formación de trombos a una persona con riesgo coronario se le alienta a dejar de fumar, el individuo que lo logra, reduce el 50 % el riesgo de cardiopatía coronaria en el 1º año.

2- HIPERTENSION ARTERIAL (HTA): es peligrosa ya que es asintomático hasta que ha evolucionado de manera considerable, su presencia genera un gradiente de tensión muy grande contra que debe trabajar el ventrículo izquierdo. Hace que la necesidad de O₂ del miocardio sean mayores, lo que desencadena el círculo del dolor propio de la arteriopatía coronaria.

La detección de la HTA en su etapa inicial y el acatamiento del régimen terapéutico prescrito, pueden prevenir las consecuencias de la HTA no tratada.

3-HIPERLIPIDEMIA: las grasas insolubles en agua, están encampusadas en lipoproteínas solubles en agua que les permiten ser transportadas en un sistema circulatorio cuya base es el agua. Tres de los elementos del metabolismo de las grasas son: colesterol total, lipoproteína de baja densidad (LDL) y lipoproteína de alta densidad (HDL), se citan como factores básicos en el desarrollo de CHD. Las LDL producen efectos dañinos en la paredes de las arterias y aceleran el proceso de la aterosclerosis, las HDL ayudan a la utilización del colesterol total, transportando las LDL al hígado, donde son biodegradadas y posteriormente expulsadas. El objetivo deseado es presentar valores bajos de LDL (<130 mg /100 ml) y valores altos de HDL (>50 mg/100ml) y un nivel de colesterol total de < 200 mg/100ml

CONTROL Y PREVENCIÓN: los seroniveles de colesterol se controlan con dieta y ejercicio, reducir la cantidad de grasa diariamente, reduce las grasas disponibles para el metabolismo y para convertirlas en colesterol. Control de la dieta, en la actualidad hay mayor información del producto a consumir en su etiqueta de elaboración. Cada persona debe controlar equilibrio de calorías de grasas a consumir y a gastar diariamente. También las fibras solubles ayudan a reducir el colesterol-: la pectina (presente en las frutas frescas). También el ejercicio físico incrementa los HDL, para los casos en que la dieta no normaniza por si sola el serocolesterol, hay medicamentos que producen efectos sinérgicos cuando se combinan con la dieta adecuada, los fármacos se dividen en dos tipos: los que disminuyen la síntesis de lipoproteínas, como el ácido nicotínico y clofibrato, t los que aumentan su degradación (catabólica) como el colestiramina, citosterol y otros.

4-HIPERGLUCEMIA: fomenta el aumento de agregación plaquetaria, lo que conduce a formación de trombos. Si se presentan estos, como también la obesidad se deben tener bajo control.

PATRONES DE CONDUCTA:

El stress y algunas conductas psicológicas contribuyen a la patogénesis de la cardiopatía coronaria. Compatibilidad por el éxito, en sentido exagerado, urgencias, agresividad y hostilidad, señalan a personas predispuestas a coronariopatías. Así también como adicciones a las drogas, alcoholismo y otros hábitos tóxicos de larga duración.

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES EN LA FAMILIA

La enfermedad de un miembro de la familia tiene un impacto en todos los familiares. Si el enfermo es el que los mantiene, hay la preocupación natural de la pérdida de la capacidad para conservarla responsabilidad financiera de la familia, la preocupación por saber el tiempo que no podrá trabajar y sobre la vigencia de la incapacidad. Además pueden preocuparse por los costos de la enfermedad: pago de honorarios médicos y del hospital, como así también de los cargos por los servicios de diagnósticos y del tratamiento.

Cuando enferma la madre se altera la vida del hogar, y otros miembros deben hacer las tareas del hogar. Si el enfermo es un familiar de mayor edad, suele haber gran preocupación, quizás sea el primer miembro de la casa que enfermo gravemente, y la familia se da cuenta ahora de la mortalidad del hombre.

Cuando una persona se hospitaliza, su internamiento tiene mucho significado para el y sus familiares. En su casa los cuidados y la responsabilidad de ellos probablemente correspondían a sus u otros miembros de la familia. Una vez que ingresa al hospital, la responsabilidad de sus cuidados pasas de los familiares al personal de salud del hospital. Esta transferencia suele producir emociones combinadas de alivio y culpa en los familiares; alivio por que se reciben cuidados profesionales de personal entrenado y culpa tal vez por que piensan de que el enfermo estaría mas feliz en su casa.

Un gran número de investigaciones han demostrado con claridad que el estrés tiene un impacto negativo y significativo sobre la salud de una persona y que las crisis familiares son la fuente mas frecuente de estrés en la vida de los individuos.

El aumento de los acontecimientos vitales estresantes AVE, (que entre ellos se encuentra el hecho de la internación repentina de un integrante de la flia, ya sea por enfermedad o accidente), ocasiona inevitablemente desequilibrio total de las relaciones y funciones de los demás integrantes de la familia. Provocando inestabilidad y nuevas experiencias emocionales, afectivas y económicas dentro del vínculo y de la integridad de la familia.

El Dr. Ferrer, psiquiatra de Bs. As (*6), afirma que la persona que ha experimentado un hecho que esta fuera del marco de la experiencia humana habitual y que afectaría mucho a cualquier individuo, como la amenaza grave a la propia vida o sufrimiento de su propio hijo/a, esposo/a, padre o madre, o de otro familiar cercano o amigo, sufre un trauma emocional y físico. Este, se debe a la inesperada eventualidad de este accidente ocasionando incertidumbre de un futuro en cuanto a su estado de salud, su vida laboral, y su desarrollo social.

Durante la internación de un integrante de la flia, suelen evidenciarse trastornos en el resto de la familia tales como:

Psicológicos:

- Estrés: intenso al exponerse a hechos que simbolizan desequilibrio emocional dentro de la integridad de la familia.
- Sueños tensos y recurrentes del hecho.
- Recuerdos perturbadores e inesperados del hecho sucedido (en niños se expresa con juegos o dibujos repetitivos referidos a aspectos del trauma)
- Ansiedad ocasionada por la incertidumbre y la ignorancia de lo que en realidad puede estar sufriendo el familiar enfermo.
- Temor a la posibilidad de la pérdida de un ser querido, y temor al porvenir de la vida familiar y de la integridad de cada uno de sus integrantes.
- Depresión y desesperanza ocasionadas por un obligado cambio de hábitos de vida, que incluye a todos los integrantes de la flia.
- Mal humor relacionado con prolonga estadía dentro del hospital.

Físicos:

- Fatiga y cansancio ocasionados por una larga estadía intrahospitalaria de su familiar, lo que incluye mal descanso e inadecuada alimentación, así como también descuido del aspecto personal por falta de recursos.
- Complicación de enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes, problemas psiquiátricos, gástricos, etc....debido a las experiencias que se viven en un ámbito hospitalario y el stress que esto ocasiona.

Económicos:

- Disminución de los ingresos y recursos de bienes materiales, que son consecuencia de la interacción de un integrante de la flia, (mas aun cuando este es el jefe de flia, ya sea el papa o la mama)
- Desequilibrio en la estabilidad de los recursos y bienes de la flia.
- Mayor egreso de dinero y bienes provocados por la necesidad inmediata de suplir todos los gastos posibles de la internación, cuidado y el tratamiento del familiar internado.

CONSERVACIÓN DEL EQUILIBRIO PSICOLÓGICO

Durante su vida, el individuo debe adaptarse continuamente a los cambios que ocurren dentro de sí mismo y en sus relaciones con el mundo que lo rodea. Debe satisfacer sus necesidades básicas y al mismo tiempo conservar su equilibrio en el mundo que cambia constantemente.

Equilibrio psíquico social

El hombre interactúa constantemente con su familia, amigos, vecinos, personas que encuentra en su trabajo o escuela, que habitan su mundo social.

Aprendemos a utilizar escapes emocionales cuando el estrés se torna extenso, por ejemplo: quizás vallamos a un cine o una plaza para olvidar temporalmente nuestro problema familiar.

Al comentar la salud y la enfermedad, es imposible separar categóricamente la homeostasis fisiológica del equilibrio ecológico o del psicosocial; cada uno afecta a los otros. Cuando una persona está enferma físicamente, cambia sus relaciones con las personas.

STRESS Y FACTORES QUE LO CAUSAN.

El stress de cualquier tipo trastorna el equilibrio delicado del organismo humano, que reacciona alterando ciertas estructuras, aumentando la presión arterial, y procesos o conductas para reestablecerlo. Stress es todo factor que altere el equilibrio del organismo.

Hay varias formas de clasificar al stress:

Richard Freeman (*7) ha sugerido 4 categorías que parecerían lógicas e incluirían todo tipo de alteraciones que puedan actuar como estresores:

- 1- Stress por privación: cuando falta alguno de los factores esenciales, para el bienestar del individuo; por ejemplo agua, oxígeno alimentos, y también afecto, comprensión y contención emocional.
- 2- Stress por exceso: el exceso de algunos factores también puede alterar el equilibrio del organismo. Por ejemplo la exposición al calor o frío intenso.
- 3- Stress por cambios: las modificaciones de cualquier tipo pueden alterar los procesos fisiológicos del cuerpo y la conducta del individuo. En diversos estudios se ha valorado el impacto que tiene en la salud de una persona, el grado de stress originado por diferentes tipos de cambios, se ha establecido escalas para calcular la vulnerabilidad del individuo a enfermedades.

4- Stress por intolerancia: reacciones alérgicas, la reacción del cuerpo a venenos o toxinas que afectan a la salud y bienestar de un individuo.

REACCIÓN DEL CUERPO AL STRESS, MECANISMO DE ADAPTACIÓN:

Son los contra equilibrios del cuerpo. Definidos como síndrome de adaptación general.

Hansselie; profesor de la universidad de Montreal (*θ), se interesó en las reacciones del cuerpo a la interacciones de su equilibrio y señaló que ocurre una respuesta general inespecífica.

Elaboró su teoría del síndrome general de adaptación: es la respuesta general del cuerpo a cualquier agente que cause stress fisiológico.

Puede dividirse en 3 etapas:

- 1- Reacción de alarma: en la que se movilizan los mecanismos de defensa del cuerpo.
- 2- Reacción de resistencia: cuando es mas activa la batalla por el equilibrio.
- 3- Etapas de agotamiento: ocurre cuando el stress es tan intenso o se prolonga tanto, que agota los recursos de adaptación del organismo.

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La acción de promoción y de prevención de la salud a los enfermos internados, a sus familiares, y a toda la comunidad en general; es deber y papel que le corresponde a todo agente sanitario.

Al examinar lo que la enfermera puede hacer para intervenir en el tratamiento y en la educación que debe recibir el enfermo coronario, y su familia, durante su fase de internación; podemos mencionar diversas acciones, como:

- ✓ Relación enfermera-paciente: es esencial que se establezca una relación positiva para lograr efectividad en la comunicación y en la enseñanza. La confianza y el respeto son instrumentos necesarios para que se establezca un "puente", que permita al pcte calmar ansiedad, temor o stress que pueda ocasionar el estar internado.
- ✓ Plan de atención de enfermería (PAE): la elaboración de un plan asistencial; valorando las necesidades básicas insatisfechas del pcte y de su familia, e interviniendo adecuadamente sobre ellas posibilitan desarrollo eficaz de las acciones de enfermería.
- ✓ Apoyo psicológico: indicar al paciente y a su familia lo que ocurre; advertirles sobre estímulos y hábitos nocivos; permitir que la familia participe en el tratamiento; son acciones que le permiten al enfermo sentirse cuidado y contenido de manera oportuna.
- ✓ Conservar aséptico y controlado el ambiente: el poder brindar seguridad física al pcte y utilizar eficazmente los recursos y horarios de las acciones; crean un clima de tranquilidad para el enfermo que garantizan, en gran forma, un adecuado descanso y previenen el stress y desequilibrio físico (HTA).
- ✓ Prevención de complicaciones: el cumplimiento de las acciones dependientes del enfermero (administración de la medicación, control de signos vitales, etc.); detección temprana de signos y síntomas anormales; conservar el estado nutricional adecuado; comunicación continua con el equipo de salud; son acciones que le ayudan al enfermero prevenir complicaciones en el tratamiento del enfermo.
- ✓ Preparación para el tratamiento en el hogar: educar al paciente y a su familia sobre los cuidados y el seguimiento necesarios para este tipo de enfermedades; conjuntamente con el resto del equipo de salud; otorgan seguridad y comprensión de los interesados. Esta acción debe realizarse desde el día de ingreso del pcte, en forma continua y oportuna, de manera que el paciente se valla concientizando de la obligada necesidad de corrección de los malos hábitos, limitación en sus actividades físicas, necesario seguimiento y cumplimiento de la medicación plan de dieta prescripta, control de TA, de peso, control médico y demás acciones que proporcionarían una evolución favorable de la enfermedad y evitarían latentes complicaciones y secuelas.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

El servicio de unidad coronaria esta ubicado en el cuarto piso, ala este de dicho nosocomio.

