



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PACIENTE
CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
"ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006

Autores:

José Brizuela C.I 10.230.402

Carlos Centeno C.I 8.345.496

Tutor: Dr. Jorge Rocafull

Valencia, Noviembre 2006



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PACIENTE
CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Trabajo de Grado Presentado como Requisito para Optar al Título de
Licenciado en Enfermería

10.230.402

8.345.496

Autores:

José Brizuela C.I

Carlos Centeno C.I

Tutor: Dr. Jorge Rocafull

Valencia, Noviembre 2006

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por los Técnicos Superiores Universitarios, **José Brizuela**, C.I **10.230.402** y **Carlos Centeno** C.I **8.345.496** , para optar por el título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designa.

Dr. Dr. Jorge Rocafull

C.I: _____

ÍNDICE GENERAL

	pp.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
LISTA DE CUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULOS	
I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	8
Justificación.....	8
II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	10
Bases Teóricas.....	15
Sistema de Variables.....	43
Operacionalización de las Variables.....	44
Definición de Términos Básicos.....	
III. MARCO METODOLOGICO	
Tipo y Diseño de la Investigación.....	45
Población.....	46
Muestra.....	46
Método e Instrumento de Recolección de datos.....	47
Validez del Instrumento.....	48
Confiabilidad del Instrumento.....	48
Técnica para el Análisis e Interpretación de los Datos.....	49

IV PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	
Presentación y Análisis de los Resultados.....	50
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	68
VI. GUÍA DE CUIDADOS.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	92
Anexo A Instrumento	
Anexo B. Certificación de Validez	
Anexo C. Confiabilidad del Instrumento.	

LISTA DE CUADROS

CUADRO	p.p
1 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A La Edad De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermeria En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	56
2 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Sexo De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermeria En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	58
3 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Nivel Académico: De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermeria En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	60
4 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A Los Años De Servicios De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermeria En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	62
5 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Ejercicio Rutinario Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	64
6 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Hábitos De Vida Sana Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	66
7 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Mantener El Peso Corporal Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La	

Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	68
8 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A La Dieta Hipocalorica De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	70
9 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Control Periódico De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	72
10 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A Información Sobre El Control De Niveles De Colesterol Y Triglicéridos. Según Instrumento Aplicado En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	74
11 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Tratamiento Hipolipemiantes De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	p.p
1 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A La Edad De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	57
2 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Sexo De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	59
3 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Nivel Académico: De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	61
4 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A Los Años De Servicios De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	63
5 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Ejercicio Rutinario Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	65
6 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Hábitos De Vida Sana Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	67
7 Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Según La Orientación Sobre Mantener El Peso Corporal Que Proporciona El Profesional De Enfermería Al Paciente Con Dislipidemia En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	69

8	Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A La Dieta Hipocalorica De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	71
9	Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Control Periódico De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	73
10	Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas A Información Sobre El Control De Niveles De Colesterol Y Triglicéridos. Según Instrumento Aplicado En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	75
11	Distribución Relativa Y Porcentual De Respuestas Relacionadas Al Tratamiento Hipolipemiantes De La Población En Estudio. Según Instrumento Aplicado A Profesionales De Enfermería En La Unidad De Cuidados Coronarios, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo Año 2006.....	77



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA



**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PACIENTE
CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Autores:

José Brizuela

Carlos Centeno

Tutor: Dr. Jorge Rocafull

Año: 2006

RESUMEN

El estudio realizado, tuvo como objetivo diseñar una guía de cuidados para la atención del paciente con dislipidemias, referido al cuidado farmacológico y no farmacológico, en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr Enrique Tejera, priemr semesre del 2006. La investigación correspondió a un estudio descriptivo, de campo. La población y muestra estuvo conformada por 12 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados coronarios del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. La técnica de recolección de datos fue un cuestionario estructurado por 24 ítems con alternativas dicotómicas. Para la validez, se sometió a criterio de juicio de expertos en enfermería y metodología de la investigación. La confiabilidad se obtuvo mediante el método estadístico Kuder Richarsond 20, que arrojó un grado de confiabilidad de 0,88. Los resultados indican que más de la mitad de la población que formó parte del estudio, representada por un promedio general del 55 % proporciona información al paciente con dislipidemias sobre la importancia del ejercicio físico para el control de la enfermedad. Un promedio del 41% de los participantes explica la necesidad de modificar hábito tabaquito y alcohólico. El 46% de los participantes informa al usuario sobre la importancia del control de niveles de colesterol y triglicéridos. Referido a orientación sobre tratamiento hipolipemiente, efectos secundarios e interacciones farmacológicas del tratamiento, solo el 43% lo hace. Se recomienda el diseño de protocolos de cuidados que permita orientar al usuario con dislipidemia sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Descriptores: Cuidado; Enfermería; paciente; Dislipidemias; Unidad de cuidados Coronarios.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo principal el diseño de una guía de cuidados de enfermería para la atención del paciente con dislipidemia en la Unidad de Cuidados Corononarios del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera", referido al cuidado farmacológico, de estos usuarios.

Generalmente, dichos pacientes manifiestan cuadros clínicos de dislipidemias a través de diversas patologías en su sistema cardiovascular y donde resaltan los infartos del miocardio, la hipertensión arterial y la angina inestable de alto riesgo, las cuales influyen notablemente en su bienestar físico y en su entorno familiar, por lo que a través de una oportuna orientación por parte de enfermería se espera lograr brindar esos conocimientos necesarios para poder superar adecuadamente el cuadro clínico que presentan, como consecuencia de la manifestación alterada de los niveles lipídicos en su organismo.

El estudio esta constituido por cinco capítulos: El capitulo I, lo integran el problema, planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación de la investigación. El capitulo II, hace referencial al marco teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas, el sistema de variables, la operacionalización de variables y la definición de términos básicos. El capitulo III, desarrolla el diseño

metodológico, tipo de estudio, la población, la muestra, validez y confiabilidad. El capítulo IV, comprende la tabulación y análisis de datos; y el capítulo V, describe las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El principal problema en el incremento de los índices de morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, es la alteración del metabolismo de los lípidos, mejor conocidas como dislipidemias o hiperlipemias. Según la organización mundial de la salud (OMS 2001), “consiste en un aumento plásmico de las cifras de colesterol, íntimamente relacionado con el desarrollo de la arterosclerosis, así como de sus principales manifestaciones, especialmente las enfermedades coronarias y cardiopatías isquémicas” (p. 12)

Su etiología esta relacionada a factores exógenos como ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas de origen animal y en colesterol, factores endógenos, de características genéticas o fisiológicas. Sobre los signos y síntomas de la dislipidemia, por cuanto sus manifestaciones clínicas están asociadas a la aparición de otras enfermedades como diabetes mellitas, hipotiroidismo, insuficiencia renal y síndrome nefrítico.

Según la organización mundial de la salud (OMS 2001), la dislipidemia se ha convertido en el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, especialmente en los países industrializados y a pesar de los avances terapéuticos representa un grave problema de salud pública, lo cual se ubica como una de las enfermedades con altos índices de incidencias a nivel mundial (Pág. 31), ya que los lípidos constituyen un amplio grupo de sustancias orgánicas muy heterogéneas que tienen como características su alto valor energético, triglicéridos y los ácidos grasos.

Según cifras de la American Heart Association sobre enfermedades cardiovasculares (2003), “ como consecuencia de niveles de colesterol sanguíneo elevado, cada 29 minutos un estadounidense es víctima de un accidente coronario y cada hora alguien muere por la misma causa (p.24), cuando las cifras de colesterol superan los 200 mg/dl, las pautas de tratamiento se instauran en función de la presencia de enfermedad coronaria y de otros factores de riesgo cardiovascular.

En relación a Latinoamérica, un informe de la organización Panamericana de la Salud (OPS,2002) señala que entre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, la dislipidemia registra altos índices de incidencias y prevalencias ambos en un 63%; seis de cada 10 pacientes con enfermedades cardiovasculares posee como factor predisponente hiperlipemias; de igual manera se estima que el costo en la

atención de dichas enfermedades sobrepasa los 286,5 miles de millones anuales, cifra que se va incrementando en la medida en que se produzca mayor crecimiento demográfico y disminuyan las condiciones socioeconómicas ideales para un mejor nivel en la calidad de vida.

Con relación a Venezuela, estadísticas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000) estiman que una de cuatro muertes ocurridas en los centros asistenciales son debidas a cardiopatías isquémicas y aproximadamente la mitad de ellas se atribuyen a enfermedades originadas por dislipidemia, cuyos niveles de prevalencia se han aumentado en 2,5% en las poblaciones de adultos y jóvenes cuyas edades están comprendidas entre 35-54 años de edad, ya que la alteración del metabolismo de los lípidos plasmáticos (colesterol, triglicéridos y ácidos grasos) producen la dislipidemia y cuya incidencia en nuestro país puede alcanzar en algunas comunidades 20% de la población adulta y manifiesta en enfermedades cardiovasculares resultantes que incluyen síndromes coronarios agudos expresados en infartos al miocardio por aumento de los niveles lipídicos que ocasionan estrechez de las arterias coronarias, disminuyendo el flujo normal de sangre al corazón y favoreciendo infartos y anginas inestables de alto riesgo. Todo esto a partir del aumento de los lípidos plasmáticos.

Los altos y recientes índices de la dislipidemia y el consecuente aumento de la mortalidad por causas cardiovasculares, han motivado a la organización mundial de la salud (1999) a la planificación e instrumentación de actividades insertas en la prevención primaria y secundaria, entre las que se destacan: el despistaje o detección temprana de causas que permitan una intervención precoz, especialmente a los grupos de alto riesgo, estimulando el mayor consumo de pescado y aceites vegetales en sustitución de las grasas animales, reducción de la ingesta de los niveles de sodio, incrementar la práctica de ejercicio físico de forma habitual, el mantenimiento del peso corporal, óptimo para cada persona, y la valoración periódica dos veces al año de los niveles de colesterol sérico (p.81).

Dentro de este orden de ideas, tienen importancia las acciones referidas al sector asistencial hospitalario, en el cual son atendidas las personas afectadas por enfermedades cardiovasculares, como el caso de la Unidad de Cuidados Coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera" (CHET), donde al revisar las estadísticas correspondientes al primer semestre del año 2004, se pudo constatar que fueron atendidos un total de 310 personas con edades comprendidas entre 38 y 72 años presentando enfermedades como hipertensión arterial, anginas inestables e infartos al miocardio; al revisar las historias clínicas y de enfermería se evidencia que entre los factores predisponentes presentes en la encuesta

realizada a cada paciente, la dislipidemia esta presente en un 87% de los pacientes atendidos por la Unidad de Cuidados Coronarios.

De igual manera se pudo observar que en la relación a la modalidad de tratamiento que reciben estos pacientes, prevalece el tratamiento farmacológico referido a prescripción medica de fármacos hipolipemiantes, siendo entonces escasas por parte de enfermería, actividades de promoción y educación para la salud que permitan brindar información a los pacientes sobre la modificación del estilo de vida mas correcto que deberá llevar para mantener los niveles séricos de lípidos dentro de la normalidad y así lograr prevenir enfermedades cardiovascular.

Por otra parte, según información aportada por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Coronarios, se pudo conocer que esta carece de un instrumento que de manera sistemática, guíe las actividades de promoción educación para la salud que debe brindar el personal de enfermería dirigido a la orientación e instrucción del paciente con dislipidemia en relación a su estado de salud, prevención, reducción y eliminación de factores de riesgos modificables, como el estilo de vida insano, el cumplimiento del control medico, tratamiento farmacológico, la alimentación y el ejercicio físico.