Cuenta con una sala grande donde están ubicadas, una al lado de la otra, las 8 camas con pacientes de ambos sexos; hay dos salas de preacta con pacientes de menor complicación y de pronto alta.

También consta de una sala con una camilla de " admisión de urgencia", en la que se evalúan e ingresan pacientes (con previa evaluación en la guardia del hospital) con diagnósticos de dolor torácico, cefalea, riesgo quirúrgico, hipertensión arterial, pero cardiorrespiratorio, edema agudo de pulmón, etc.; realizándose como rutina electrocardiogramas, toma de TA, de pulso y de temperatura; los cuales se informan al médico cardiólogo de guardia y él determina la conducta terapéutica a seguir.

Posee un Office de enfermería que se divide en: área limpia y en área sucia.; un baño para pacientes con ducha, y otro baño sucio que se utiliza para el descarte de orina, secreciones, drenajes y otros.

Tienen un baño para el personal; el vestuario y una sala de materiales descartables. Una habitación para el médico de guardia; un depósito (ropa limpia, sueros, frazadas); Y además de una habitación de limpieza, con sus respectivos materiales.

RECURSOS MATERIALES

El servicio consta de:

- Tres monitores, de marca Datascope, donde se monitorea: presión arterial no invasiva, saturación de O₂, monitoreo cardiaco permanente y ECG programable.
- Dos cardioversores, los cuales se utilizan también para monitoreo cardiaco continuo.
- Un respirador artificial, sin humidificador (no termostato)
- Oxígeno, aire comprimido y aspiración central, para ocho camas.
- Servicio de electrofisiología consta con dos marcapasos transitorios y dos marcapasos venosos transitorios.

- Carro de paro:
 - En la parte superior: laringoscopio, tubo endotraqueales de distintos tamaños, cánula de mayo, ambú.
 - En la parte lateral: antiparras, descartador de agujas, lino, bisturí, apósitos y gasas.
 - En el segundo cajón: ampollas de medicación, ubicadas en orden de urgencia.

En el Tercer cajón: material descartable, sondas, bolsas, perfus, jeringas, agujas, electrodos, SNG, vendas, ligaduras y otros.

En el cuarto cajón: sueros, compresas, filtros para canalización, set de oxigenación, de nebulización y de aspiración central.

- Además consta de buena iluminación eléctrica, iluminación artificial y corriente de aire dadas por tres ventanales grandes.
- Muebles tales como camas ortopédicas manuales y mesitas cómodas y movibles, para la alimentación y apoyo de objetos de cada paciente.
- Mesa fija y sillas para el uso del personal en la escritura y observación de la historia clínica.
- Habitación del médico, con cama y armario; en le mismo sevicia.

RECURSOS HUMANOS:

- Cuerpo médico: un jefe del servicio, cardiólogo.
Diez médicos cardiólogos de guardias, programadas.
- Cuerpo de enfermería: una licenciada de enfermería, jefa del servicio.
Nueve enfermeros profesionales y auxiliares (que trabajan en la sala)
Una auxiliar de enfermería, encargada de realizar los ECG.
- Secretario: encargado de mensajería, interconsultas, estadísticas, historias clínicas y otros.
- Servicio de kinesiología según indicación médica.
- Personal de limpieza: una persona permanente en el turno mañana, el resto día es atendido por el personal de limpieza general.
- Camillero: durante la mañana consta de un camillero para todo el piso, el resto día depende de los camilleros de la guardia de l hospital.

PROTOCOLOS Y NORMATIVAS:

El servicio de unidad coronaria no consta con una normativa propia ni protocolo los que ajusten al servicio actividades y recursos humanos.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

▪ TIPO DE ESTUDIO:

Método clásico **cuantitativo descriptivo**, ya que es un trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos.

Este tipo de investigación no tiene hipótesis explícitas.

Solo busca definir fenómenos o situaciones y plantear posible relación entre variables. Investiga factores asociados al problema y condiciones de salud y vida de la población.

Según el período y secuencia del estudio; es de tipo **Transversal**, ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento; haciendo un corte en el tiempo.

En este caso, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

▪ ÁREA DE ESTUDIO:

Servicio de unidad coronaria del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

▪ UNIVERSO:

Todos los pacientes (18 enfermos en total) con diagnóstico de aneurisma o disección aórtica internados en el servicio de unidad coronaria del Hospital Central de Mendoza; durante el año 2003.

▪ MUESTRA:

La muestra en este trabajo de investigación es Todo el universo.

▪ UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cada individuo con aneurisma o disección de aorta; internado en la unidad coronaria del Hospital Central de Mendoza, Argentina; durante el año 2003.

▪ **MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Entrevista estructurada, con preguntas cerrada a los pacientes.

Se utiliza este tipo de instrumento, para luego poder, con facilidad, codificar y preparar su análisis.

Además de que este tipo de preguntas requieren de un menor tiempo y esfuerzo por parte de los respondientes. Estos no tiene que escribir o verbalizar pensamientos, sino simplemente seleccionar la alternativa que describa mejor su respuesta.

▪ **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:**

Porcentajes y representación en **tabla y torta** correspondiente.

En este trabajo de investigación, se utiliza la representación en tablas de contingencia; ya que son útiles para describir de manera clara, las distintas variables. Donde quedan en vista la frecuencia absoluta, y la frecuencia relativa (porcentajes), detallando siempre los totales de los mismos.

De esta manera se traslada a graficar las diferentes variables en torta, detallando y representando de forma visual la frecuencias relativas obtenidas (porcentajes).

Siendo siempre la fuente de elaboración propia, realizada sobre la base de las tablas (también de propia elaboración).

▪ **PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento utilizado en esta investigación, corresponde al método clásico cuantitativo descriptivo, respectivamente.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
INDIVIDUO	EDAD		<ul style="list-style-type: none"> a) 30 - 40 años b) 41 - 50 años c) 51 - 60 años d) mayor de 60 años
	SEXO		<ul style="list-style-type: none"> a) femenino b) masculino
	ACTUALIDAD LABORAL		<ul style="list-style-type: none"> a) empleado b) desempleado
	NIVEL DE EDUCACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> a) primaria completa b) primaria incompleta c) secundaria completa d) secundaria incompleta e) nivel terciario completo f) nivel terciario incompleto g) universitario completo h) universitario incompleto
	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	ENFERMEDADES HEREDITARIAS	<ul style="list-style-type: none"> a) cardiopatías b) diabetes c) cáncer d) neuropatía e) TBC f) enfermedades psiquiátricas g) otros

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
INDIVIDUO	HÁBITOS NUTRICIONALES	DIETOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> a) dieta general / mixta b) dieta hipo sódica c) dieta hipersódica d) dieta hipocalórica e) dieta hipercalórica
	HÁBITOS TÓXICOS	CONSUMO DE TABACO	<ul style="list-style-type: none"> a) 2 o más paquetes por día b) 1 paquete de cigarrillos por día c) 5 cigarrillos por día d) menos de 5 cigarrillos por día
		INGESTA DE ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> a) si b) no
		CONSUMO DE ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> a) mas de 4 vasos por día b) 4 vasos por día c) 2 vasos por día d) menos de 2 vasos por día
		CONTROL DE LA TA	<ul style="list-style-type: none"> a) 2 veces por día b) 1 vez por día c) cada 2 días d) 1 vez por semana e) nunca
	HÁBITOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD	HORAS DE DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> a) más de 8 horas por día b) de 6 a 8 hs por día c) menos de 6 hs por día
		CONTROL DE PESO	<ul style="list-style-type: none"> a) todos los días b) 1 vez por semana c) cada 3 meses d) nunca

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
INDIVIDUO	HÁBITOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD	CONTROL MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> a) 1 vez por mes b) cada 3 meses c) cada 6 meses d) 1 vez al año e) nunca
		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> a) si b) no
		INCUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a) desconoce terapia. b) no tolera la medicación c) se olvida de tomarla d) recursos económicos escasos
		ACTIVIDAD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> a) ejercicios pasivos b) sedentarismo
		AGENTE QUE OTORGÓ LA INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a) médico b) enfermero c) nutricionista d) estudiantes e) equipo de salud.
	FUENTE DE INFORMACIÓN	TIPO DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a) control diario de la TA b) administración de la medicación c) cuidados en la dieta d) corrección de hábitos tóxicos e) cuidados en la actividad física f) control de peso continuo h) todos los ítems.

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
INDIVIDUO	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	NIVEL DE CONFORMIDAD	a) muy suficiente b) suficiente c) insuficiente
		PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA INFORMACIÓN	a) si b) no
	CONTENSIÓN FAMILIAR	NIVEL DE CONFORMIDAD (FAMILIAR)	a) muy suficiente b) suficiente c) insuficiente
		CUIDADOS EN LOS QUE COLABORA LA FAMILIA	a) dieta—alimentación b) cuidados en la actividad física c) control diario de la TA d) control periódico médico e) control en la toma de medicamentos f) todos

CAPÍTULO IV

***PRESENTACIÓN Y
ANÁLISIS DE
RESULTADOS***

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La encuesta fue realizada al 90% de la muestra ya que el 10% (2 personas) de ellos, tienen domicilio inexistente.

El instrumento de recolección de datos fue aplicado por los investigadores.

TABULACIONES UNIVARIABLES

DATOS DE BASE

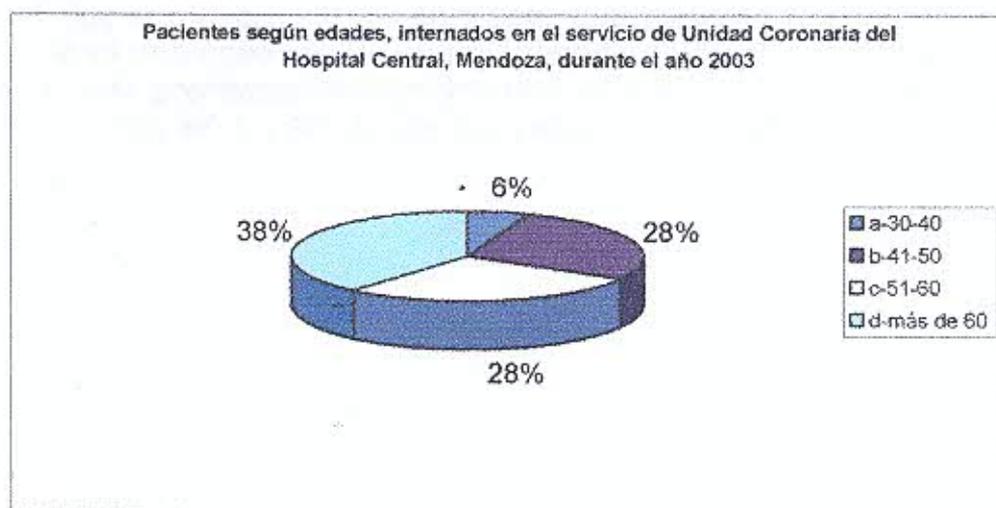
A) DATOS PERSONALES

TÍTULO: "Pacientes según edades, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central, Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 1

edades	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-30-40 años	1	5,55%
b-41-50 años	5	27,77%
c-51-60 años	5	27,77%
d-más de 60 años	7	38,88%
totales	18	99,97%

De elaboración propia sobre la base de datos extraída de la Matriz de Encuestas.



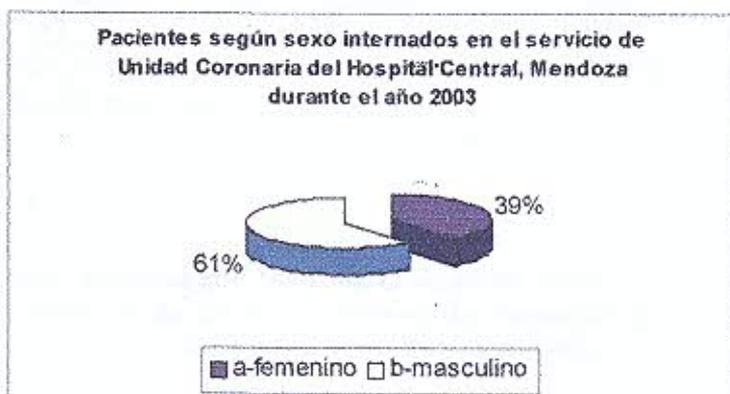
Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tabla de elaboración propia.