Ante la situación descrita, se formulan la siguiente interrogante:

¿El personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera", cuenta con un instrumento teórico que permita brindar información sobre las modalidades farmacológicas y no farmacológicas a los pacientes dislipidémicos?

1.2 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una guía sobre los cuidados de enfermería para la atención del paciente con dislipidemia, referido al cuidado farmacológico y no farmacológico en la Unidad de Cuidados Coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera", Primer Semestre del año 2006.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los cuidados que brinda el personal de enfermería al paciente con dislipidemia referido al cuidado farmacológico hipolipemiente.
- Identificar la atención brindada por el personal de enfermería al paciente con dislipidemia referido al cuidado no farmacológico o hábitos de vida.

- Establecer la factibilidad de diseñar una guía de cuidados de enfermería para la atención de pacientes con dislipidemia.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION:

Dado que la dislipidemia es un problema de salud en aumento, que afecta profundamente el estilo y la calidad de vida de las personas y que forma parte de los factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, se hace necesario motivar, instruir y orientar al afectado en la práctica del cuidado continuo, a fin de evitar enfermedades cardiovasculares producto de inadecuados hábitos alimenticios, hábito de fumar, el alcohol, sedentarismo, predisposición genética, lo cual trae como consecuencia el aumento del colesterol en sangre, que ocasiona a su vez el deterioro progresivo de las arterias coronarias.

En consecuencia, la educación del paciente debe integrar acciones de enseñanzas orientadas a través de programas educativos y cuidados de la salud de los pacientes para preservar su bienestar, prevenir las complicaciones de la enfermedad, proporcionarles información para la realización de los cuidados necesarios en el hogar y lograr restituir su salud orientada su participación al fomento del auto-cuidado.

De allí que el trabajo planteado posee relevancia institucional, ya que con el se logrará contribuir significativamente al establecimiento de las bases o guías para la implementación de cuidados que deberá prestar el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Coronarios, al paciente con problemas dislipidémicos en ella recluidos y fomentar las condiciones que sustenten el bienestar y se constituyan en un proceso de fortalecimiento de la capacidad para verificar, acrecentar y mejorar la salud, el nivel de bienestar y calidad de vida de las personas allí hospitalizadas.

Los cuidados de enfermería en el paciente dislipidémico tienen como meta fundamental educar y orientar al paciente para normalizar sus niveles lipídicos, ya que a través de su reducción se puede disminuir el riesgo cardiovascular. La base fundamental del tratamiento del paciente con hiperlipemia es el tratamiento dietético, que en muchos casos es la única medida necesaria para normalizar dicha alteración. Por ello, la educación dietética constituirá un aspecto muy importante en la educación sanitaria sobre los factores de riesgo que favorecen la aparición de hiperlipemias, como la edad, sexo, factores genéticos y la dieta.

En este sentido, enseñar no es una actividad de patrimonio exclusivo de los educadores, sino también de los agentes de salud y del propio paciente, constituyéndose así el binomio que velará por los problemas de salud y del propio paciente, con alteraciones

cardiovasculares, cuidados que contribuirán sin duda alguna en el mejoramiento de calidad de vida del mismo, de tal manera que este estudio permitirá determinar las practicas de prevención y auto-cuidado que realizan los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Coronarios del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera” y de esta forma orientar en la programación y aplicación de estrategias educativas, por cuanto esta investigación surge del interés por enseñar a los pacientes en la prevención de complicaciones, conocimientos y control de la enfermedad, la modificación de factores de riesgos y la adquisición de mejores hábitos de auto-cuidado para lograr preservar aun mas la salud.

Desde el punto de vista practico, esta investigación se justifica por cuanto representa un aporte de trascendencia para el equipo de salud, especialmente para el personal de enfermería, pues servirá de basamento para la educación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares; además servirá para que los profesionales de enfermería reflexionen acerca de su importante rol en la motivación y educación que debe ser brindada al paciente en el proceso de mejoramiento de su salud.

En el contexto teórico servirá de guía y estímulo al personal de enfermería para mejorar la calidad de la asistencia brindada al paciente previniendo complicaciones, al adaptar sus enseñanzas a las

características del individuo y a las circunstancias propias de cada persona, lo que individualiza la atención prestada.

Se considera también que los resultados de la presente investigación puedan ayudar al personal de enfermería y estudiantes de los institutos académicos, ya que podrán disponer de un instrumento teórico que le ayude a fortalecer cada día la calidad de los cuidados de enfermería proporcionados en cada establecimientos de salud, de manera que contribuya con la formación integral del profesional de enfermería en cuanto a conocimiento del cuidado y educación de los pacientes, convirtiéndose en un aporte para futuros profesionales de enfermería con criterios acordes para el tratamiento de pacientes con problemas cardiovasculares.

De igual manera, los resultados obtenidos en esta investigación servirán de referencia para crear estrategias de mejoramiento de la calidad de vida del paciente, sirviendo de antecedente para futuras investigaciones, al aportar elementos de promoción de la salud y prevención específica en las instituciones, basado en las prioridades del paciente, de forma que sus necesidades inmediatas puedan satisfacerse de modo efectivo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se exponen los antecedentes relacionados con el estudio de investigación, las bases teóricas, definición de términos básicos, el sistema de variables y la operacionalización de variables.

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

Para la realización del presente estudio se revisaron diferentes fuentes documentales o investigaciones, las cuales de manera directa o indirecta se relacionan con el problema formulado y donde se destacan:

Landaeta Y Vera, (2005), realizaron una investigación titulada: Información que proporciona la enfermera al paciente hipertenso sobre su autocuidado. El estudio realizado, tuvo como objetivo determinar la información que proporciona el personal de enfermería, sobre el autocuidado del paciente con enfermedad arterial coronaria en el Ambulatorio Tipo II Canoabo Estado Carabobo, durante el segundo semestre del año 2005. La investigación correspondió a un estudio descriptivo, de campo. La población y muestra estuvo conformada por 16 enfermeras (os) que laboran en el Ambulatorio Urbano Canoabo Estado

Carabobo. La técnica de recolección de datos fue un cuestionario con cuatro opciones de respuestas para medir los indicadores de la variable en estudio. Dicho instrumento se encuentra estructurado por 21 ítems con alternativas cerradas. Para la validez, se sometió a criterio de juicio de expertos en enfermería y metodología de la investigación. La confiabilidad se obtuvo mediante el método estadístico test-retest, que arrojó un grado de confiabilidad de 0,81. Los resultados indican que más de la mitad de la población que formó parte del estudio, representada por un promedio general del 88 % posee información sobre la enfermedad arterial coronaria, y tres cuartas partes de la misma, conoce sobre los factores de riesgo. No obstante, es preocupante que no se ponen en práctica acciones de prevención de esta patología. Se recomienda Hacer llegar los resultados de la investigación a los compañeros del Ambulatorio Urbano Canoabo, sitio donde se aplicó la investigación, a fin de que tomen conciencia de la necesidad de aplicar medidas preventivas de la Enfermedad Arterial Coronaria.

El trabajo antes reseñado, aporta información referida a las acciones educativas de la enfermera sobre el autocuidado del paciente con problemas coronarios, por lo tanto se relaciona con la investigación que se desarrolla.

Por otra parte Consentido, M (2004) realizó un estudio dirigido a evaluar la intervención de enfermería en la educación del paciente con

diabetes, sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, en el Ambulatorio La Floresta de Tinaquillo, Edo. Cojedes. La investigación correspondió a un estudio enmarcado dentro de un diseño no experimental, transaccional descriptivo de campo y univariable. la población seleccionada fue conformada por 50 pacientes que acuden al Ambulatorio "La Floresta". La muestra constituyó el 30% de la población: (15 pacientes) El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario estructurado por un cuestionario estructurado por dos partes: la primera, basada en preguntas relacionadas con los datos demográficos. La segunda constituida por 20 preguntas relacionadas al autocuidado del paciente con diabetes mellitus.

Dicho instrumento posee dos alternativas de respuestas cerradas, (SI-NO). La confiabilidad se obtuvo mediante la fórmula estadística Kuder Richardson 20, que arrojó un grado de confiabilidad de 0,95. Los resultados permiten concluir que un 72% de los encuestados demostró no poseer conocimientos sobre los cuidados que le facilitarán el debido manejo de su condición. En referencia a las actividades educativas proporcionadas por el personal de enfermería, el 82% de la muestra afirman no beneficiarse de actividades proporcionadas por el personal de enfermería para fomentar una educación para promover la salud del enfermo diabético.

Este estudio evidencia la necesidad de orientar al paciente sobre su autocuidado para la disminución de las complicaciones asociadas a las diferentes patologías que puedan presentar, por lo cual constituye un aporte para la investigación que se realiza.

Esta investigación aporta al estudio que se realiza importantes referenciales teóricos relacionados con la calidad en atención al usuario, como elemento básico para prestar una atención integral de enfermería.

Navas I. (2000), realizó un estudio en San Juan de Los Morros (Edo Guárico) de tipo descriptivo sobre “estilo de vida y factores de riesgos para enfermedades cardiovasculares”, cuyo objetivo general fue determinar la relación existente entre el estilo de vida en sus factores cognitivo, perceptual y hábitos de vida sana, y los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades, referidas a las condiciones de riesgo modificables. La población estuvo conformada por 86 docentes que laboran en el área de ciencias de la salud de la Universidad Rómulo Gallegos.

La muestra la integraron 26 docentes, correspondiente al 30% del universo, seleccionados por el método aleatorio simple, llegando a la conclusión en cuanto al factor hábito de vida sana, el 76,9% de la muestra no mantiene conducta saludable en cuanto a las condiciones de riesgo modificables por decisión propia como lo es el hábito tabáquico y con relación al estilo de vida, el 53,8% de la muestra estudiada asume con

decisión el cuidado de su salud mediante la percepción del conocimiento relacionado con la misma y el mantenimiento de hábitos de vida sana.

La investigación descrita anteriormente contribuye a fundamentar el propósito y objetivos del presente estudio con relación a los hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, la práctica del tabaquismo, lo cual forma parte de algunas actividades de autocuidado y que están relacionadas con los aspectos del tratamiento no farmacológico en la atención del paciente con dislipidemia.

Por otra parte, Castillo M. (1998) realizó en San Juan de los Morros (Edo. Guárico), Venezuela, una investigación de tipo ex –post-facto referida al “Estilo de vida y predisposición para cardiopatía”, cuyo objetivo general fue: determinar la relación entre el estilo de vida en su factor comportamiento, promotor de la salud y factor cognoscitivo perceptual, y la predisposición para cardiopatía coronaria referida al factor de riesgo modificable.

La población estuvo conformada por 180 personas que laboran en actividades administrativas de la Universidad Nacional Rómulo Gallegos, la muestra correspondió al 70% del universo, es decir, 126 integrantes del personal administrativo, seleccionado por el método aleatorio simple. Como conclusión, el estudio determinó que el 48.0% de la muestra evita

los riesgos conocidos contra la salud como son el tabaquismo, el sedentarismo y la alimentación inadecuada, ya que estos pueden ser modificados por decisión propia; en lo referente a estilo de vida, el 61,1% de la muestra asume una conducta responsable en el cuidado de su salud, decisión esta que los conduce a evitar riesgos auto-impuestos, ya que un estilo de vida saludable representa la respuesta de los individuos frente a sus problemas de salud, bien sean estos reales o potenciales.

La investigación citada demuestra la influencia del estilo de vida en la aparición de enfermedades cardiovasculares, en este caso la hipertensión es la razón que justifica el presente estudio en el que se plantean estrategias para la modificación y mejoramiento del auto-cuidado en el control de la dislipidemia.

2.2. BASES TEORICAS:

A través de las bases teóricas, se presentan enfoques de diversas teorías sobre promoción y educación para la salud, protocolo de enfermería, rol del profesional de enfermería, estilo de vida, medidas de prevención, modalidades de tratamiento que conforman la guía de cuidados de enfermería en la atención del paciente con dislipidemia.

Dislipidemias

Los trastornos de lípidos se presentan cuando la persona tiene un exceso de sustancias grasas en la sangre. Entre estas sustancias están el colesterol y los triglicéridos. Los trastornos de lípidos son un factor de riesgo importante en el desarrollo de aterosclerosis y enfermedad cardíaca. Según Williams, G (1998)

La mayor parte de la grasa que se ingiere se halla en forma de triglicéridos que contienen ácidos grasos saturados e insaturados. En la luz intestinal, por la acción enzimática fundamentalmente de la lipasa pancreática, estos triglicéridos son hidrolizados a lo que constituye el 95% de su producto final preabsortivo, ácidos grasos y 2-monoglicéridos” (Pág. 1261).

En consecuencia, los ácidos grasos pasan inmediatamente a la circulación portal y son transportados en el plasma unido a la albúmina, es decir, de forma independiente al metabolismo lipoprotéico. Estos ácidos grasos de cadena larga son rápidamente esterificados formando triglicéridos. Por otra parte, LIBBY, P (1998), acota:

La mayor parte del colesterol es también reesterificado por acción de la enzima acilcoenzima (ACAT). En condiciones normales, las VLDL alcanzan el torrente circulatorio, donde son objeto de intercambios metabólicos, mediante los cuales ceden a las HDL e interaccionan, con la LPL. Esta enzima provoca la deslipidación de la partícula mediante la hidrólisis de los triglicéridos. El resultado es una partícula de menor tamaño denominada IDL. (Pág. 1227)

Las IDL pueden ser internalizadas directamente por los hepatocitos, o bien dar origen a las LDL. Las LDL interaccionan con dichas células mediante un receptor altamente específico, el receptor LDL. Factores dietéticos, endocrinológicos, farmacológicos y genéticos pueden modificar la expresión y, por consiguiente, la actividad del receptor LDL. Las dietas ricas en colesterol y ácidos grasos saturados disminuyen su actividad, así como el hipotiroidismo, los gestágenos y defectos congénitos.

Trastornos del Metabolismo de las proteínas

El promedio de lípidos ingeridos en la dieta diariamente es de 120 gramos, constituidos en su gran mayoría por triglicéridos. Estos son degradados en el intestino delgado por acción de las sales biliares para formar ácidos grasos y glicerol, los cuales son absorbidos por la célula intestinal. Las alteraciones del metabolismo de los lípidos, son definidas por González, G y Guevara, M (2005) como

Aquellas que se asocian a la predisposición a padecer ciertas enfermedades, especialmente vasculares; sin embargo, cada vez se dispone de más datos que demuestran que incluso las concentraciones de lípidos consideradas dentro del intervalo de la normalidad pueden asociarse a alteraciones en la composición relativa de las partículas lipoprotéicas o a acumulación de ciertas subclases de lipoproteínas que pueden tener trascendencia clínica. (Pág. 3)

En este sentido, la primera distinción debe establecerse entre las formas primarias y las secundarias, entendiéndose por estas últimas aquellas en las que el aumento en la concentración lipídica no se debe a la presencia de alteraciones propias en el metabolismo lipoprotéico. Sin embargo, se debe tener presente que, dada la frecuencia de las alteraciones lipoprotéicas, es común la coexistencia de una enfermedad capaz de provocar hiperlipemia secundaria (diabetes, hipotiroidismo, etc.) y un trastorno primario de dicho metabolismo, que suele, en este caso, estar exacerbado. Entre estos trastornos se encuentran:

La hipercolesterolemia

Es una enfermedad hereditaria, de transmisión autosómica dominante, debida a mutaciones del gen del receptor de las LDL, lo que provoca su alteración funcional y, en consecuencia, la acumulación de LDL en el plasma.

Según LIBBY, P (1998). “Es la enfermedad monogénica más frecuente. Una serie de datos clínicos, como la presencia de xantomas y xantelasmas asociados a la incidencia prematura de arteriosclerosis”. (p. 1279)

La causa de esta hipercolesterolemia es una alteración funcional del receptor LDL secundaria a mutaciones en el gen que codifica su síntesis.

El receptor LDL es una proteína ubicada en la membrana de la mayoría de las células del organismo y tiene un papel clave en la regulación del metabolismo del colesterol y de las lipoproteínas en general.

En este sentido, SELWYN, A; y Braunwald, E (1998). refieren que:

Se han descrito más de 200 mutaciones del gen que derivan en alteraciones funcionales del receptor y se manifiestan con cuadros clínicos prácticamente idénticos, si bien en algunos casos pueda variar la intensidad de su expresión o la respuesta terapéutica. Algunas de dichas mutaciones son más frecuentes en unas áreas geográficas que en otras, lo que facilita relativamente su detección. El dato clínico más característico de la hipercolesterolemia familiar es la detección de valores elevados de colesterol en plasma. Hasta la adolescencia el LDL-colesterol suele presentar valores medios de 230 mg/dL (5,9 mmol/L), debiéndose plantear el diagnóstico ante valores superiores a 164 mg/dL (4,2 mmol/L) de LDL-colesterol. En los individuos adultos los valores medios de colesterol total son de alrededor de 330 mg/dL (8,5 mmol/L) y pueden oscilar entre menos de 270 (7 mmol/L) hasta más de 400 mg/dL (10,3 mmol/L), lo que equivale a unas cifras de LDL-colesterol entre 220 y 320 mg/dL (5,7 y 8,3 mmol/L). (Pág. 1723)

Las concentraciones de HDL-colesterol suelen ser normales, aunque con tendencia a ser más bajas, lo que empeora el pronóstico de estos pacientes. Los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota suelen mantenerse asintomáticos hasta que presentan un accidente vascular coronario. Suelen acudir al médico debido al hallazgo de forma casual, o tras la práctica de un estudio familiar, de una elevación de la concentración de colesterol plasmático. En ocasiones son las

manifestaciones cutáneas las que motivan su diagnóstico por el dermatólogo.

Selwyn, A; y Braunwald, E (1998). Destacan que:

La importancia clínica de la hipercolesterolemia familiar radica en su potencial aterógeno. Los pacientes afectos con la forma heterocigota tienen un mayor riesgo de sufrir cardiopatía isquémica. Estos pacientes suelen permanecer asintomáticos hasta los 30-40 años. El 50% de los individuos de 30-40 años han presentado manifestaciones clínicas de cardiopatía isquémica o anomalías en el ECG o en los estudios ergométricos. Este porcentaje asciende al 80% a los 50 años. En las mujeres, la presentación de la enfermedad coronaria suele retrasarse unos 10 años con respecto a los varones, siendo el porcentaje de afectas algo menor. La mayor incidencia de enfermedad vascular cerebral y periférica en los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota es menos evidente. No existe tampoco un incremento en la tendencia a la obesidad, diabetes o intolerancia a la glucosa ni a la hipertensión. Sí, en cambio, se ha comprobado una mayor tendencia a presentar hiperagregabilidad plaquetaria e hipercoagulabilidad. (Pàg. 2154)

Los pacientes con la forma heterocigota de la enfermedad pueden presentar lesiones cutáneas secundarias al depósito de ésteres de colesterol en la piel y los tendones. Los xantomas tendinosos pueden ser el primer signo clínico de este trastorno; suelen localizarse en los tendones de los músculos extensores de los dedos de las manos, por lo que para explorarlos se indica al paciente que abra y cierre los dedos, mientras se palpa la superficie dorsal de las manos. Es característico el engrosamiento del tendón de Aquiles, que puede detectarse por simple

observación o por palpación El grado de engrosamiento medido mediante xerografía o ecografía se ha utilizado como factor pronóstico y evolutivo.

El problema clínico más importante es el desarrollo precoz de cardiopatía isquémica, que provoca manifestaciones antes de los 10 años. Se han comunicado casos en los que la cardiopatía isquémica se presentó a los 2 años. Sin tratamiento, la mayoría de los pacientes fallecen antes de los 20 años a causa de la enfermedad coronaria. También pueden presentarse lesiones valvulares por depósitos lipídicos en la raíz de la aorta. Con referencia al tema, Selwyn, A; y Braunwald, E (1998). Refiere:

El diagnóstico del trastorno es sencillo cuando existen claros antecedentes familiares de hipercolesterolemia o cardiopatía isquémica y cifras muy elevadas de colesterol; sin embargo, estas circunstancias no se dan siempre y debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras entidades. En primer lugar, éste ha de plantearse con las formas secundarias de hipercolesterolemia, especialmente con el hipotiroidismo y el síndrome nefrótico. (Pág. 1728)

Es por ello, que la ausencia de antecedentes familiares apoya el diagnóstico de hipercolesterolemia poligénica, mientras que la presencia de hiperlipemia mixta en el paciente o en familiares de primer grado orienta hacia la hiperlipoproteinemia familiar combinada

Hiperlipemia Familiar Combinada

Con este nombre se designa una entidad, caracterizada por una especial predisposición a presentar hipercolesterolemia aislada, en la que probablemente intervienen factores ambientales en interacción con diversos factores genéticos (poligénica).

WILLIAMS, G (1998). Refiere:

La hipercolesterolemia es una entidad mal definida y, por tanto, es difícil delimitar una patogenia única. Se ha demostrado que los pacientes afectos presentan una mayor síntesis de LDL y una menor tasa catabólica, fenómenos que se atribuyen a una menor capacidad funcional de los receptores LDL. Probablemente estos factores genéticos interactúan con factores ambientales, especialmente con la dieta, facilitando la expresión de la alteración lipídica. No es una enfermedad per se, sino que debe considerarse un factor de riesgo para padecer una afección isquémica coronaria. Así pues, los individuos afectos suelen estar asintomáticos hasta que presentan manifestaciones de la cardiopatía isquémica. En general no se observan xantomas. No se ha demostrado su asociación a otras formas de arteriosclerosis, como la cerebral o la periférica. (Pág. 1728)

Es por ello, que en general estos pacientes suelen acudir a consulta médica tras el hallazgo casual en pruebas sistemáticas realizadas en el ámbito laboral de unas concentraciones de colesterol total elevadas. El tratamiento debe dirigirse a disminuir el riesgo coronario, por lo que la primera medida ha de ser una evaluación completa de los factores de riesgo vascular asociados presentes en el individuo. Así, deben

controlarse la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo.

La mayoría de los pacientes suelen responder correctamente a las medidas higienicodietéticas y muy pocos requieren tratamiento farmacológico.