TÍTULO: "Pacientes según sexo internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central, Mendoza, durante el año 2003."

TABLA N° 2

sexo	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-femenino	7	38,88%
b-masculino	11	61,11%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de la tabla de elaboración de propia.

Durante el análisis de las encuestas y recolección de datos se logró observar que la mayoría de los pacientes que padecen Aneurisma de Aorta poseen una edad relativa y aproximada de 60 años de edad; siendo de más predisposición en hombres que en mujeres (como lo muestra la tabla N° 1 y N° 2, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Pacientes según nivel de ocupación, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central, de Mendoza, durante el año 2003."

TABLA N° 3

ocupación	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-desempleado	10	55,55%
b-empleado	8	44,44%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tabla de elaboración propia.

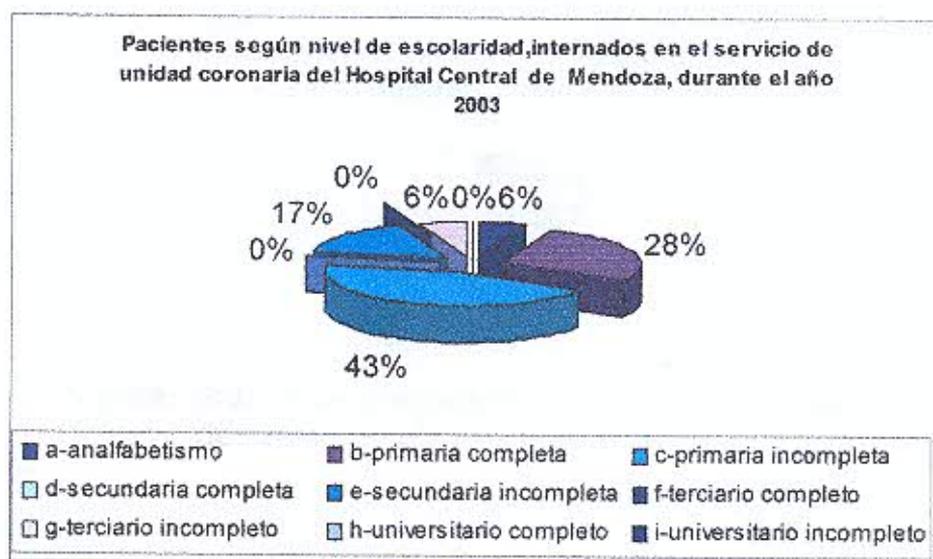
En el análisis se visualizan que el Nivel de ocupación de los encuestados es de Desocupación y su Nivel de escolaridad oscila entre Primaria completa e incompleta. (Ver tabla n° 3 y n° 4, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Pacientes según nivel de escolaridad, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003."

TABLA Nº 4

nivel de escolaridad	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-analfabetismo	1	5,55%
b-primaria completa	5	27,77%
c-primaria incompleta	8	44,44%
d-secundaria completa	0	0,00%
e-secundaria incompleta	3	16,66%
f-terciario completo	0	0,00%
g-terciario incompleto	1	5,55%
h-universitario completo	0	0,00%
i-universitario incompleto	0	0,00%
totales	18	99,97%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

En el análisis se visualizan que el Nivel de ocupación de los encuestados es de Desocupación y su Nivel de Escolaridad oscila entre Primaria incompleta y completa. (Ver tabla nº 3 y nº 4, con sus respectivos gráficos).

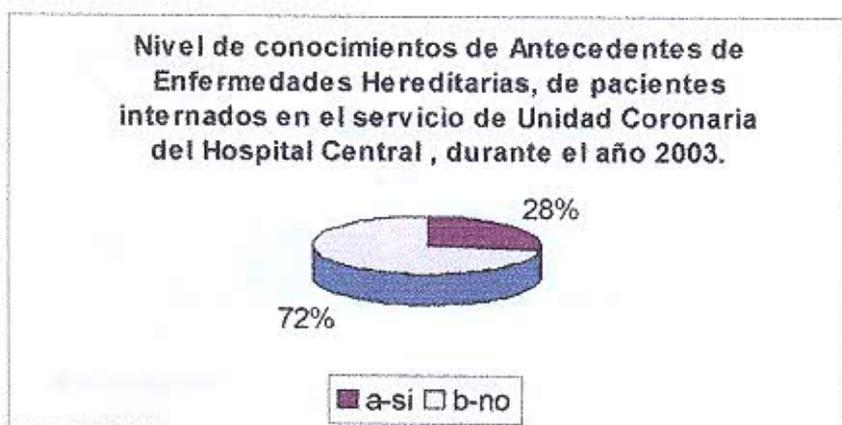
B) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

TÍTULO: "Nivel de conocimientos de antecedentes de enfermedades hereditarias, de pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central, durante el año 2003."

TABLA Nº 5

antecedentes familiares	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-si	5	27,77%
b-no	13	72,22%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

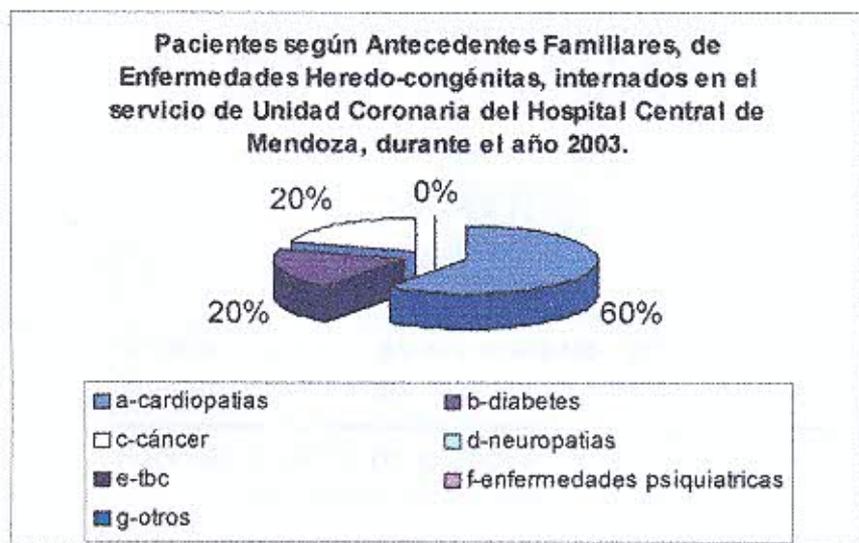
Los mayoría de los encuestados refirieron que no conocen poseer antecedentes familiares de enfermedad, de aquellos que contestaron que sí, conocen poseer antecedentes, el mayor porcentaje de las enfermedades heredo congénitas son cardiopatías. (Ver tabla Nº 5 y Nº 6, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Pacientes según antecedentes familiares, de enfermedades heredo- congénitas, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 6

enfermedades heredo- congénitas	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-cardiopatías	3	60%
b-diabetes	1	20%
c-cáncer	1	20%
d-neuropatías	0	0%
e-TBC	0	0%
f-enfermedades siquiátricas	0	0%
g-otros	0	0%
totales	5	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Los mayoría de los encuestados refirieron que no conocen poseer antecedentes familiares de enfermedad, de aquellos que contestaron que si, conocen poseer antecedentes, el mayor porcentaje de las enfermedades heredo congénitas son cardiopatías (ver tabla Nº 5 y Nº 6 con sus respectivos gráficos).

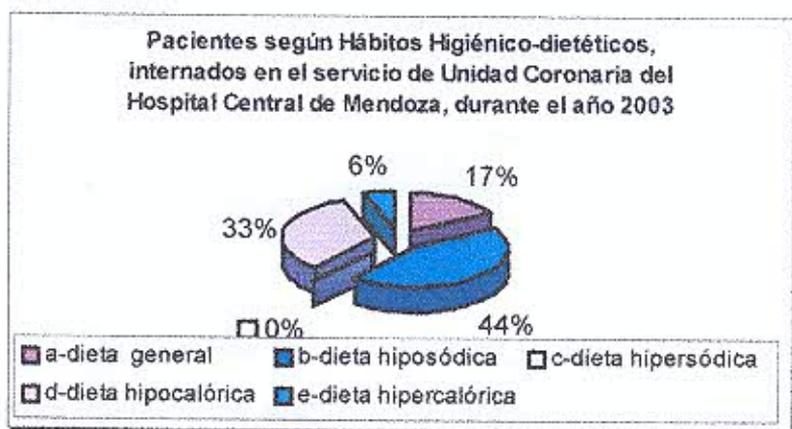
c) HÁBITOS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS

TÍTULO: "Pacientes según hábitos higiénico-dietéticos, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 7

dieto terapia	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-dieta general	3	16,66%
b-dieta hiposódica	8	44,44%
c-dieta hipersódica	0	0%
d-dieta hipocalórica	6	33,33%
e-dieta hipercalórica	1	5,55%
totales	18	99,98%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

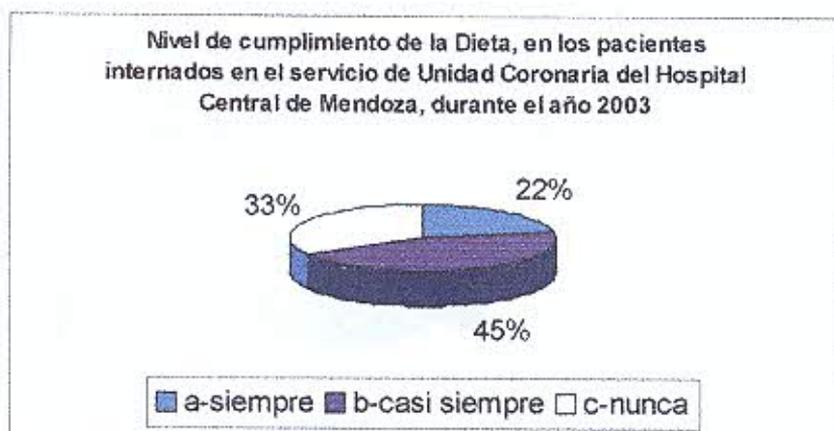
Se observa que la mayor parte de los encuestados poseen una dieta hiposódica e hipocalórica, es la dieta prescrita y recomendada por sus médicos. Sin embargo la mayoría de ellos refirieron cumplir con la dieta, casi siempre y nunca. (Ver tabla N° 7 y N° 8, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Nivel de cumplimiento de la dieta, en los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 8

Cumplimiento de la Dieta	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-siempre	4	22,22%
b-casi siempre	8	44,44%
c-nunca	6	33,33%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Se observa que la mayor parte de los encuestados poseen una dieta hiposódica e hipocalórica, es la dieta prescrita y recomendada por sus médicos. Sin embargo la mayoría de ellos refirieron cumplir con la dieta, casi siempre y nunca (ver tabla N° 7 y N° 8, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Pacientes según antecedentes tóxicos (tabaquismo), internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 9

tabaquismo	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-si	6	33,33%
b-no	12	66,66%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

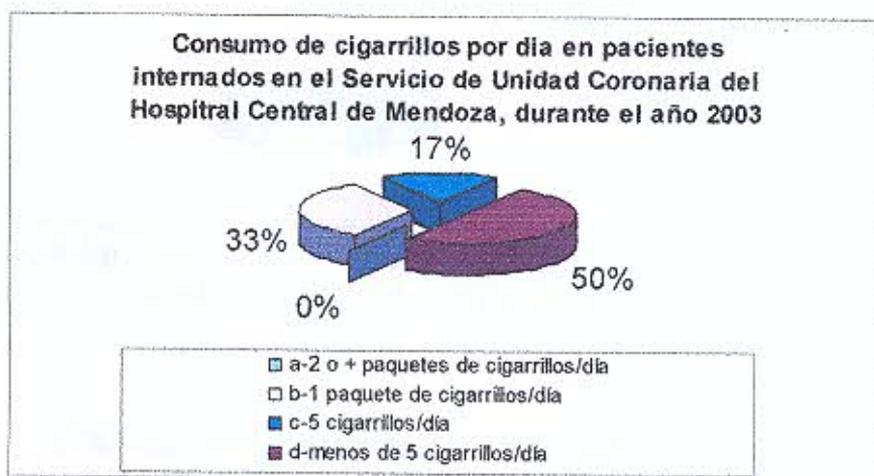
Dentro de los hábitos higiénicos dietéticos se puede detallar que, en la actualidad, la mayoría de ellos no fuman. Sin embargo de aquellos que respondieron que sí fuman, la cantidad de consumo por día es aproximadamente menor de 5 cigarrillos. (Ver tablas N° 9 y N° 10 con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Consumo de cigarrillos por día en pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 10

cantidad de cigarrillos	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-2 o + paquetes de cigarrillos / día	0	0%
b-1 paquete de cigarrillos / día	2	33,33%
c-5 cigarrillos / día	1	16,66%
d-menos de 5 cigarrillos / día	3	50%
totales	6	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