Hiperalfalipoproteinemia Familiar

WILLIAMS, G (1998). Define este trastorno como

El incremento de las concentraciones del colesterol transportado por las HDL puede también ser responsable de hipercolesterolemia. Este hecho debe tenerse en cuenta al evaluar ciertos grupos de población, especialmente los niños y las mujeres en edad fértil. Probablemente existen, al menos, dos mecanismos patogénicos: una hiperproducción de apo-A_I y un déficit de PTEC. En el segundo caso se han identificado ciertas mutaciones del gen que codifica su síntesis. En el primer caso se produciría un estímulo en la producción de partículas HDL, mientras que en el segundo disminuiría el catabolismo de las partículas HDL₂, que en estos pacientes predominan sobre las HDL₃. Los valores de HDL-colesterol pueden oscilar entre 100 y 200 mg/dL (2,6 y 5,2 mmol/L)." (Pág. 1730)

Se han descrito formas primarias familiares de hiperalfalipoproteinemia. Es importante su identificación, puesto que estos trastornos parecen asociarse a un menor riesgo vascular y a longevidad y, por tanto, no requieren tratamiento.

Hiperlipemia

La alteración lipídica más constante es la hipercolesterolemia, que aparece prácticamente en todos los pacientes con síndrome nefrótico y que se correlaciona de forma inversa con la magnitud de la hipoalbuminemia. WILLIAMS, G (1998). Señala que:

La hipertrigliceridemia sólo aparece cuando la albúmina sérica disminuye por debajo de 1-2 g/dL (10-20 g/L). Los pacientes nefróticos presentan un incremento en los niveles séricos de lipoproteínas de baja densidad (LDL), de muy baja densidad (VLDL) y de densidad intermedia (IDL). El colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL) suele ser normal, si bien en hipoalbuminemias graves desciende la fracción HDL₂. De acuerdo con la clasificación de Frederickson, los pacientes nefróticos presentan hiperlipoproteinemias de los tipos IIa (único trastorno detectable en el 30% de los pacientes con síndrome nefrótico), IIb y V. También existe aumento en la concentración de lipoproteína (a) y descenso de un 30-60% en la actividad de la lipoproteinlipasa. Si bien la patogenia no está del todo aclarada, dos son los mecanismos que contribuyen a la hiperlipemia en el síndrome nefrótico: la sobreproducción de apolipoproteínas consecuencia de la pérdida del poder oncótico del plasma y el descenso en el aclaramiento de las VLDL, de los receptores tisulares de LDL y de la maduración de HDL₃ a HDL₂, facilitada, entre otros, por un descenso en la actividad de las enzimas lipoproteinlipasa y lecitín-colesterol-aciltransferasa (Pág. 1731)

En consecuencia, la hiperlipemia tiene cierta participación en el agravamiento de la lesión renal. Así, en modelos experimentales de síndrome nefrótico se ha observado un acúmulo de lípidos en los glomérulos esclerosados y una mejoría en la lesión renal con el tratamiento con dietas pobres en grasas y con fármacos hipolipemiantes.

Si bien la hiperlipemia no puede por sí sola lesionar el riñón, sí es capaz de acelerar el daño glomerular causado por otro agente y empeorar el pronóstico de la nefropatía.

Cuando a un paciente se le diagnostican dislipidemias, es posible que deba continuar haciendo cambios en el estilo de vida y realizar un tratamiento con medicamentos durante toda la vida. Es igualmente necesario someterse a controles periódicos de los niveles sanguíneos. La reducción de los altos niveles de colesterol ayuda a retardar el progreso de la aterosclerosis.

Entre las edades de 20 y 30 años, si se tienen altos niveles de colesterol u otros factores de riesgo de enfermedad del corazón, es necesario programar controles de acuerdo con las recomendaciones del médico.

Factores de Riesgo

a) Hipertensión Arterial: Uno de los principales factores de riesgo para la hiperlipidemia es la hipertensión arterial. Al respecto, Bress, M y Berkow, R (2000) indican: “Cuando se desarrolla la hipertensión arterial se producen alteraciones principalmente en la pared arterial, la cual repercute o influye de manera negativa en diferentes órganos de igual importancia” (Pág. 1271). En consecuencia, la hipertensión arterial puede

conllevar otras enfermedades en los mismos, tal como es el caso de la dislipidemia.

b) Niveles elevados de colesterol: El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo. Es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias, estrechándolas. Para circular en la sangre, el colesterol se combina con proteínas llamadas lipoproteínas cuya misión es transportar el colesterol y los triglicéridos. Estas lipoproteínas se sintetizan en el hígado y en el intestino. Al porcentaje de colesterol que circula unido a la lipoproteína HDL se le llama “colesterol bueno” y al que circula unido al LDL se le llama “colesterol malo”.

El colesterol, en cifras normales, es imprescindible para el metabolismo de cualquier célula, sólo resulta peligroso si sus niveles sanguíneos se elevan. Establecer una cifra “normal” de colesterol es difícil, pero se sabe que las personas con nivel de colesterol en la sangre mayor a 240 mg/dl tienen doble riesgo de tener un infarto al miocardio que aquellas con niveles menores de 200 mg/dl.

c) Tabaquismo: El tabaco es un factor de riesgo cardiovascular muy importante, con la particularidad que es el más fácil de evitar. El fumar o estar expuesto a fumadores daña las paredes internas de las

arterias, permitiendo el depósito de colesterol en ellas. Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas que no tienen este hábito.

Al respecto, Valdez, C (2000) indica que existen 3 mecanismos por los que el tabaco puede producir efectos en la pared arterial:

1. La nicotina desencadena la liberación de las hormonas adrenalina y noradrenalina que producen daño en la pared interna de las arterias.
2. La nicotina produce alteraciones de la coagulación, aumenta la capacidad de las plaquetas para unirse y formar coágulos (agregabilidad plaquetaria).
3. El fumar produce un incremento de los niveles de colesterol malo y reduce los niveles de colesterol bueno. (Pág. 24)

d) Sedentarismo: La inactividad física se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades cardíacas, incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la dislipidemia.

El ejercicio regular, aumenta el colesterol HDL y ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes. Por otro lado colabora a disminuir el estrés, considerado como otro factor que favorece la aparición de complicaciones. La Asociación Americana del Corazón (2004), recomienda “realizar entre 30 a 60 minutos diarios de ejercicios aeróbicos para reducir el riesgo de sufrir un infarto. Antes de iniciar cualquier

programa de entrenamiento físico se recomienda consultar con su médico” (Pág. 12).

e) *Obesidad:* Este es un problema serio de salud y presenta un marcado incremento en nuestro país. Clásicamente se ha definido la obesidad como el incremento del peso debido al aumento de la grasa corporal.

Cuando un individuo se encuentra en balance energético o graso positivo, se acumulan lípidos en el tejido adiposo, aumenta el tamaño de los adipocitos, es decir, se produce su hipertrofia.

Al respecto, Bress, M y Berkow, R (2000) señala que:

En el momento que los adipocitos han alcanzado su tamaño máximo, se forman nuevos adipocitos a partir de los preadipocitos o células adiposas precursoras, estableciéndose una hiperplasia. El paciente muy obeso que desarrolla una hiperplasia adiposa y empieza a adelgazar con una dieta, reducirá el tamaño pero no el número de adipocitos. La diferenciación de las células adiposas es influida en parte por la lipoproteinlipasa (LPL). La actividad de esta enzima se encuentra aumentada en la obesidad, aunque se desconoce si dicho aumento es causa o consecuencia de aquélla. (p. 1101)

Es decir, se produce cuando el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías gastadas. Muchos estudios han demostrado que los pacientes obesos presentan mayor riesgo de hiperlipidemia.

La obesidad abdominal se ha vinculado con un riesgo mucho más elevado de concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. En tal sentido, Materos, P (2000) indica que “La obesidad abdominal incrementa estos riesgos. Es un hecho constatado que, en las personas con obesidad abdominal, se reducen con la pérdida notable de peso. La pérdida de peso reduce las dislipidemias en la mayoría de las personas” (p. 28).

Obviamente el riesgo de desarrollarlas es mayor entre mas alto el IMC y entre mas pronto la obesidad es corregida, mas enfermedades asociadas serán evitadas y prevenidas.

f) Alcohol: El consumo excesivo de alcohol puede elevar los niveles de presión arterial y triglicéridos y así aumentar el riesgo de problemas cardiovasculares. La ingesta moderada de vino tinto, máximo dos copas diarias, puede elevar los niveles de colesterol HDL. En este sentido, Navas, y (1998) refiere:

El excesivo consumo de alcohol incrementa la hipertensión arterial por aumento de las catecolaminas en plasma, haciéndose difícil el control de las enfermedades vasculares en pacientes con ingesta excesiva de alcohol. El alcohol tiene un efecto bifásico sobre la presión arterial, produce un efecto depresor sobre esta cuando se usa en pequeñas dosis (menos de 50 –60 gramos de alcohol) lo que tiende a inducir vasodilatación periférica y quizás aumenta la actividad simpática y el volumen minuto cardiaco, elevando así la presión arterial.(p.285)

Como expresa el autor citado, la ingesta de alcohol excesiva puede contribuir a incrementar el riesgo de dislipidemia Coronaria, al incidir en la elevación de la presión arterial, riesgo que va a estar influenciado por el grado de etanol que contenga la bebida alcohólica que se ingiere.

Factores no modificables

Existen ciertos factores de riesgo para dislipidemias que no se pueden modificar. Estos son:

a) Sexo: Los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad coronaria. Este riesgo, según Libby, P (1998), “se asocia al patrón masculino de depósito centrípedo o visceral de grasa, que favorece una dislipidemia aterogénica caracterizada por el aumento de los triglicéridos plasmáticos, disminución del HDL y la intolerancia a la glucosa” (Pág. 1541). En consecuencia, las mujeres tienen menor propensión a dislipidemias, debido al efecto protector del estrógeno. Este riesgo, se iguala cuando la mujer llega a la menopausia.

b) Herencia: El riesgo de enfermedad ateromatosa aumenta si algún familiar en primer grado ha desarrollado una enfermedad coronaria o vascular. También es importante el antecedente familiar de aneurisma de

la aorta. Por otra parte, Libby, P (1998), señala: “Los defectos genéticos conocidos del metabolismo de las lipoproteínas solo justifican una parte del riesgo familiar para dislipidemias, por lo que ciertos mecanismos de susceptibilidad de la pared arterial coronaria podrían justificar parte de la predisposición genética a la aterosclerosis” (Pág. 1540)

c) **Edad:** El riesgo cardiovascular aumenta con el paso de los años. Se ha establecido que los hombres desde los 45 años y las mujeres desde los 55 años aumentan notoriamente su riesgo de desarrollar esta enfermedad. En este sentido, Libby, P (1998), refiere que:

La incidencia de dislipidemias en mujeres pre menopausicas es muy baja. Después de la menopausia, aumentan los factores de riesgo aterogénico. Se elevan los LDL y disminuyen los HDL, igualando la frecuencia de complicaciones clínicas coronarias en la mujer, respecto al hombre. (Pág. 1563)

Esta afirmación, ratifica el hecho, que la en mujeres es menor que en el hombre, igualándose tal riesgo después del periodo post menopáusico.

d) **Antecedentes personales de Enfermedad Coronaria y Vascular:**

Las personas que tienen enfermedad coronaria diagnosticada, presentan mayor riesgo cardiovascular, es decir, una mayor probabilidad de desarrollar un nuevo episodio de enfermedad coronaria de otros vasos arteriales. Según Libby, P (1998), “Los antecedentes familiares de

enfermedad prematura, constituyen un valioso indicador de riesgo y obligan a detectar factores corregibles como la hiperlipidemia, hipertensión y la diabetes”(Pág. 1562)

e) Diabetes: Se puede definir la diabetes mellitus como: “Un trastorno primario heterogéneo, del metabolismo de los carbohidratos con múltiples factores etiológicos que suelen incluir una deficiencia, resistencia o ambas, absoluta o relativa a la insulina”. (Yerrolo, L. 1993). Todas las causas de diabetes mellitas, originan finalmente hiperglicemia, que es la característica de este síndrome.

La diabetes mellitas aumenta considerablemente la incidencia de enfermedad coronaria clínica y amplifica los efectos nocivos de otros factores de riesgo como la hipertensión, la hiperlipidemia y el consumo de tabaco.

Cuidados de Enfermería a Usuarios con dislipidemias

Dentro del amplio campo del ejercicio de la enfermería, la actividad esencial con la cual se le identifica universalmente ha sido el cuidado y la preocupación por el bienestar y estado de salud de las personas, familias y comunidades como seres holísticos y biopsicosociales, tanto sanos como enfermos; por ello, en el ejercicio de sus funciones, el personal de enfermería debe poner en practica un conjunto de conocimientos,

técnicas propias derivadas de las ciencias biológicas, sociales y físicas, que aplicadas al cliente o paciente como un todo, tienen como finalidad la promoción, educación, mantenimiento y restablecimiento de la salud en el mediano, corto y largo plazo. Al respecto, Kozier, B. y Erb, G. (1999), citando a la Canadian Nurses Association, expresan que:

El ejercicio de la enfermería significa la identificación y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales e incluye la práctica y la supervisión de funciones y servicios que, directa o indirectamente, en colaboración con un cliente o profesionales de la salud distinto de las enfermeras, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, el restablecimiento de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud.(p.4).

Por ello, tradicionalmente en el contexto mundial, la enfermería se ha identificado como la profesión cuya misión está centrada en el cuidado humano que se constituye en su principal fundamento y estrategia para la prestación de servicios a la humanidad. Al respecto, Kozier, B. y Erb, G. (1999), citando a Leininger, considera que: “El cuidado es la esencia y el campo central, unificador y dominante que caracteriza a la enfermería. Es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, mantenimiento de la salud y la supervisión de los seres humanos en todas las culturas del mundo. (p.65)

En lo afirmado por los autores, se identifica la esencia del cuidado como la actividad básica que caracteriza el trabajo de la enfermera (o) en

la búsqueda de estrategias ideales que permitan la conservación de la salud; por consiguiente, los cuidados de enfermería y donde Jean Watson, en (1985), en su teoría del cuidado humano, expreso que la prestación humana de cuidados de enfermería no es solo una emoción, preocupación, actitud o deseo. Cuidar connota una respuesta personal. La prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad y compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. (p.66).

De acuerdo a lo expresado por los autores en relación al restablecimiento y mantenimiento de la salud, una de las actividades fundamentales a realizar por parte de los profesionales de enfermería corresponde a la promoción de la salud, por lo cual la salud es concebida como un proceso dinámico que el individuo mismo moldea a lo largo de su vida, mediante su conducta y la modificación del medio ambiente, donde existen múltiples factores internos como la constitución genética y otros externos como el estilo de vida que influyen notoriamente en el nivel y grado de bienestar.

Al respecto, la Organización Panamericana de Salud (2002), en un informe estadístico, describe que desde su fundación se tiene un especial interés en fomentar el estilo de vida y patrones de comportamiento compatibles con el bienestar integral del ser humano;

por ello la estrategia fundamental y el instrumento utilizado para lograrlo, esta constituido por la promoción de la salud, enfocado en la educación sanitaria de las personas, a quienes se les trata de inculcar formas de vida sanas, que les permitan alcanzar un nivel optimo de auto-cuidado y productividad en armonía con el medio circulante.

Dentro de la perspectiva, la promoción de la salud es concebida como una estrategia socio-sanitaria, con lo cual de manera general se busca capacitar al ser humano tanto como sano como enfermo, para alcanzar niveles de bienestar y salud adecuados a su condición.

La misma fue definida en el año (1986) a través de la carta de Ottawa, en el marco de la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud, celebrada en la ciudad de Ottawa, Canadá, donde según Caja, C. y López, R. (1999), estuvo conceptualizada como: “el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (p.30); para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, cambiar y adaptarse armónicamente al medio ambiente a través de un proceso critico reflexivo y cognoscitivo.

Tal como lo señala Nola Pender, cuando citada por Marrier, A. y Raile, M. (1999), considera a la promoción de la salud como un modelo

teórico que permite identificar en el individuo factores cognoscitivo-perceptual que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación de conductas favorecedoras de salud (p.510), según dicho planteamiento a través de la promoción de la salud se estimula la generación de conductas favorecedoras de salud; ya que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante en la calidad de vida de cualquier persona.

A través de la promoción de la salud se interviene sobre los condicionantes de la salud, entendiéndose estos como los factores individuales o ambientales, los que al interactuar con las personas influyen en la expresión del proceso salud-enfermedad; además pone atención en el resultado de estas interacciones y abarca el conjunto de acciones de los individuos y de las comunidades, encaminadas al desarrollo de condiciones que sean favorables a la salud, ya sean de naturaleza biológica, social, económica, ambiental y/o política, lo cual en la actualidad reviste gran interés, reconociendo las actuales demandas de salud de la población, así como el perfil epidemiológico demográfico del país y las iniquidades existentes.

Por consiguiente, la promoción de la salud propone optimizar la salud y reducir las condiciones de la enfermedad; constituye una estrategia válida y eficaz, la cual plantea acciones políticas y estrategias a

nivel del país como son la regulación, legislación, comunicación, entre otras, para lograr mayor salud e incidir en la mejoría de la calidad de vida.

De esta manera, las actividades de promoción emplean como herramientas principal la educación para la salud, la cual es atendida como un proceso de facilitación de experiencias de aprendizaje deseables por medio de las cuales las personas se percatan mas de los problemas de salud y se interesan activamente en ella, como un proceso de crecimiento del individuo, mediante el cual modifica su comportamiento o sus actitudes como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido.

Dentro de esta perspectiva, Marriner, A. y Cols. (1999), citando a Pender, N la definen como: “actividades encaminadas a aumentar el grado de bienestar” (p.259), de allí la importancia de percibir a la educación para salud como estrategia valiosa en el desarrollo de programas de promoción y prevención, que están siendo empleados en diferentes ámbitos mediante el cual se pretende incorporar al individuo, familia y comunidades a participar activamente en la programación, planificación, ejecución y evaluación de todas aquellas acciones, dirigidas a satisfacer necesidades reales o potenciales en el mantenimiento, mejoramiento y restablecimiento de la salud y el bienestar.

De acuerdo a lo señalado por el autor, la educación para la salud incluye toda actividad cuyo propósito es informar a la población sobre la salud y la enfermedad, incluyendo el uso mas eficaz de los servicios de

asistencia medica existentes en el país. Por otra parte, motiva y ayuda a la población sobre la promoción de la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad, para que así adquieran los conocimientos necesarios; de igual manera facilita la adopción de hábitos y estilos de vidas saludables.

Por lo tanto, la educación para la salud encierra un proceso constante el cual debe ir mas allá de los objetivos específicos de las actividades educativas concretas y debe promover una acción cultural amplia que refuerce los valores y favorezcan la salud, razón por la cual la educación para la salud es un proceso interactivo cuyo objetivo primordial es motivar, estimular, orientar e instruir al individuo, grupo o comunidad en la implementación de estrategias activas que le permitan desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas en todo lo concerniente al cuidado de su salud, bienestar y nivel de calidad de vida, sustentando en un proceso de intercambio y transferencia de conocimiento, sentimiento y comportamiento desarrollados dentro de un contexto sociocultural, donde se establece un sistema de relaciones interactivas entre los organismos dispensadores de servicio de salud, los equipos de salud, pacientes y/o usuarios.

De este modo, corresponde al personal de enfermería, en el marco de sus actividades independientes y dependientes, programar, planificar y ejecutar actividades de cuidados, a través de la promoción y educación

para la salud, estableciendo estrategias especiales en situaciones de riesgo que ameriten un tratamiento adecuado y oportuno, como es el caso de la dislipidemia o hiperlipidemia, termino genérico empleado para referirse al aumento de las concentraciones de cualquier liquido en el plasma, es decir al aumento plasmático de las cifras de colesterol, y que actualmente de acuerdo a lo expresado por Caja, C. y López, R. (1999), se le considera como “uno de los factores de riesgo importante y significativo en el desarrollo de la arterosclerosis, así como de sus principales manifestaciones, especialmente la cardiopatía isquémica o enfermedades coronarias”. (p.288), por lo que amerita modalidades de atención medico sanitaria, inmersas en la promoción y educación para la salud, que faciliten acciones de motivación, orientación, instrucción y asesoramiento, las cuales tienen como objetivo propiciar mejor auto-cuidado y responsabilizar a estos pacientes en el mantenimiento, mejoramiento, conocimiento y manejo de su enfermedad.

De esta manera, la estrategia a seguir se basa en la elaboración e implementación sistemática de actividades de promoción para la salud dirigidas a brindar información a la población en general y de manera especial a los pacientes con dislipidemia, en cuanto a la adopción de hábitos de vida saludable.

En relación al planteamiento anterior, los programas educativos dirigidos al auto-cuidado en el control de la dislipidemia, son en esencia

instructivo ideal para impactar de manera contundente en la educación sanitaria dirigida hacia la adquisición de conductas y hábitos adecuados que favorezcan la practica de autocuidado que contribuyan una buena salud y bienestar estos programas pueden perfeccionarse y adaptarse en función a la base de datos, entre los cuales encontramos: el sexo, edad, dieta, factor genético, nivel socioeconómico y estilo de vida, que deben ser recolectados minuciosamente a través de la análisis, la exploración física y psicológica del paciente.

Según Caja, L. y López, P. (1999), en la educación del paciente con dislipidemia el objetivo fundamental es:

Proporcionar la información y el adiestramiento necesarios que lo capaciten para autoresponsabilizarse del tratamiento y control de su enfermedad y de esta forma acceder a una vida autónoma. La educación debe estar programada, por objetivos docentes definidos, programas de contenidos, método de evaluación sistemáticos, definición de material a utilizar y métodos educativos a aplicar. (p.267).

En atención a lo anteriormente planteado, se puede agregar que entre los métodos mas utilizados en la educación de los pacientes con dislipidemia, están la educación individual y grupal, siendo la primera de estas la base del proceso educativo que debe incorporarse a cualquier actividad relativa al cuidado y surgimiento de la patología, mientras que la educación grupal permite la socialización e intercambio de vivencias y experiencias, las cuales ofrecen positivos resultados terapéuticos; sin

embargo en esta modalidad previamente deben valorarse y establecerse las características de los pacientes, intereses y duración de las secciones.

Dentro de este orden de ideas, el personal de enfermería al momento de brindar atención al paciente con dislipidemia debe contar con un instrumento que la garantice cumplir a cabalidad con los objetivos anteriormente descritos en la promoción y educación para la salud de estos pacientes; en este sentido, los protocolos de enfermería permiten planificar y programar actividades de cuidados, que de manera específica permitan involucrar al paciente en el manejo y tratamiento de la dislipidemia.

De este modo, la guía de cuidados de enfermería es definida como

Una serie ordenada de escritos matrices en el que se consignan y especifican los procedimientos a seguir para la realización de una determinada actividad, se constituye en un instrumento ideal, de fácil manejo y acceso que guía de manera precisa la actuación profesional. (p.2.).

A la descripción anterior cabe agregar que una guía es una norma que debe cumplirse, elaborada a fin de incrementar la calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería, proteger e incrementar la seguridad y protección de los mismos. En ellos también se determinan las responsabilidades en la ejecución de ciertas acciones realizadas por la enfermera (o) en determinadas situaciones.