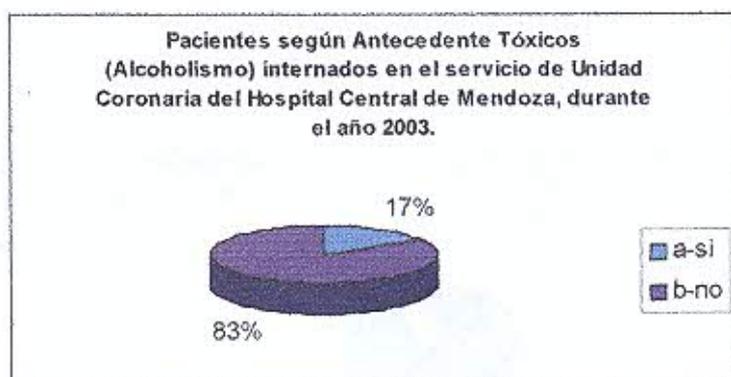
Dentro de los hábitos higiénicos dietéticos se puede detallar que, en la actualidad, la mayoría de ellos no fuman. Sin embargo de aquellos que respondieron que sí fuman, la cantidad de consumo por día es aproximadamente menor de 5 cigarrillos. (Ver tablas N° 9 y N° 10, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Pacientes según antecedentes tóxicos (Alcoholismo), internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 11

consumo de bebidas alcohólicas	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-si	3	16,66%
b-no	15	83,33%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Del 100% de los encuestados la mayor parte de ellos no consumen bebidas alcohólicas. No obstante de los que respondieron que sí consumen bebidas alcohólicas; la cantidad aproximadamente, es de 2 vasos por día. (Ver tablas N° 11y N° 12, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Consumo de bebidas alcohólicas por día, en pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 12

cantidad de consumo	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-más de 4 vasos/día	0	0%
b-4 vasos/día	0	0%
c-2 vasos/día	1	33,33%
d-menos de 2 vasos/día	2	66,66%
totales	3	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

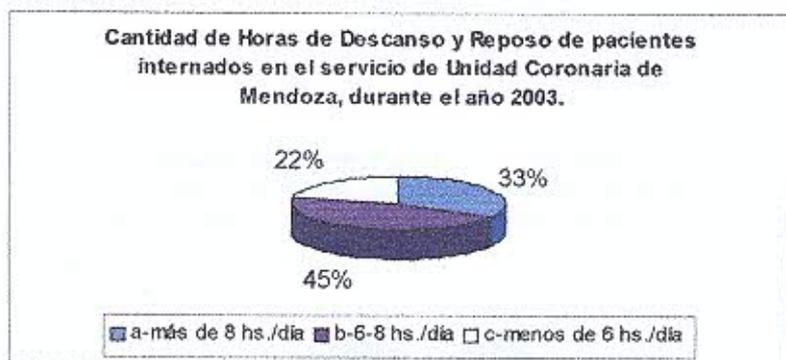
Del 100% de los encuestados la mayor parte de ellos no consumen bebidas alcohólicas. No obstante de los que respondieron que sí consumen bebidas alcohólicas, la cantidad aproximadamente, es de 2 vasos por día. (Ver tablas N° 11y N° 12, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Cantidad de horas de Descanso y reposo, de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 13

cantidad de horas de descanso	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-más de 8 hs./día	6	33,33%
b-6-8 hs./día	8	44,44%
c-menos de 6 hs./día	4	22,22%
totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Dentro de los hábitos de reposo la mayoría descansan entre 6-8 horas por día. Que es lo estipulado normal y necesario para un adulto joven. (Ver tabla Nº 13 y su gráfico).

D) HÁBITOS EN EL CUIDADOS DE LA SALUD

TÍTULO: "Pacientes según frecuencia de control diario de la Tensión Arterial, internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 14

frecuencia de control de la TA	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-2 veces / día	4	22,22%
b-1 vez / día	3	16,66%
c-cada 2 días	1	5,55%
d-1 vez / semana	8	44,44%
e-nunca	2	11,11%
Totales	18	99,98%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

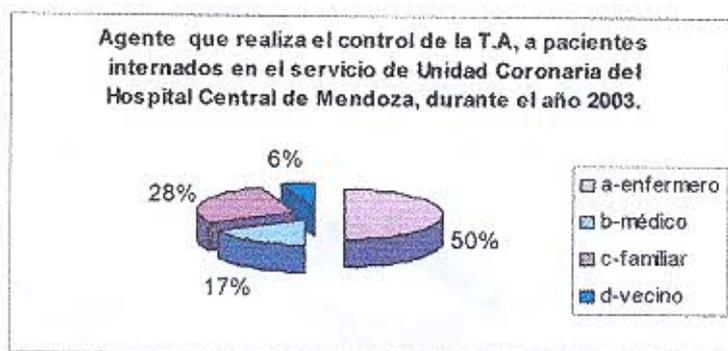
De los encuestados la mayoría de ellos se controlan la Tensión Arterial 1 vez por semana, que confrontada a la teoría es un control escaso ya que se recomiendan 2 controles diarios o por lo menos 1 control por día. Dentro del control de la Tensión Arterial, el mayor porcentaje corresponde al personal de enfermería quien realiza dicho control en forma ambulatoria. (Ver tabla N° 14 y N° 15).

TÍTULO: "Agente que realiza el control de la Tensión Arterial, a pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 15

profesional que realiza el control de TA	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-enfermero	9	50%
b-médico	3	16,66%
c-familiar	5	27,77%
d-vecino	1	5,55%
Totales	18	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

De los encuestados la mayoría de ellos se controlan la Tensión Arterial 1 vez por semana, que confrontada a la teoría es un control escaso ya que se recomiendan 2 controles diarios o por lo menos 1 control por día. Dentro del control de la Tensión Arterial, el mayor porcentaje corresponde al personal de enfermería quien realiza dicho control en forma ambulatoria. (Ver tabla N° 14 y N° 15).

TÍTULO: "Frecuencia de control de peso de pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003"

TABLA N° 16

frecuencia de control de peso	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-todos los días	2	11,11%
b-1 vez/semana	9	50%
c-cada 3 meses	6	33,33%
d-1 vez/año	0	0%
e-nunca	1	5,55%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

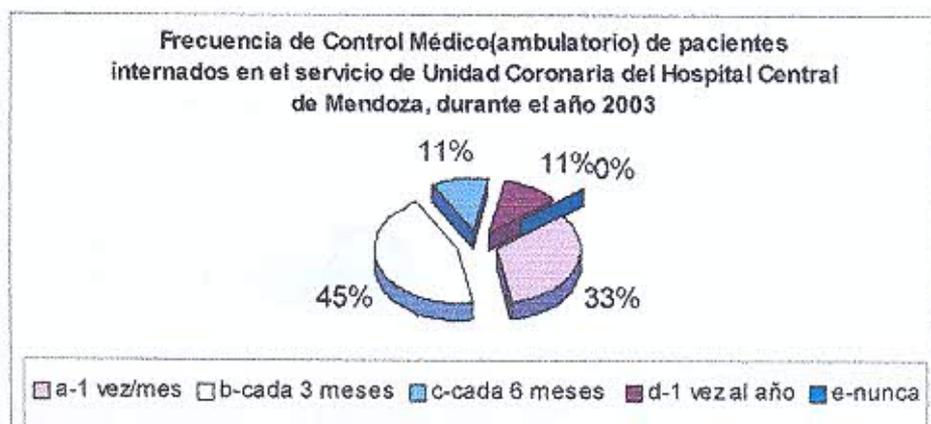
Sobre el 100% de los encuestados, la mayoría de ellos refieren controlarse el peso 1 vez por semana. (Ver tabla N° 16 y su gráfico).

TÍTULO: "Frecuencia de control médico (ambulatorio) de pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 17

control médico	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-1 vez/mes	6	33,33%
b-cada 3 meses	8	44,44%
c-cada 6 meses	2	11,11%
d-1 vez al año	2	11,11%
e-nunca		0%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

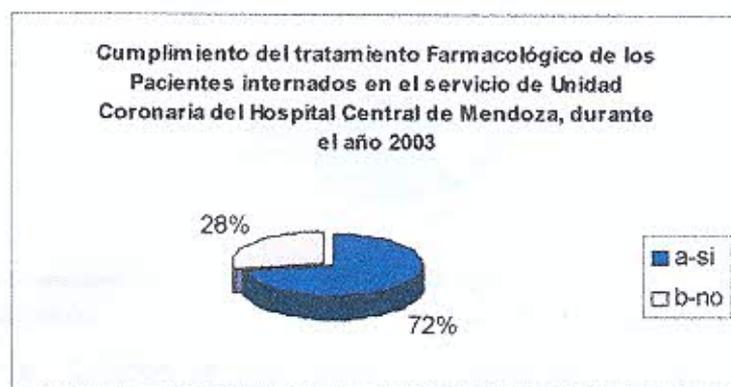
También el mayor porcentaje manifestaron que acuden a los controles médicos cada 3 meses, sin embargo ante la teoría, se recomienda, el control de peso se debe realizar una vez por día, y el control médico se debe efectuar una vez por mes.(Ver tabla N° 17).

TÍTULO: "Cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 18

cumplimiento de la medicación prescrita	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-si	13	72,22%
b-no	5	27,77%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

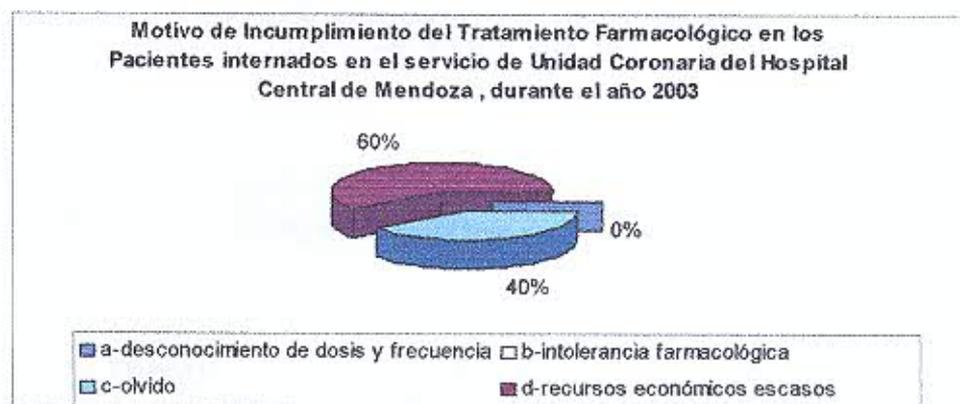
La mayoría de los pacientes encuestados tienen tratamiento farmacológico y cumplen con dicho tratamiento. De aquellos que respondieron que no cumplen con el tratamiento medicamentoso, el motivo y causa del incumplimiento es por la falta de accesibilidad a los medicamentos ya que no constan con los recursos económicos, y en una menor de ellos es por olvido del tratamiento. (Ver tabla N° 18 y N° 19 con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Motivo de incumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 19

motivo de incumplimiento de la medicación	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-desconocimiento de dosis y frecuencia	0	0%
b-intolerancia farmacológica	0	0%
c-olvido	2	40%
d-recursos económicos escasos	3	60%
Totales	5	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

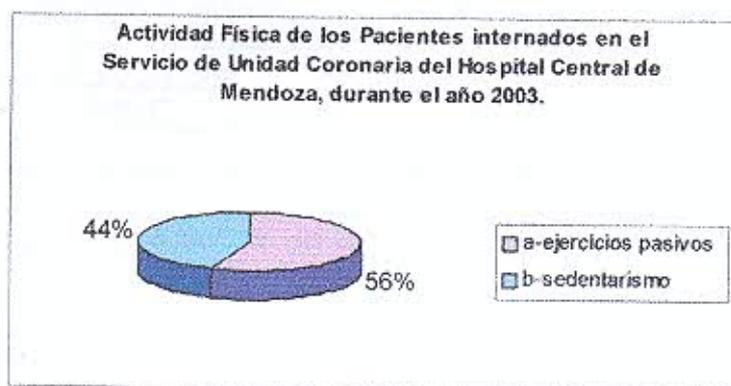
La mayoría de los pacientes encuestados tienen tratamiento farmacológico y cumplen con dicho tratamiento. De aquellos que respondieron que no cumplen con el tratamiento medicamentoso, el motivo y causa del incumplimiento es por la falta de accesibilidad a los medicamentos ya que no constan con los recursos económicos, y en una menor de ellos es por olvido del tratamiento. (Ver tabla N° 18 y N° 19 con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Actividad física de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 20

actividad física	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-ejercicios pasivos	10	55,55%
b-sedentarismo	8	44,44%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Del 100% de los encuestados, la mayoría de los pacientes tienen una rutina de ejercicios y actividad física pasiva. (Ver tabla Nº 20).

DATOS SUSTANTIVOS

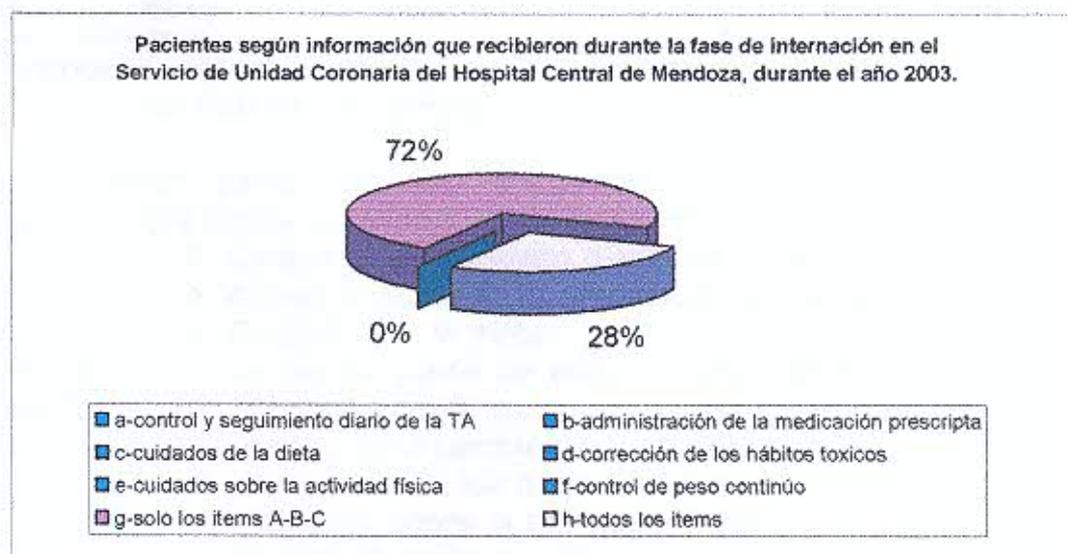
E) TIPO Y FUENTE DE INFORMACIÓN

TÍTULO: "Pacientes según información que recibieron durante la fase de internación en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 21

información de cuidados (al paciente)	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-control y seguimiento diario de la TA		0%
b-administración de la medicación prescrita	0	0%
c-cuidados de la dieta	0	0%
d-corrección de los hábitos tóxicos	0	0%
e-cuidados sobre la actividad física	0	0%
f-control de peso continuo	0	0%
g-solo los ítems A-B-C	13	72,00%
h-todos los ítems	5	28,00%
Totales	18	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



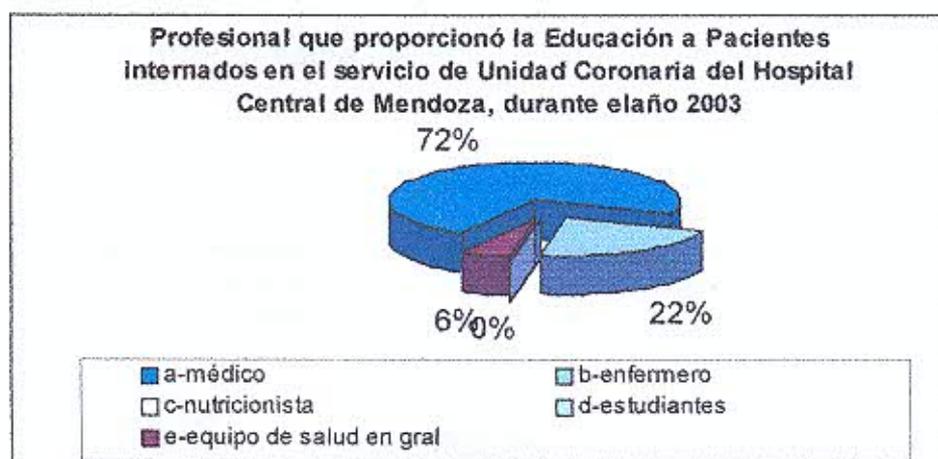
Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

TÍTULO: "Profesional que proporcionó la educación a los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 22

profesional que brindo educación	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a-médico	13	72,22%
b-enfermero	4	22,22%
c-nutricionista		0%
d-estudiantes		0%
e-equipo de salud en general	1	5,55%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

La mayor parte de los encuestados manifestaron recibir información sobre de los cuidados, específicamente de:

- ❖ Control y seguimiento diario de la TA
- ❖ Administración de la medicación prescrita y de los
- ❖ Cuidados en la dieta.

Sin embargo un menor parte de ellos contestaron que recibieron toda la información con respecto a los cuidados, no solamente de estos tres ítems ya mencionados, sino también acerca de:

- ❖ Corrección de los hábitos tóxicos,
- ❖ Cuidados sobre la actividad física y
- ❖ Control de peso diario.

La mayor parte de la información recibida por pacientes, acerca de los cuidados terapéuticos, fue otorgada por el profesional médico. (Ver tablas N° 21 y N° 22, con respectivos sus gráficos).

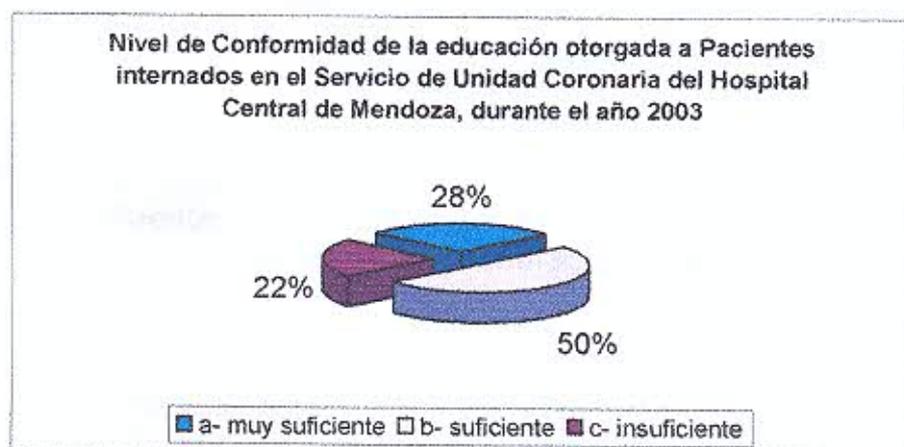
F) NIVEL DE CONFORMIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TÍTULO: "Nivel de conformidad de la educación otorgada a pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 23

nivel de satisfacción de la educación	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- muy suficiente	5	27,77%
b- suficiente	9	50%
c- insuficiente	4	22,22%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



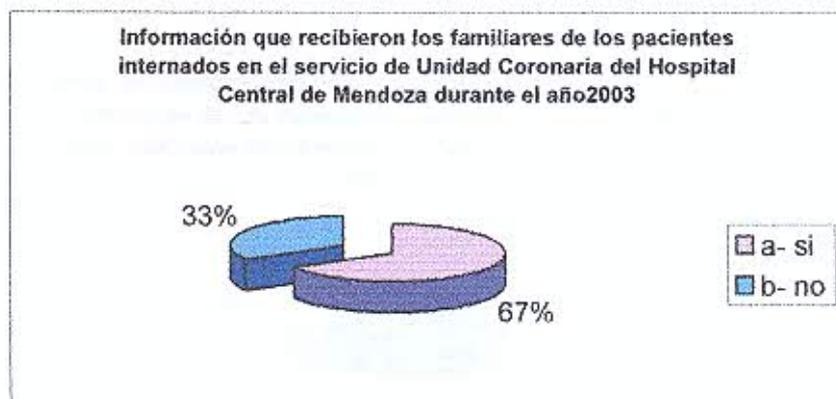
Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

TÍTULO: "Información que recibieron los familiares de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 24

información de cuidados (a la familia)	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- si	12	66,66%
b- no	6	33,33%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Quando se encuestó acerca del nivel de conformidad y satisfacción de la educación brindada, la mayoría contestó que le pareció suficiente; sin embargo, cuando se les preguntó si se les brindó información a sus familiares, la mayor parte refirieron que sí les fue otorgada información acerca de los cuidados terapéuticos. También manifestaron y contestaron que la información fue insuficiente para los familiares. (Ver tablas N° 23, N° 24 y N° 25, con sus respectivos gráficos).

TÍTULO: "Nivel de conformidad de la información que recibieron los familiares de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria, del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 25

nivel de satisfacción (de la familia)	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- muy suficiente	0	0%
b- suficiente	4	33,33%
c- insuficiente	8	66,66%
Totales	12	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Cuando se encuestó acerca del nivel de conformidad y satisfacción de la educación brindada, la mayoría contestó que le pareció suficiente; sin embargo, cuando se les preguntó si se les brindó información a sus familiares, la mayor parte refirieron que sí les fue otorgada información acerca de los cuidados terapéuticos. También manifestaron y contestaron que la información fue insuficiente para los familiares. (Ver tablas N° 23, N° 24 y N° 25, con sus respectivos gráficos).

G) CONTENCIÓN FAMILIAR

TÍTULO: "Contención familiar que reciben los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria, del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 26

apoyo familiar en el tratamiento	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- si	14	77,77%
b- no	4	22,22%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



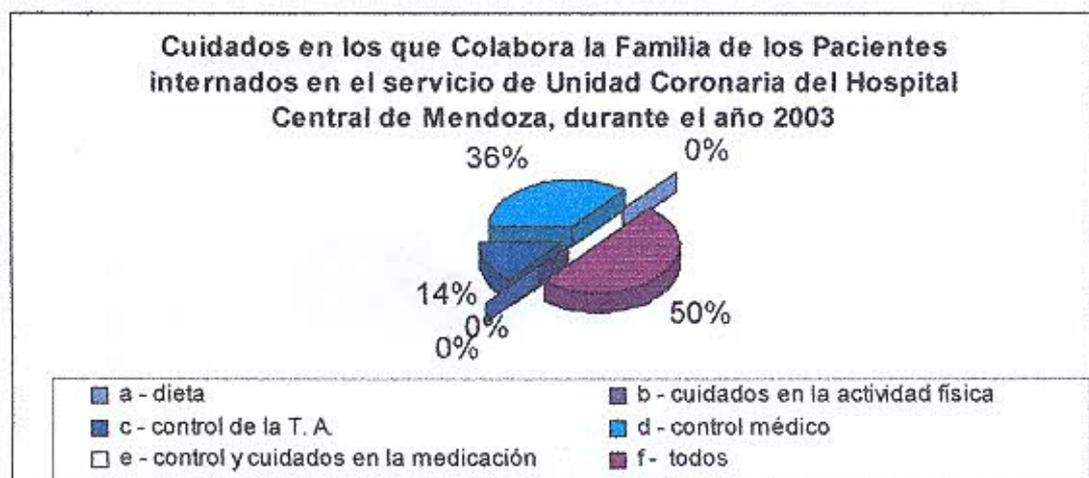
Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

TÍTULO: "Cuidados en los que colabora la familia de los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria, del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 27

cuidados en los que colabora la familia	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a - dieta	0	0%
b - cuidados en la actividad física	0	0%
c - control de la T. A.	2	14%
d - control médico	5	36%
e - control y cuidados en la medicación	0	0%
f - todos	7	50%
totales	14	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Del 100% de los encuestados, la mayor parte de ellos contestaron que reciben el apoyo y contención por parte de su familia; la mayoría contestó que reciben colaboración en los cuidados de:

- ❖ Dieta,
- ❖ Cuidados en la Actividad física,
- ❖ Control de la Tensión Arterial,
- ❖ Control periódico médico y en el
- ❖ Cuidado de la medicación prescrita.

(Ver tablas Nº 26 y Nº 27 con sus respectivos gráficos).