Los detalles de lo que se debe hacer en esas determinadas situaciones, están definidos de acuerdo a las características propias del ambiente al cual se refiere o a las enfermedades o situaciones de salud abordadas, por consiguiente, las guías de cuidado se elaboran para instruir, orientar y educar al personal de enfermería, con relación al desempeño de sus actividades unificando criterios para la implementación de ciertas técnicas y procedimientos que contribuyan a mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados de salud brindados a los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud.

Orientación sobre el Tratamiento No Farmacológico

Debe ser indicado a todo paciente, independientemente del uso de fármacos.

- a) Dieta: básicamente disminuye a menos del 30% las calorías totales de origen lipídico con disminución de las grasas saturadas y aumento de las insaturadas. Junto a ello disminución de peso, alcohol y azúcar refinada en caso de presentar aumento de los TG.

b) Actividad física: intensificación de ésta, idealmente caminar un período de 30 minutos todos los días. Con lo anterior, pueden obtenerse reducciones del C-LDL de un 10 a un 15 %

Orientación sobre el Tratamiento Farmacológico

Se indicará fármacos a los pacientes que a pesar de las medidas anteriores realizadas durante tres a doce meses, no logren las metas de C-LDL correspondientes a su nivel de riesgo, ya sea en prevención primaria o secundaria. El inicio de fármacos puede ser inmediato en casos de riesgo máximo con C-LDL \geq 160 mg/dl, o frente a hipertrigliceridemia > 500 mg/dl.

a- **Estatinas:** Como coadyuvante de la dieta prescrita para el tratamiento de pacientes con niveles elevados de triglicéridos séricos que no responden en absoluto a la dieta, en pacientes con hipercolesterolemia primaria, hipercolesterolemia familiar y no familiar heterocigota, y en pacientes con hiperlipidemia combinada (mixta) (Fredrickson, tipos IIa y IIb). Su efecto colateral más severo aunque infrecuente corresponde a la rabdomiolisis, por lo que se deben medir periódicamente enzimas hepáticas y creatinfosfoquinasa (CPK).

b) **Fibratos:** su efecto principal es la reducción de TG y en menor grado de C-LDL. Indicado en Hiperlipidemias primarias del tipo IIa, IIb, IV y V. (Clasificación de Fredrickson), si el tratamiento dietético sólo, resulta

insuficiente, Hiperlipidemia secundaria persistente al tratamiento de la enfermedad subyacente: reductor del fibrinógeno y de la agregación plaquetaria. Entre los efectos secundarios, se tiene pérdida del apetito, pesadez gástrica, náuseas, reacciones alérgicas de la piel (prurito, urticaria), rabdomiolisis, alopecia, ligera disminución de la hemoglobina y de los leucocitos, posible aumento del índice litogénico.

d- Agentes antiplaquetarios: aspirina, ticlopidine para reducir el riesgo de coágulos sanguíneos. Inhibidores de las glicoproteínas IIb-IIIa: epifibatide para reducir el riesgo de coágulos sanguíneos, Clopidrogel (Plavix) Agentes antitrombina: diluyentes sanguíneos (heparina molecular baja, heparina no fraccionada). Entre las reacciones adversas se tienen manifestaciones hemorrágicas, trombocitopenia, elevación de las transaminasas, necrosis cutánea en el sitio de inyección.

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE: Guía de cuidados de enfermería en pacientes con dislipidemias en la unidad de cuidados coronarios.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Según López, N. (2002) “conjunto o serie adecuada de ideas o reglas escritas que identifica posibles problemas y sus posibles vías de solución; dirigidos a una población determinada a lo que se espera ofrecer la mejor intención y cuidado de enfermería, en forma eficiente, permanentemente y continuada (p.02).

2.5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES: Guía de cuidados de enfermería al paciente con dislipidemia en la Unidad de Cuidados Coronarios.

DEFINICION OPERACIONAL: Son normas pre-establecidas y dirigidas al logro de la atención en los cuidados de enfermería para lograr el bienestar total de un paciente en determinado momento.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB- INDICADORES	ÍTEMS
<p>Cuidado no farmacológico</p> <p>Referido a la educación para la salud que recibe el usuario sobre las acciones dirigidas a establecer mejores condiciones y calidad de vida personal en relación con su enfermedad y gracias a la clara orientación de enfermería.</p>	<p>Educación para la salud.</p> <p>Referido a las acciones que debe poner en práctica el profesional de enfermería para educar al usuario sobre el cuidado no farmacológico de las dislipidemias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ejercicio rutinario. -Hábitos de vida sana. -Mantener el peso corporal -Dieta Hipocalórica 	<p>1 al 8</p>
<p>Cuidado farmacológico.</p> <p>Pasos que debe seguir el profesional de enfermería a través de las indicaciones médicas y orientadas al paciente en particular procurando su pronta y total recuperación.</p>	<p>Indicaciones Médicas: Relacionado a la orientación que proporciona el profesional de enfermería al usuario en referencia a las acciones dirigidas a su pronta recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Control periódico -Asistir a las citas médicas. -Control de Niveles de Colesterol y Triglicéridos. -Tratamiento hipolipemiantes. 	<p>9 al 25</p>

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

Autocuidado: acciones que permiten mantener la vida y salud, no nace con el individuo, sino que deben aprenderse, depende de las costumbres, creencias y practicas habituales del grupo al que pertenece el individuo.

Angina: Se refiere al dolor que es percibido de manera subjetiva, causado por la isquemia de un órgano. En cardiología se especifica como un dolor torácico.

Arteriosclerosis: Degeneración crónica y progresiva de la pared de las grandes arterias con engrosamiento, perdida de la elasticidad y reducción de la luz arterial.

Ateroma: Placa formada por depósitos de sustancias lipodeas en al pared interna de las arterias.

Dislipidemia: Es la alteración en el metabolismo de los lípidos plasmáticos tales como colesterol, los triglicéridos y los ácidos grasos y cuyo aumento favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Enzimas: Sustancias proteicas encargadas de catalizar y acelerar diferentes reacciones en el organismos.

Factores Modificables: Son las causas externas, que aumentan el riesgo de desarrollar hiperlipidemia, y que podemos modificar, tales como: Hábitos Psicosociales, estrés, hábitos alimentarios.

Factores no modificables: son las causas internas que predisponen a desarrollar obstrucción coronaria, entre ellos, la edad, herencia, raza, género.

Gen: Unidad de herencia, partícula de material genético que determina la herencia de una característica determinada, o de un grupo de ellas

Heterocigotica: Cuando cada progenitor ha aportado una forma distinta, o alelo, del mismo gen que puede ocasionar que una enfermedad se herede, se dice que el individuo es heterocigótico (o heterocigoto) para dicho gen.

Hipercolesterolemia: Aumento plástico de las cifras de colesterol.

Hipercolesterolemia Familiar: Trastorno del metabolismo lipídico de causa genética y herencia automática dominante, que se caracteriza por una

mutación en el. Gen del receptor de las lipoproteínas de baja densidad (Low Density lipoproteins, LDL), que condiciona una reducción o falta total del mismo.

Hipolipemiente: Nombre con el cual se distinguen los fármacos que contribuyen a la disminución de las lipoproteínas séricas.

Mutaciones: Cambio en la secuencia de bases del ácido desoxirribonucleico (ADN) de un organismo. Las mutaciones pueden ser espontáneas o inducidas. Las primeras son aquellas que surgen normalmente como consecuencia de errores durante el proceso de replicación del propio ADN

Monogenica: Condición de predisponerse a una enfermedad cuando las dos copias de los genes que la producen son idénticas se dice que el individuo es homocigótico para aquel gen particular.

Sedentario: Reducción total o parcial de la actividad física.

Trombo: Coagulo obstructivo constituido por sangre, células y factores de coagulación y puede formarse en el lecho arterial o venoso.

Xantomas: **Depósito** de colesterol que puede observarse en la piel, huesos y tendones en forma de nódulos, que revela un trastorno del metabolismo de los lípidos.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se expone el diseño metodológico, el cual permitirá sustentar el tipo de estudio, la población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, así como la validez de los mismos orientados al logro del presente trabajo de investigación.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño corresponde a una investigación no experimental; Los estudios no experimentales, son definidos por Polit, D y Hungler, B (2000), como “aquellos en los que el investigador observa los fenómenos ocurridos sin intervenir en su desarrollo” (Pág. 153). En consecuencia, los investigadores se abocaron a estudiar la variable, sin realizar manipulación de la misma.

Por otra parte, corresponde a un estudio descriptivo. Al respecto Pardo, G y Cedeño, M (1999) señalan que la investigación descriptiva “refiere e interpreta minuciosamente lo observado, esto se relaciona con las condiciones existentes, prácticas que prevalecen, opiniones,

puntos de vista o actitudes en marcha, efectos experimentales o tendencias que se desarrollan”. (p. 39)

En relación a lo citado se adapta perfectamente al tipo de investigación descriptiva porque entre las características que lo identifican describirá la situación tal como se presenta en la realidad.

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación se enmarcará en un estudio de campo, de corte longitudinal de segmentos. El Manual para la Elaboración de Tesis de Grado de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL 2002), define los estudios de campo:

El análisis sistemático del problema en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores contribuyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de los métodos y características de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. (p. 05)

Con respecto a los estudios longitudinales de segmentos, Polit , D y Hungler, B, los define como: “aquellos que estudian la dinámica de una variable a través del tiempo, en los cuales se recurre a las mismas personas

para obtener datos en un solo momento, para inferir tendencias en el tiempo”
(Pág. 160)

La presente investigación se enfocará en el tipo mencionado, por cuanto los datos serán recogidos directamente de la fuente a través de los instrumentos diseñados y aplicados por las investigadoras, en un solo momento.

3.2. POBLACIÓN

Según Tamayo, M. (1997), “la población esta determinada por las características propias que presente, por lo que el conjunto de elementos que posea estas características denomina población” o universo, es decir, la totalidad del fenómeno a estudiar, y en donde las unidades de dicha población posean unas características comunes, la cual será estudiada y dará origen a los datos suficientes necesarios para lograr la investigación.
(p.184).

La población objeto de estudio esta conformada por doce (12) profesionales de enfermería distribuidos en los diferentes turnos dentro de la

Unidad de Cuidados Coronarios del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera".

3.3. MUESTRA

Según Polit, D (2000) al respecto señala que la muestra:

Constituye un subconjunto de las unidades que componen la población y que en la terminología del muestreo, las unidades que constituyen las muestras y poblaciones se conocen como elementos; por lo que el elemento es la unidad básica acerca de la cual se recaba información. En ciencias de la salud los elementos suelen ser seres humanos. (p.289).

La muestra la conforman la totalidad de la población, es decir, un total de doce (12) profesionales de la enfermería lo que representa el 100% de la población objeto de estudio, es decir todo el personal profesional de la enfermería destacados en la Unidad de Cuidados Coronarios, el cual se ubica entre los tres turnos de guardia, es decir, 7/1, 1/7, 7/7 quienes proporcionan los cuidados a los pacientes recluidos y recopilan informaciones sobre el estado de salud del paciente con la finalidad de identificar los diferentes procedimientos aplicados en esta unidad.

3.5. MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Como parte del diseño metodológico se integran los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el instrumento que se utilizará de acuerdo a Pineda, E; Alvarado, E y Canales, F (1994), “el método es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos se cita la observación y la encuesta” (p. 125).