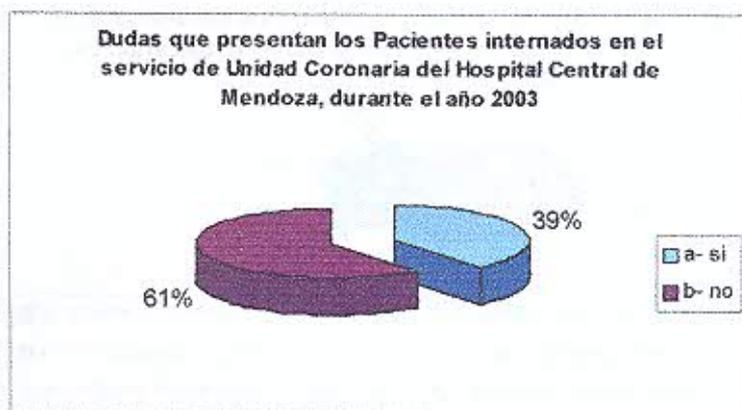
H) DUDAS PRESENTES

TÍTULO: "Dudas que presentan los pacientes Internados en el servicio de Unidad Coronaria, del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA Nº 28

dudas acerca de su enfermedad y tratamiento	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- si	7	38,88%
b- no	11	61,11%
Totales	18	99,99%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



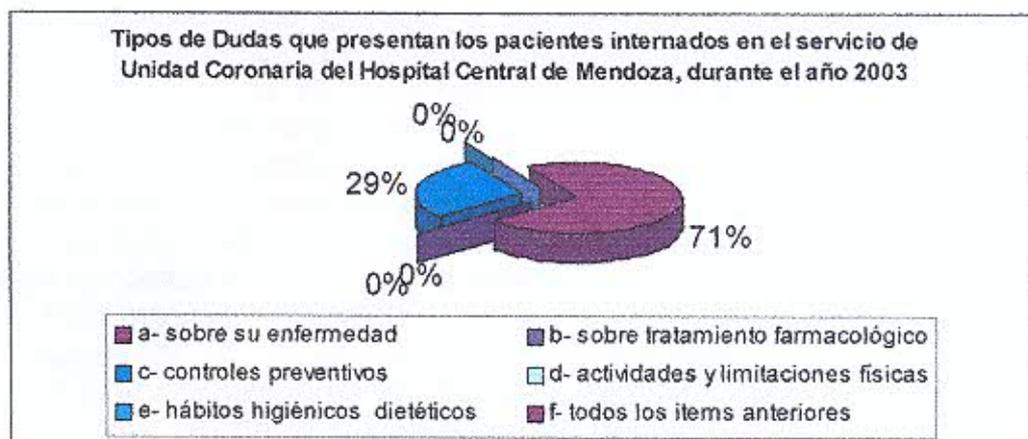
Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

TÍTULO: "Tipos de dudas que presentan los pacientes internados en el servicio de Unidad Coronaria, del Hospital Central de Mendoza, durante el año 2003".

TABLA N° 29

tipos de dudas	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
a- sobre su enfermedad	0	0%
b- sobre tratamiento farmacológico	0	0%
c- controles preventivos	2	29%
d- actividades y limitaciones físicas	0	0%
e- hábitos higiénicos dietéticos	0	0%
f- todos los ítems anteriores	5	71%
totales	7	100%

De elaboración propia sobre la base de datos extraídos de la Matriz de Encuestas.



Fuente: Gráfico de elaboración propia sobre la base de tablas de elaboración propia.

Del 100% de los encuestados, la mayoría de ellos respondieron que no poseen dudas acerca de su enfermedad y del tratamiento correspondiente. No obstante aquellos que respondieron que tienen dudas, los temas sobre los que más presentan dudas, son acerca de:

- ❖ Su enfermedad,
- ❖ Tratamiento farmacológico,
- ❖ Controles preventivos,
- ❖ Actividades y limitaciones físicas,
- ❖ Hábitos higiénicos dietéticos (tóxicos y dieta)

(Ver tablas N° 28 y N° 29, con sus respectivos gráficos).

CONCLUSIÓN

Mediante el método de investigación utilizado en este trabajo, se observa que la educación que brindó la enfermera de unidad coronaria del Hospital Central hacia el paciente, con diagnóstico de aneurisma o disección aórtica y su familia; durante su internación en el año 2003, fue de manera escasa (22,22%). Solo un bajo porcentaje de los ptes encuestados (20% =4 personas) afirmaron que fue la enfermera quien le otorgó la información.

Al haber definido el papel y la importancia que cumple la enfermería, como agente de promoción y prevención de salud; y al no verse reflejada de manera significativa en esta investigación; se deduce que la mayoría de las enfermeras no se pudo tomar el tiempo y proporcionar el ambiente adecuado para la educación al paciente.

Durante la fase de internación, el principal educador dentro del equipo de salud, fue el médico cardiólogo tratante (72,22% de los ptes contestaron esto). El, es quien se toma un tiempo oportuno antes de proporcionar el alta médica y le explica al enfermo y a su familia sobre la importancia de los cuidados del tratamiento, del control y el seguimiento médico, así como también la importancia de la toma de la Tensión Arterial y de los cambios de hábitos nocivos necesarios de corrección.

Quedando estos satisfechos en la educación recibida muy suficiente (27,77%), con la educación suficiente el 50%; y solo un bajo porcentaje (22,22%) contestaron que recibieron una educación insuficiente. Estos valores favorecen la colaboración del pte y de su familia, en el seguimiento y en el tratamiento de la su enfermedad. Siendo esto imprescindible para un tratamiento ambulatorio eficaz, como se detalló en el marco teórico: la importancia de los controles, de los cuidados alimenticios, la limitación física, y otros.

Podemos ver que la mayoría de los pacientes aceptan y siguen el tratamiento de manera continúa y comprometida (72%); contando con la colaboración y contención de su familia (78%). Esto implica que la toma de conciencia en el núcleo familiar permite una evolución favorable y un mantenimiento de la enfermedad para el paciente, con bajos riesgos de complicaciones.

De los enfermos que no cumplen con el tratamiento prescripto (solo el 28%), deducimos que el principal inconveniente que causa el incumplimiento en la administración de la medicación, es el escaso recurso económico (60%). Los demás pacientes lo aducen al olvido de la toma de estos (40%). Complicando de esta forma el tratamiento de la enfermedad.

Según se establece, es de gran importancia el cumplimiento de la medicación prescripta; ya que esta es la que mantiene la TA dentro de los valores deseados para el enfermo (antihipertensivos), evita el mal descanso y stress (miorrelajantes y/o sedantes),

Antiplaquetarios, analgésicos (aspirineta, AAS) y demás efectos necesarios para evitar complicaciones y secuelas.

De estos enfermos, solo el 22,22% realizan el control de la TA dos veces por día (que es lo recomendado); así como también hay aquellos que nunca respetan la dieta hiposódica (33,33%), o los que continúan fumando (33,33%). Llevan vida sedentaria, provocando el exceso de peso el 44,44% de los pacientes; y no cumplen con las horas de descanso recomendadas (que son más de 8 hs por día) el 66,66% del total de los encuestados.

De esta manera se hace notar que el paciente no puede y/o "no quiere" cumplir con el tratamiento prescripto; aún padeciendo de antecedentes hereditarios (que solo eran el 27,77% de ellos); y así ponen en desgaste psicofísico económico a su ser, su familia y a la institución prestadora de servicio; pudiendo haber sido esto evitable.

Se entiende que, los enfermos que deben ser reinternados, complican de manera significativa su patología (que de por sí es muy delicada); dejando secuelas, afectando a la armonía de su salud y hasta ponerlo en riesgo de muerte.

Cabe destacar que por medio de las encuestas, se observa una importante alteración en el aspecto socioeconómico de todos los integrantes de la familia; debido al costo que implica el tratamiento del enfermo; en cuanto a su plan de alimentación, medicación, controles, estudios, etc....Además de la alteración de los roles dentro del núcleo familiar ocasionado por el esfuerzo físico limitado del enfermo, y a los necesarios cambios de hábitos de vida que debe corregir el paciente.

Concluimos en que una adecuada y oportuna educación de parte del equipo de salud (y en importante forma de la enfermera); hacia los enfermos coronarios y a su familia; en cuanto a la importancia del tratamiento, del seguimiento de los controles necesarios y de la corrección de hábitos de vida; durante su fase de primera internación del mismo y, además, una comprensión y una respuesta comprometida de parte del paciente y de su familia con respecto al cumplimiento del tratamiento de la enfermedad; es fundamental para evitar la reinternación de los mismos, y prevenir complicaciones y/o secuelas que pondrían en riesgo la vida del enfermo. Además de disminuir los trastornos ocasionados y de los gastos económicos innecesarios que afectan a la familia y la institución.

"Cuidar la salud de uno y de los demás, es quererse a sí mismo."

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN N° 1:

Crear un **protocolo** en el servicio, destinado a la educación que debe recibir un paciente antes del alta médica. Con la participación y opinión de todos los integrantes del equipo de salud; unificando criterios y acciones al respecto.

Aunque es sabido, que el rol de todo profesional de la salud implica la promoción y prevención de la salud a la comunidad; es necesario el trabajo en conjunto con los pares, para una mejor armonía de trabajo y una satisfactoria educación al enfermo y su familia.

RECOMENDACIÓN N° 2:

Crear un **grupo de trabajo**, con fines educativos. Estableciendo objetivos que aseguren una adecuada y satisfactoria enseñanza hacia el paciente y su familia. Diagramando semanalmente por lo menos a un enfermero que acompañe al médico cardiólogo y otros profesionales del equipo de salud en su respectivos momentos de enseñanza; que por lo general, esta se realiza antes del alta médica, y durante horarios de la mañana o de la tarde.

Realizando esta educación frente a la familia del paciente, donde cada uno pueda evacuar cualquier inquietud o duda que se les presente.

Proporcionando el tiempo y el ambiente adecuado para que esta acción se realice sin molestias ni apuros.

Aunque es conocida la necesidad de mayor personal de enfermería en el servicio, y la alta demanda de trabajo; el esfuerzo unido del equipo de salud para educar durante el período de internación; reduciría en gran manera el reingreso de estos, evitando así también las complicaciones de la enfermedad.

RECOMENDACIÓN N° 3:

Redactar a través de investigaciones y con la colaboración y participación de todo el equipo de salud, un **folleto explicativo** e informativo acerca de la patología del aneurisma y/o disección aórtica. Desarrollando su fisiopatología, conductas terapéuticas, su tratamiento la importancia de la necesidad de corrección de hábitos de vida, y seguimiento de controles médicos y de peso y Tensión Arterial después de su interacción.

Esta acción sería educar de manera indirecta al enfermo y a su familia, pero solucionaría de forma importante, el insuficiente tiempo que la enfermera tiene para esta acción. Así ella y el resto del equipo de salud solo aclararía las dudas o cuestionamientos que se presenten en el enfermo y su familia después de que estos hayan leído el folleto.

Ventajas de esta propuesta:

- Económico y accesible a toda persona.
- Informador visual, que a través de gráficos y léxico adecuado, sería de fácil comprensión.
- Folleto que sería fácil de transportar, y de colocar en lugares visibles dentro del hogar.
- Proporcionaría detalladamente los cuidados necesarios del tratamiento.
- Fijará visualmente y de manera ordenada, a través de cuadros, los horarios de la toma de medicamentos, controles de peso y TA, fecha de control médico, etc.
- Redactaría el plan de dieta adecuado para el tratamiento.
- Proporcionaría direcciones de hospitales y de centros de salud y además teléfonos de urgencias.
- Facilitaría en tiempo y forma, la educación y prevención que debe proporcionar el equipo de salud.
- Mejoraría la comunicación dentro del equipo de salud.
- Unificaría criterios y terapéuticas.

A N E X O S

ENCUESTA REALIZADA AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Marque con una X la respuesta:

DATOS DE BASE

1) DATOS PERSONALES

1) A) EDAD

1) A- a) 30 - 40 años

1) A- b) 41 - 50 años

1) A- c) 51---60 años

1) A- d) mayor de 60 años

1) B) SEXO

1) B- a) femenino

1) B- b) masculino

1) C) OCUPACIÓN

1) C- a) desempleado

1) C- b) empleado

1) D) NIVEL DE ESCOLARIDAD

1) D- a) primaria completa

1) D- b) primaria incompleta

1) D- c) secundaria completa

1) D- d) secundaria incompleta

1) D- e) nivel terciario completo

1) D- f) nivel terciario incompleto

1) D- g) universitario completo

1) D- h) universitario incompleto

2) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

2) A) CONOCIMIENTO SI PRESENTA ENFERMEDADES HEREDOFAMILIARES

2) A- a) si

2) A- b) no

2) B) EMFERMEDADES HEREDITARIAS

2) B- a) cardiopatías

2) B- b) diabetes

2) B- c) cáncer

2) B- d) neuropatía

2) B- e) TBC

2) B- f) enfermedades psiquiátricas

2) B- g) otros

3) HÁBITOS HIGIÉNICOS Y DIETÉTICOS

3) A) DIETOTERÁPIA

- 3) A- a) dieta general / mixta
- 3) A- b) dieta hipo sódica (sin sal)
- 3) A- c) dieta hipersódica (con sal)
- 3) A- e) dieta hipocalórica (sin grasas)
- 3) A- f) dieta hipercalórica (con grasas)

3) B) CUMPLIMIENTO DE LA DIETOTERAPIA

- 3) B- a) siempre
- 3) B- b) casi siempre
- 3) B- c) nunca

3) C) FUMA

- 3) C- a) si
- 3) C- b) no

3) D) CANTIDAD DE CONSUMO

- 3) D- a) 2 o mas paquetes de cigarrillos / día
- 3) D- b) 1 paquete de cigarrillos por / día
- 3) D- c) 5 cigarrillos / día
- 3) D- d) menos de 5 cigarrillos / día

3) E) TOMA ALCOHOL

- 3) E- a) si
- 3) E- b) no

3) F) CANTIDAD DE CONSUMO

- 3) F- a) mas de 4 vasos por día
- 3) F- b) 4 vasos por día
- 3) F- c) 2 vasos por día
- 3) F- d) menos de 2 vasos por día

3) G) HORAS DE DESCANSO

- 3) G- a) mas de 8 horas por día
- 3) G- b) de 6 a 8 hs por día
- 3) G- c) menos de 6 hs por día

4) HÁBITOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

4) A) CONTROL DE LA TA

- 4) A- a) 2 veces por día
- 4) A- b) 1 vez por día
- 4) A- c) cada 2 días
- 4) A- d) 1 vez por semana
- 4) A- e) nunca

4) B) PERSONA QUE CONTROLA LA TA

- 4) B- a) enfermero
- 4) B- b) médico
- 4) B- c) familiar
- 4) B- d) vecino

4) C) CONTROL DE PESO

- 4) C- a) todos los días
- 4) C- b) 1 vez por semana
- 4) C- c) cada 3 meses
- 4) C- d) 1 vez al año
- 4) C- e) nunca

4) D) CONTROL MÉDICO

- 4) D- a) 1 vez por mes
- 4) D- b) cada 3 meses
- 4) D- c) cada 6 meses
- 4) D- d) 1 vez al año
- 4) D- e) nunca

4) E) MEDICACIÓN- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- 4) E- a) si
- 4) E- b) no

4) F) MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

- 4) F- a) por que no sabe cuando, cuanto ni como tomarla
- 4) F- b) por que no tolera bien la medicación
- 4) F- c) por que se olvida de tomar la medicación
- 4) F- e) recursos económicos escasos

4) G) ACTIVIDAD FÍSICA

- 4) G- a) ejercicios pasivos (laborales)
- 4) G- b) sedentarismo (no realiza ejercicios)

5) TIPO Y FUENTE DE INFORMACIÓN

5) A) TIPO DE INFORMACIÓN

- 5) A- a) control y seguimiento diario de la TA
- 5) A- b) administración de la medicación prescrita
- 5) A- c) cuidados de la dieta prescrita
- 5) A- d) corrección de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol)
- 5) A- e) cuidados sobre la actividad física limitada
- 5) A- f) control de peso continuo
- 5) A- g) solo los ítems a), b) y c)
- 5) A- h) todos los ítems

- 5) B) FUENTE DE INFORMACIÓN
- 5) B- a) médico
- 5) B- b) enfermero
- 5) B- c) nutricionista
- 5) B- d) estudiantes
- 5) B- e) equipo de salud en general

6) NIVEL DE CONFORMIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6) A) NIVEL DE CONFORMIDAD

- 6) A- a) muy suficiente
- 6) A- b) suficiente
- 6) A- c) insuficiente

6) B) INFORMACIÓN AL FAMILIAR

- 6) B- a) si
- 6) B- b) no

6) C) NIVEL DE CONFORMIDAD (FAMILIAR)

- 6) C- a) muy suficiente
- 6) C- b) suficiente
- 6) C- c) insuficiente

7) CONTENSIÓN FAMILIAR

7) A) COLABORACIÓN FAMILIAR

- 7) A- a) si
- 7) A- b) no

7) B) CUIDADOS EN LOS QUE COLABORA LA FAMILIA

- 7) B- a) dieta—alimentación
- 7) B- b) control de cuidados en la actividad física
- 7) B- c) control diario de la TA
- 7) B- d) control periódico médico
- 7) B- e) control y cuidado de la toma de medicamentos (horarios, dosis)
- 7) B- f) todos

8) DUDAS PRESENTES Y NECESIDAD DE ACLARACIÓN

8) A) TIENE DUDAS

- 8) A- a) si
- 8) A- b) no

8) B) TEMAS SOBRE LOS QUE PRESENTA DUDAS

- 8) B- a) a su enfermedad
- 8) B- b) a su tratamiento farmacológico
- 8) B- c) controles preventivos
- 8) B- d) actividades y limitaciones físicas
- 8) B- e) hábitos higiénicos- dietéticas (tóxico-dieta)
- 8) B- f) todos los anteriores

MATRIZ DE DATOS REALIZADA SOBRE LA BASE DE DATOS DE 18 ENCUESTAS EFECTUADAS A PACIENTES QUE ESTUVIERON INTERNADOS EN EL SERVICIO DE UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL CENTRAL, DE MENDOZA ARGENTINA, DURANTE EL AÑO 2003.

N° de pacientes encuestados	DATOS PERSONALES											ANTECEDENTES HEREDITARIOS												
	E D A D E S			S E X O			O C U P A C I O N			N I V E L D E E S C O L A R I D A D					P r e s e n t a A n t.			E n f e r m e d a d e s						
	1Aa	1Ab	1Ac	1Ad	1Aa	1Ba	1Bb	1Ca	1Cb	1Da	1Db	1Dc	1Dd	1De	1Df	1Dg	1Dh	1Di	2Aa	2Ab	2Ba	2Bb	2Bc	2Bd
1	*				*			*			*									*				
2			*			*		*												*				
3	*					*		*												*				
4		*				*		*	*										*		*			
5		*				*		*			*								*	*				
6				*				*											*	*				
7				*				*				*							*	*				
8		*				*		*			*								*	*				
9				*		*		*			*								*	*	*			
10		*				*		*			*								*	*				
11			*			*		*			*								*	*				
12			*			*		*			*		*						*	*			*	
13			*			*		*			*								*	*	*			
14				*		*		*			*								*	*				
15				*		*		*			*					*			*	*				
16				*		*		*			*								*	*				
17				*		*		*			*								*	*				
18				*		*		*			*		*						*	*			*	
TOTAL	1	5	5	7	7	11	10	8	1	5	8	0	3	0	1	0	0	5	13	3	1	1	0	

		H A B I T O S										H I G I E N I C O S -										D I E T E T I C O S (T O X I C O S -					D I E T A						
		D I E T O T E R A P I A					C U M P L E C O N L A D I E T A					F U M A					C A N T I D A D					A L C O H O L I S M O					C A N T I D A D					H O R A S	
		3Aa	3Ab	3Ac	3Ad	3Ae	3Ba	3Bb	3Bc	3Ca	3Cb	3Da	3Db	3Dc	3Dd	3Ea	3Eb	3Fa	3Fb	3Fc	3Fd	3Ga											
editarias	2Bg		*			*	*		*	*							*					*											
		*				*	*		*	*		*			*		*				*												
			*					*	*	*			*				*					*											
		*						*	*	*			*				*					*											
			*					*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											
								*	*	*			*				*					*											

DE DESCANSO		HABITOS EN LOS CUIDADOS DE LA SAL												MED												
3Gb	3Gc	CONTROL DE LA T.A.					Profesional que toma TA					CONTROL DE PESO					CONTROL MEDICO		4E							
		4Aa	4Ab	4Ac	4Ad	4Ae	4Ba	4Bb	4Bc	4Bd	4Ca	4Cb	4Cc	4Cd	4Ce	4Da	4Db	4Dc		4Dd						
*	*		*		*											*									*	
																						*				*
	*				*					*							*									*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*						*										*
*	*		*		*					*					</											

A N T I V O S

CONFORMIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN OTORGADA		CONTENCIÓN				FAMILIAR						DUDAS PRE				
CONFORMIDAD		Información a los Familiares		Nivel de conformidad		Colaboración Familiar		Cuidados en los que colabora la familia						DUDAS		
6Ab	6Ac	6Ba	6Bb	6Ca	6Cb	6Cc	7Aa	7Ab	7Ba	7Bb	7Bc	7Bd	7Be	7Bf	8Aa	8Ab
*		*				*	*							*		*
*		*			*		*							*		*
*		*				*	*	*			*				*	
*	*	*	*			*	*					*		*		*
*	*	*	*		*		*					*		*		*
*	*	*	*			*	*	*			*			*		*
*	*	*	*		*		*	*			*			*		*
*	*	*	*		*		*	*			*			*		*
9	4	12	6	0	4	8	14	4	0	0	2	5	0	7	7	11

DATOS DE BASE1) DATOS PERSONALES

1) A) EDAD

1) A- a) 30 - 40 años

1) A- b) 41 - 50 años

1) A- c) 51—60 años

1) A- d) mayor de 60 años

1) B) SEXO

1) B- a) femenino

1) B- b) masculino

1) C) OCUPACIÓN

1) C- a) desempleado

1) C- b) empleado

1) D) NIVEL DE ESCOLARIDAD

1) D- a) primaria completa

1) D- b) primaria incompleta

1) D- c) secundaria completa

1) D- d) secundaria incompleta

1) D- e) nivel terciario completo

1) D- f) nivel terciario incompleto

1) D- g) universitario completo

1) D- h) universitario incompleto

2) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

2) A) CONOCIMIENTO SI PRESENTA

ENFERMEDADES HEREDO- FAMILIARES

2) A- a) si

2) A- b) no

2) B) ENFERMEDADES HEREDITARIAS

2) B- a) cardiopatías

2) B- b) diabetes

2) B- c) cáncer

2) B- d) neuropatía

2) B- e) TBC

2) B- f) enfermedades psiquiátricas

2) B- g) otros

3) HÁBITOS HIGIÉNICOS Y DIETÉTICOS

3) A) DIETOTERAPIA

3) A- a) dieta general / mixta

3) A- b) dieta hipo sódica (sin sal)

3) A- c) dieta hipersódica (con sal)

3) A- e) dieta hipocalórica (sin grasas)

3) A- f) dieta hipercalórica (con grasas)

3) B) CUMPLIMIENTO DE LA DIETOTERAPIA

3) B- a) siempre

3) B- b) casi siempre

3) B- c) nunca

3) C) FUMA

3) C- a) si

3) C- b) no

3) D) CANTIDAD DE CONSUMO

3) D- a) 2 o mas paquetes de cigarrillos / día

3) D- b) 1 paquete de cigarrillos por / día

3) D- c) 5 cigarrillos / día

- 3) D- d) menos de 5 cigarrillos / día
- 3) E) TOMA ALCOHOL
- 3) E- a) si
- 3) E- b) no
- 3) F) CANTIDAD DE CONSUMO
- 3) F- a) mas de 4 vasos por día
- 3) F- b) 4 vasos por día
- 3) F- c) 2 vasos por día
- 3) F- d) menos de 2 vasos por día
- 3) G) HORAS DE DESCANSO
- 3) G- a) mas de 8 horas por día
- 3) G- b) de 6 a 8 hs por día
- 3) G- c) menos de 6 hs por día
- 4) HÁBITOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD
- 4) A) CONTROL DE LA TA
- 4) A- a) 2 veces por día
- 4) A- b) 1 vez por día
- 4) A- c) cada 2 días
- 4) A- d) 1 vez por semana
- 4) A- e) nunca
- 4) B) PERSONA QUE CONTROLA LA TA
- 4) B- a) enfermero
- 4) B- b) médico
- 4) B- c) familiar
- 4) B- d) vecino
- 4) C) CONTROL DE PESO
- 4) C- a) todos los días
- 4) C- b) 1 vez por semana
- 4) C- c) cada 3 meses
- 4) C- d) 1 vez al año
- 4) C- e) nunca
- 4) D) CONTROL MÉDICO
- 4) D- a) 1 ves por mes
- 4) D- b) cada 3 meses
- 4) D- c) cada 6 meses
- 4) D- d) 1 vez al año
- 4) D- e) nunca
- 4) E) MEDICACIÓN- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
- 4) E- a) si
- 4) E- b) no
- 4) F) MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN
- 4) F- a) por que no sabe cuando, cuanto ni como tomarla
- 4) F- b) por que no tolera bien la medicación
- 4) F- c) por que se olvida de tomar la medicación
- 4) F- e) recursos económicos escasos
- 4) G) ACTIVIDAD FÍSICA
- 4) G- a) ejercicios pasivos (laborales)
- 4) G- b) sedentarismo (no realiza ejercicios)
- 5) TIPO Y FUENTE DE INFORMACIÓN
- 5) A) TIPO DE INFORMACIÓN
- 5) A- a) control y seguimiento diario de la TA
- 5) A- b) administración de la medicación prescrita
- 5) A- c) cuidados de la dieta prescrita