Para la búsqueda de datos e información de la variable en estudio se elaborará un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario. Dicho instrumento se encuentra estructurado por ítem con alternativas dicotómicas cerradas (Sí – No), dirigidos a determinar los cuidados no farmacológicos y farmacológicos que proporciona el profesional de enfermería a los usuarios con dislipidemias.

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez

La validez, se realizará a través de la opinión de expertos en estadística, metodología de la investigación y contenido, con lo que se validará en términos de redacción e interpretación el instrumento de recolección de datos. Según Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P (1995) “la validez es un concepto del cual puede tenerse diferentes tipos de evidencia, 1. evidencia relacionado con el contenido, 2. evidencia relacionado con el criterio, 3. evidencia relacionado con el constructor.” (p.435)

Confiabilidad

Con relación a la confiabilidad, se dice que un instrumento es confiable si se obtienen medidas o datos que representan al valor real de la variable, que sé esta midiendo y si estos datos o medidas son iguales, al ser aplicados a los mismos sujetos u objetos en ocasiones diferentes, en el mismo momento pero, aplicando diferentes instrumentos o al ser aplicados por diferentes personas. Para Pineda Pineda, E; Alvarado, E y Canales, F (1994), “La confiabilidad es la medición, o sí como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (p. 139).

Para medir la confiabilidad según Hernández, R; Fernández, C y Batista, P (1995), “se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 262).

Para obtener la confiabilidad, se calculará a través del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson, el cual se ajusta perfectamente, debido a la naturaleza de parte de los ítems del instrumento (dicotómicos), el cual viene dado por la siguiente fórmula:

$$K = \frac{n}{n-1} \cdot V_T \frac{\sum P \cdot Q}{V_T}$$

Kuder – Richardson

N = Número de Items

V_T = Varianza Total de la Prueba

$\sum P \cdot Q$ = Sumatoria del Producto de P por Q.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este aspecto, según Pardo, G y Cedeño, M (1999), “son una serie de actividades que utiliza el investigador para llevar a cabo el estudio” (Pág.

55). A tal modo, para el logro de la investigación, se seguirán los procedimientos metodológicos a través de las siguientes actividades:

- Visita al centro donde se realizará el estudio.
- Solicitud de autorización para realizar el estudio.
- Diseño del Instrumento.
- Validación del instrumento.
- Aplicación de la prueba piloto.
- Aplicación del instrumento.
- Tabulación y análisis de datos.
- Redacción de conclusiones y recomendaciones

3.8. TÉCNICAS DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información, se procederá a vaciar los datos de forma manual en una matriz de doble entrada. Posteriormente, dichos datos serán categorizados por medio de frecuencias y porcentajes mediante la utilización de la versión del programa Office 2000 para Windows X. P y se aplicará el análisis descriptivo.

Una vez obtenidas las tablas, se procederá a realizar la representación mediante gráficos sectoriales, lo cual permitirá la presentación de los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se procede a presentar la información obtenida, con la finalidad de dar respuestas a los objetivos e interrogantes planteadas en el estudio, en cuanto a las características de la muestra en los aspectos relacionados al cuidado de enfermería dirigido al paciente con Dislipidemia en la Unidad de Cuidados Coronarios, de la Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera” Valencia Estado Carabobo, durante el período 2006, en sus dimensiones, cuidado no farmacológico que recibe el usuario sobre las acciones dirigidas a establecer mejores condiciones de vida y cuidado farmacológico, definido como las indicaciones médicas y orientadas al paciente procurando su pronta y total recuperación.

Dichos resultados se muestran en forma porcentual, a través de ítems que responden a los subindicadores; para ello se emplearon gráficos de barra en los cuales se visualizan los resultados obtenidos.

CUADRO N° 1

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS A LA EDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN
INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Edad /años:	Fa	%
20 - 30	3	25
31 - 40	6	50
41 y más	3	25
TOTAL	12	100

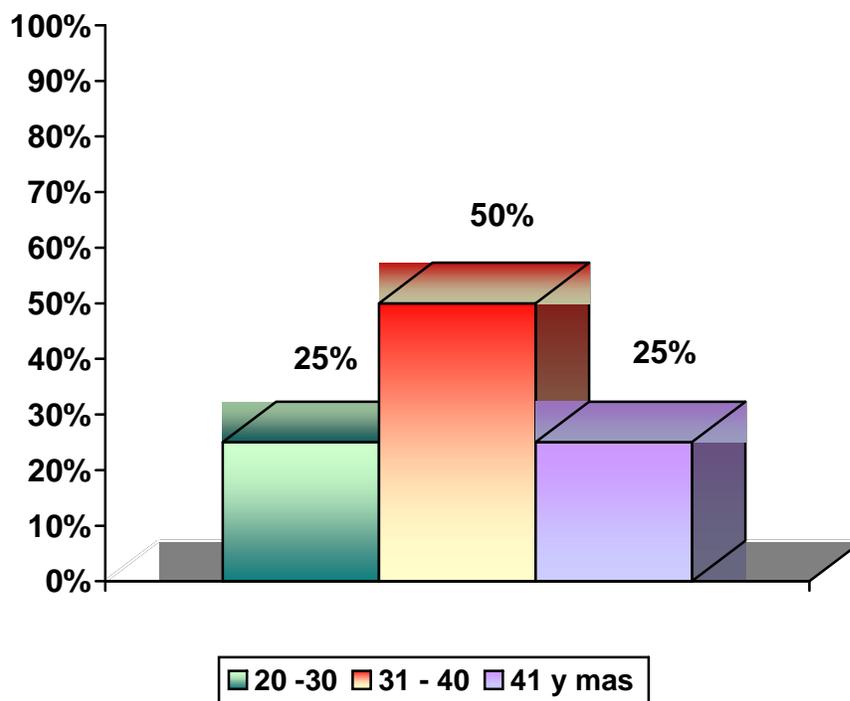
Fuente:

Instrumento aplicado. Brizuela, Centeno (2006)

Análisis: De los resultados obtenidos en el cuadro N° 1 se observa que un 25% de los profesionales de enfermería encuestados, tiene edades entre 20 a 30 años, el 50% entre 31 y 40 años y el 25% tiene más de 41 años.

GRÁFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS A LA EDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN
INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**



CUADRO N° 2

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL SEXO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN
INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

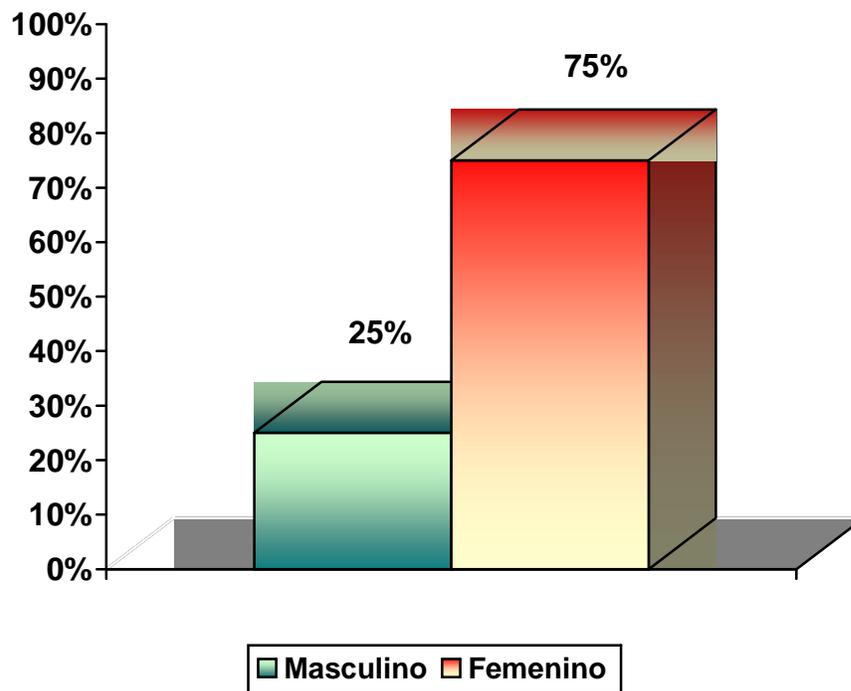
Sexo	Fa	%
Masculino	3	25
Femenino	9	75
TOTAL	12	100

Fuente: **Instrumento aplicado. Brizuela, Centeno (2006)**

Análisis: De los resultados obtenidos en el cuadro N° 2, se observa que un 75 % de los profesionales de enfermería encuestados son del sexo femenino y el otro 25% restante es del sexo masculino.

GRÁFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL SEXO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN
INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**



CUADRO N° 3.

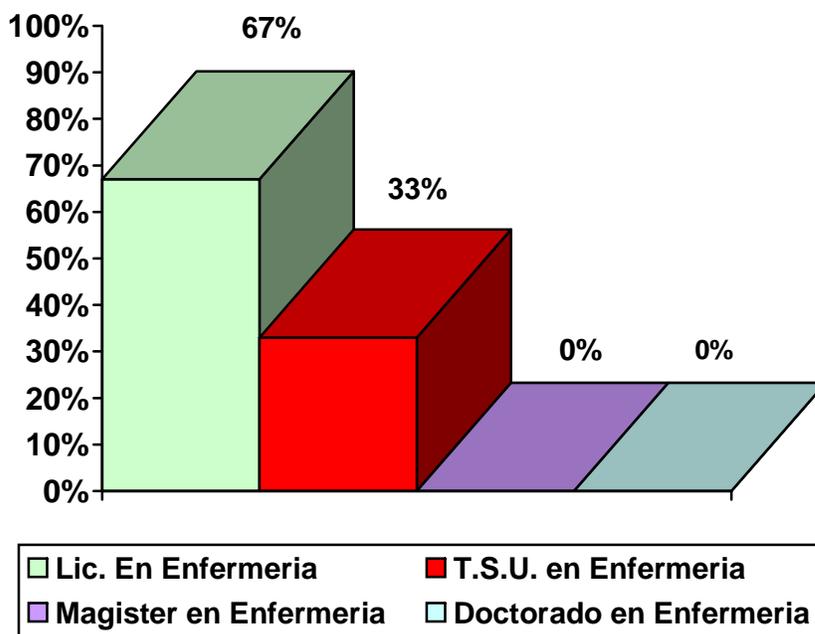
**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL NIVEL ACADÉMICO: DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Nivel Académico:	Fa	%
Lic. En Enfermería.	8	67
T.S.U en Enfermería.	4	33
Magíster en Enfermería		
Doctorado en Enfermería		
Totales	12	100

Fuente: **Instrumento aplicado. Brizuela, Centeno 2006.**

Análisis: De las respuestas reflejadas en el gráfico N° 3, emitidas por los profesionales de enfermería se tiene que un 67% son Licenciadas en Enfermería y el 33% restante son T.S.U, en Enfermería.