- 5) A- d) corrección de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol)
- 5) A- e) cuidados sobre la actividad física limitada
- 5) A- f) control de peso continuo
- 5) A- g) solo los ítems a), b) y c)
- 5) A h) todos los ítems.
- 5) B) FUENTE DE INFORMACIÓN
- 5) B- a) médico
- 5) B- b) enfermero
- 5) B- c) nutricionista
- 5) B- d) estudiantes
- 5) B- e) equipo de salud en general
- 6) NIVEL DE CONFORMIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN
- 6) A) NIVEL DE CONFORMIDAD
- 6) A- a) muy suficiente
- 6) A- b) suficiente
- 6) A- c) insuficiente
- 6) B) INFORMACIÓN AL FAMILIAR
- 6) B- a) si
- 6) B- b) no
- 6) C) NIVEL DE CONFORMIDAD (FAMILIAR)
- 6) C- a) muy suficiente
- 6) C- b) suficiente
- 6) C- c) insuficiente
- 7) CONTENSIÓN FAMILIAR
- 7) A) COLABORACIÓN FAMILIAR
- 7) A- a) si
- 7) A- b) no
- 7) B) CUIDADOS EN LOS QUE COLABORA LA FAMILIA
- 7) B- a) dieta—alimentación
- 7) B- b) control de cuidados en la actividad física
- 7) B- c) control diario de la TA
- 7) B- d) control periódico médico
- 7) B- e) control y cuidado de la toma de medicamentos (horarios, dosis)
- 7) B- f) todos
- 8) DUDAS PRESENTES Y NECESIDAD DE ACLARACIÓN
- 8) A) TIENE DUDAS
- 8) A- a) si
- 8) A- b) no
- 8) B) TEMAS SOBRE LOS QUE PRESENTA DUDAS
- 8) B- a) a su enfermedad
- 8) B- b) a su tratamiento farmacológico
- 8) B- c) controles preventivos
- 8) B- d) actividades y limitaciones físicas
- 8) B- e) hábitos higiénicos- dietéticas (tóxico-dieta)
- 8) B- f) todos los anteriores.

CIRUGÍAS VALVULARES

Material Descartable	Cantidad	P. Unitario	Total
Prolongador arterial	1	\$ 4,99	\$ 4,99
Prolongador venoso	1	\$ 4,99	\$ 4,99
Cera para hueso	1	\$ 5,50	\$ 5,50
Steri Drape con iodopovidona			
90 x 85 (6651)	1	\$ 18,00	\$ 18,00
90 x 45 (6650)	1	\$ 15,00	\$ 15,00
Alambre acerado para esternon	1	\$ 17,33	\$ 17,33
Electrodos de marcapaso epicardico	1	\$ 66,65	\$ 66,65
Surgicel	1	\$ 26,00	\$ 26,00
Llaves de tres vias	1	\$ 1,19	\$ 1,19
Sondas			
Foley	1	\$ 2,93	\$ 2,93
Bosa colectora de orina c/v esc.	1	\$ 3,55	\$ 3,55
K 33	1	\$ 1,20	\$ 1,20
K 224	3	\$ 9,00	\$ 27,00
Abocath N° 20	1	\$ 2,38	\$ 2,38
N° 22	1	\$ 1,60	\$ 1,60
Clips LT 100	5	\$ 22,00	\$ 110,00
Clips LT 200	5	\$ 22,00	\$ 110,00
Descartador sanguineo	2	\$ 6,20	\$ 12,40
Suturas			
Prolene 4-0 RB1	2	\$ 16,82	\$ 33,64
Prolene 3-0 SH	2	\$ 16,82	\$ 33,64
Ethibond 2-0 SH	5	\$ 5,54	\$ 27,70
Ethibond 2-0 c/parche 3x3	8		\$ -
c/parche 3x7	12		\$ -
Vicryl s/aguja 1	1	\$ 7,30	\$ 7,30
Vicryl c/aguja 1	2	\$ 10,50	\$ 21,00
Lino 1	3	\$ 4,20	\$ 12,60
Grapadora para piel metalica	1	\$ 72,00	\$ 72,00
Hojas de bisturi			
N° 24	2	\$ 0,23	\$ 0,46
N° 15	1	\$ 0,62	\$ 0,62
N° 11	1	\$ 0,56	\$ 0,56
Agujas			
25/8	3	\$ 0,09	\$ 0,27
25/5	1	\$ 0,08	\$ 0,08
30/12	1	\$ 0,17	\$ 0,17
Jeringas			
10 cc	3	\$ 0,28	\$ 0,84
20 cc	1	\$ 0,64	\$ 0,64
Solucion fisiologica	6	\$ 0,92	\$ 5,52
Drogas			
Heparina	1	\$ 5,90	\$ 5,90
Cefalotina	1	\$ 4,72	\$ 4,72
			\$ 658,37
Mat. a utilizar en Circulación Extracorporea			
Drogas			
14 DEXAMETASONA	1	\$ 0,89	\$ 0,89
2 ADRENALINA	1	\$ 0,59	\$ 0,59

7	ATROPINA	2	\$	0,57	\$	1,14
22	FUROSEMIDA	2	\$	0,44	\$	0,88
25	HEPARINA SODICA	1	\$	5,90	\$	5,90
8	BICARBONATO NA	2	\$	3,57	\$	7,14
65	CLORURO DE POTASIO	20	\$	0,32	\$	6,40
66	SULFATO DE MAGNESIO	2	\$	3,08	\$	6,16
68	MANITOL 15%	1	\$	3,96	\$	3,96
84	HAEMACEL 3,5%	2	\$	38,10	\$	76,20
70	RINGER LACTATO	6	\$	1,57	\$	9,42
13	D 5%HO2	2	\$	0,92	\$	1,84
42	SOLUC FISIOLOGICA	2	\$	0,92	\$	1,84
23	GLUCONATO DE CALCIO	2	\$	0,85	\$	1,70

\$ 124,06

Material Descartable

Oxigenador a membrana con set de tubuladuras	1	\$	1.750,00	\$	1.750,00
Guías					
Macrogoteros	2	\$	0,62	\$	1,24
Agujas E . V.					
25/8	4	\$	0,09	\$	0,36
Jeringas					
5 cc	3	\$	0,20	\$	0,60
10 cc	3	\$	0,10	\$	0,30
20 cc	1	\$	0,64	\$	0,64
Pump set Macrogotero	1	\$	39,98	\$	39,98
Pump set Microgotero	1	\$	58,99	\$	58,99

\$ 1.852,11

Mat. a utilizar en Anestesia Cardiovascular

Drogas

75	TIOPENTAL	1	\$	14,97	\$	14,97
7	ATROPINA	2	\$	0,57	\$	1,14
76	SUCCINILCOLINA	2	\$	2,41	\$	4,82
77	NEOSTIGMINA	5	\$	2,92	\$	14,60
78	PANCURONIO	6	\$	10,00	\$	60,00
14	DEXAMETASONA	2	\$	0,89	\$	1,78
2	ADRENALINA	6	\$	0,59	\$	3,54
19	DOPAMINA	2	\$	2,90	\$	5,80
18	DOBUTAMINA	2	\$	2,65	\$	5,30
47	XILOCAINA AL 2%	5	\$	3,62	\$	18,10
79	KETALAR	1	\$	40,00	\$	40,00
80	FENTANILO	10	\$	11,00	\$	110,00
81	DORMICUM	1	\$	20,00	\$	20,00
22	FUROSEMIDA	2	\$	0,44	\$	0,88
3	AMINOFILINA	1	\$	0,70	\$	0,70
30	ISOPROTENEROL	1	\$	3,18	\$	3,18
37	NITROPRUSIATO DE SODIO	1	\$	7,40	\$	7,40
36	NITROGLICERINA	2	\$	1,36	\$	2,72
25	HEPARINA SODICA	1	\$	5,90	\$	5,90
63	BICARBONATO SODIO	2	\$	12,00	\$	24,00
65	CLORURO DE POTASIO	1	\$	0,32	\$	0,32
82	FORANE	1	\$	300,00	\$	300,00
83	SEVORANE	1	\$	580,00	\$	580,00
31	METOCLOPRAMIDA	1	\$	0,45	\$	0,45

68	MANITOL 15%	1	\$	3,96	\$	3,96
84	HAEMACEL 3,5%	2	\$	38,10	\$	76,20
70	RINGER LACTATO	20	\$	1,57	\$	31,40
13	D 5%HO2	6	\$	0,92	\$	5,52
69	DEXTROSA 10%	1	\$	4,00	\$	4,00
42	SOLUC FISIOLÓGICA	4	\$	0,92	\$	3,68
23	GLUCONATO DE CALCIO	2	\$	0,85	\$	1,70
56	SULFATO DE PAPAVERINA	1	\$	116,00	\$	116,00
27	HIDROCORTISONA	1	\$	18,00	\$	18,00
74	CEFOLOTINA SODICA	1	\$	4,72	\$	4,72
85	AMIKACINA	1	\$	2,96	\$	2,96
86	IPSILO	1	\$	40,00	\$	40,00
52	ESMOLOL	1	\$	150,00	\$	150,00

\$ 1.683,74

Material Descartable

Guías

Macrogotos	6	\$	0,62	\$	3,72
V. 20	2	\$	2,90	\$	5,80
Microgotos	2	\$	1,13	\$	2,26
Fotoscibles	1	\$	4,79	\$	4,79

Cateter de Teflon

Nº 14	2	\$	2,97	\$	5,94
Nº 16	2	\$	2,99	\$	5,98
Nº 18	2	\$	2,97	\$	5,94
Nº 20	1	\$	2,97	\$	2,97

Agujas E . V.

30/12	4	\$	0,17	\$	0,68
15/12	2	\$	0,14	\$	0,28

Jeringas

10 cc	6	\$	0,28	\$	1,68
20 cc	3	\$	0,64	\$	1,92
Tuberculinas	2	\$	0,23	\$	0,46

Tubos Endotraqueales

Nº 30	1	\$	4,50	\$	4,50
Nº 32	1	\$	4,50	\$	4,50
Nº 34	1	\$	4,50	\$	4,50

S.N.G K 10

1 \$ 0,48 \$ 0,48

Electrodos Descartables

6 \$ 0,39 \$ 2,34

Llaves de tres vias

5 \$ 1,19 \$ 5,95

Pump set Macrogotero

1 \$ 39,98 \$ 39,98

Pump set Microgotero

1 \$ 58,99 \$ 58,99

Prolongadores venosos

2 \$ 4,99 \$ 9,98

Prolongadores arteriales

2 \$ 4,99 \$ 9,98

Trasductores de presión invasiva

2 \$ 56,00 \$ 112,00

Goma de apirar

1 \$ 3,00 \$ 3,00

Rumps de 5 llaves

1 \$ 6,00 \$ 6,00

Cateter de puncion via central

1 \$ 380,00 \$ 380,00

Canula de mayo

1 \$ 14,15 \$ 14,15

\$ 698,77

TOTAL \$ 5.017,05

BIBLIOGRAFÍA

- (*1), (*2), (*3), (*5) Brunner y Suddarth. "Enfermería Medicoquirúrgica" octava edición. MacGraw-Hill Interamericana. 1993. España.
- (*4) SHEP Systolic Hipertensión in the Ederly Program. JAM. EEUU.1991.
- (*6), (*7) Chipps- Clanin- Campbell. "Trastornos Neurológicos". Serie Mosby de Enfermería Clínica. 1995. España.
- (*8) Ferrer "Psiquiatría Interactiva" Vol. 4 .Internacional. Argentina 1999