GRÁFICO Nº 3.
DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL NIVEL ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006



CUADRO N° 4

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS A LOS AÑOS DE SERVICIOS DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

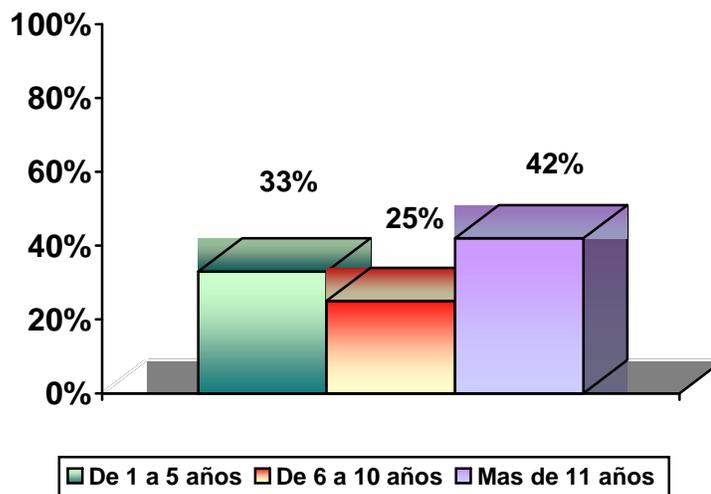
Años en el cargo	Fa	%
De 1 a 5 años	4	33
De 6 a 10 años	3	25
Más de 11 años	5	42
TOTAL	12	100

Fuente: **Instrumento aplicado. Brizuela, Centeno 2006.**

Análisis: De los resultados obtenidos en el gráfico N° 4, se observa que un 33% de los profesionales encuestados refieren tener entre 1 año a 5 años en el cargo, un 25% se ubica entre los 6 y 10 años, un 42% mas de 11 años.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS A LOS AÑOS DE SERVICIOS DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006



CUADRO N° 5

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN
LA ORIENTACIÓN SOBRE EJERCICIO RUTINARIO QUE PROPORCIONA
EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

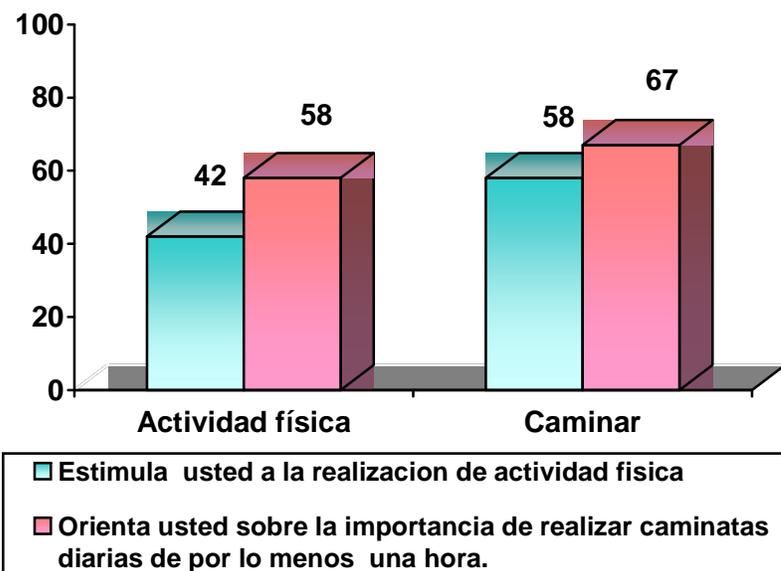
Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le Estimula Usted a la realización de actividad física	5	42	7	58
Le Orienta Usted sobre Importancia de realizar caminatas diarias de por lo menos una hora	8	67	4	33
Total Promedio	7	55	5	45

Fuente: Instrumento aplicado. Brizuela y Centeno 2006.

Análisis: De los resultados obtenidos en el gráfico N° 5 se observa que un 55% de los profesionales de enfermería encuestados, si proporciona orientación sobre la importancia del ejercicio rutinario para el control de la dislipidemia, mientras que el 45% lo niega.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN LA ORIENTACIÓN SOBRE EJERCICIO RUTINARIO QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006



CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN LA ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SANA QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006

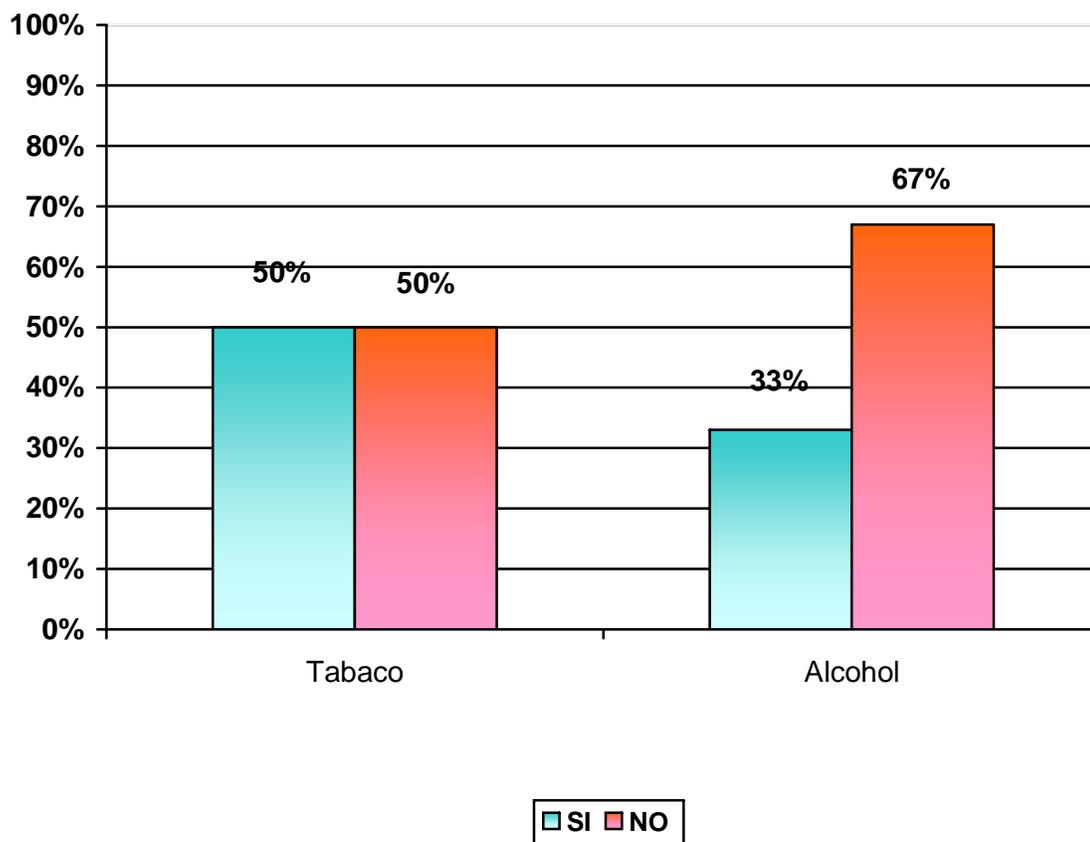
Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le explica Usted que debe evitar hábito tabáquico	6	50	6	50
Le orienta Usted sobre la importancia de reducir el consumo de alcohol	4	33	8	67
Total Promedio	5	41	7	59

Fuente: **Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006**

Análisis. Referido a los resultados observados en el Cuadro N° 6, en cuanto a los hábitos de vida sana, se obtuvo que un promedio del 41% de los profesionales participantes en el estudio explican la necesidad de modificar hábito tabáquico y alcohólico, mientras que el 59% no lo hace. Desglosando se tiene que referido a si le explica que debe evitar el hábito tabáquico, el 50% de los encuestados respondió que si y el 50% restante niega. Concerniente a si orienta sobre la importancia de reducir el consumo de alcohol el 33% de los profesionales respondieron que si, 67% que no.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN LA ORIENTACIÓN SOBRE HáBITOS DE VIDA SANA QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006



CUADRO N° 7

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN LA ORIENTACIÓN SOBRE MANTENER EL PESO CORPORAL QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006

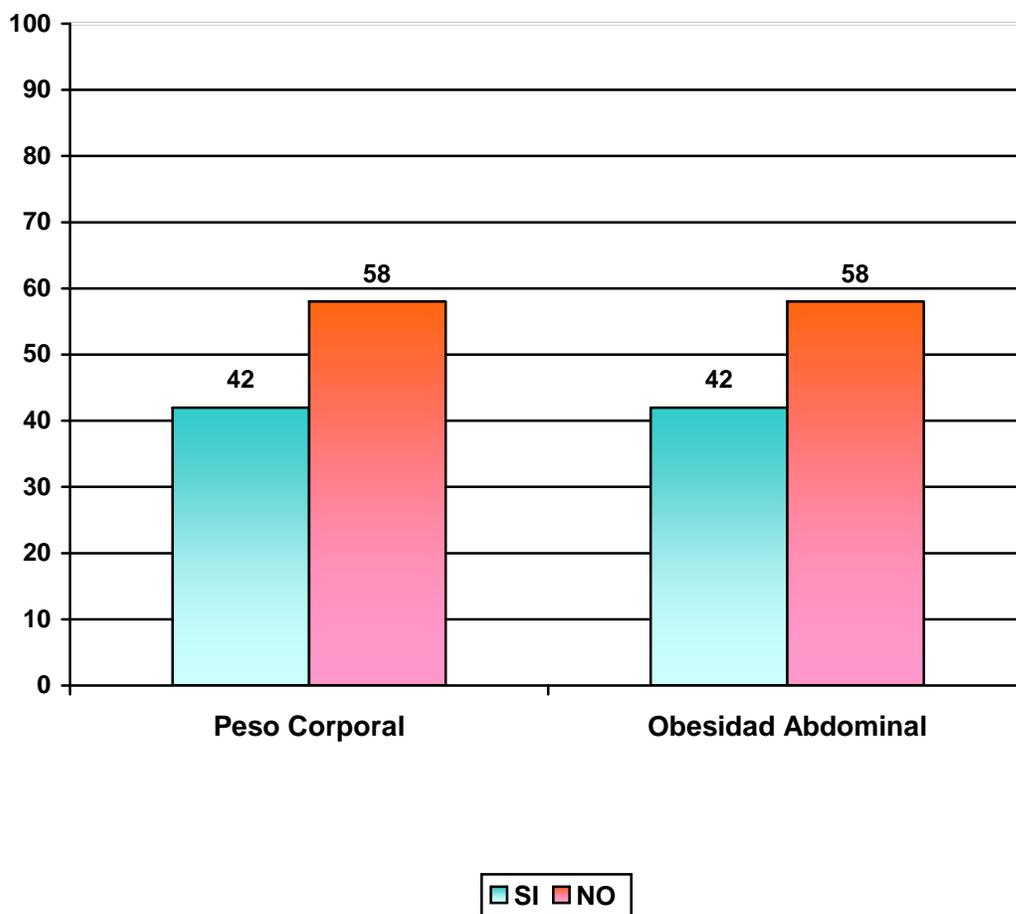
Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le explica Usted la importancia de mantener un peso corporal adecuado	5	42	7	58
Le explica Usted el riesgo que implica la obesidad abdominal para las dislipidemias.	5	42	7	58
Total Promedio	5	42	7	58

Fuente: Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006

Análisis: Referido a orientación sobre la importancia de mantener el peso corporal, un promedio del 42% de los profesional de enfermería que formó parte de las observaciones realizadas informo que orienta a los usuarios sobre la importancia de mantener el peso corporal y el riesgo de la obesidad abdominal para las dislipidemias, mientras que el 58% que no lo hace.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS SEGÚN LA ORIENTACIÓN SOBRE MANTENER EL PESO CORPORAL QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006



CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS A LA DIETA HIPOCALORICA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006

Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le da información Usted sobre la importancia de la dieta con bajo contenido de grasas	6	50	6	50
Le indica Usted que debe reducir el consumo de azucares refinados y en que consiste.	8	67	4	33
Le orienta Usted sobre la importancia de incluir en la dieta una alta proporción de fibras y cuales pueden ser	8	67	4	33
Total Promedio	7	61	5	39

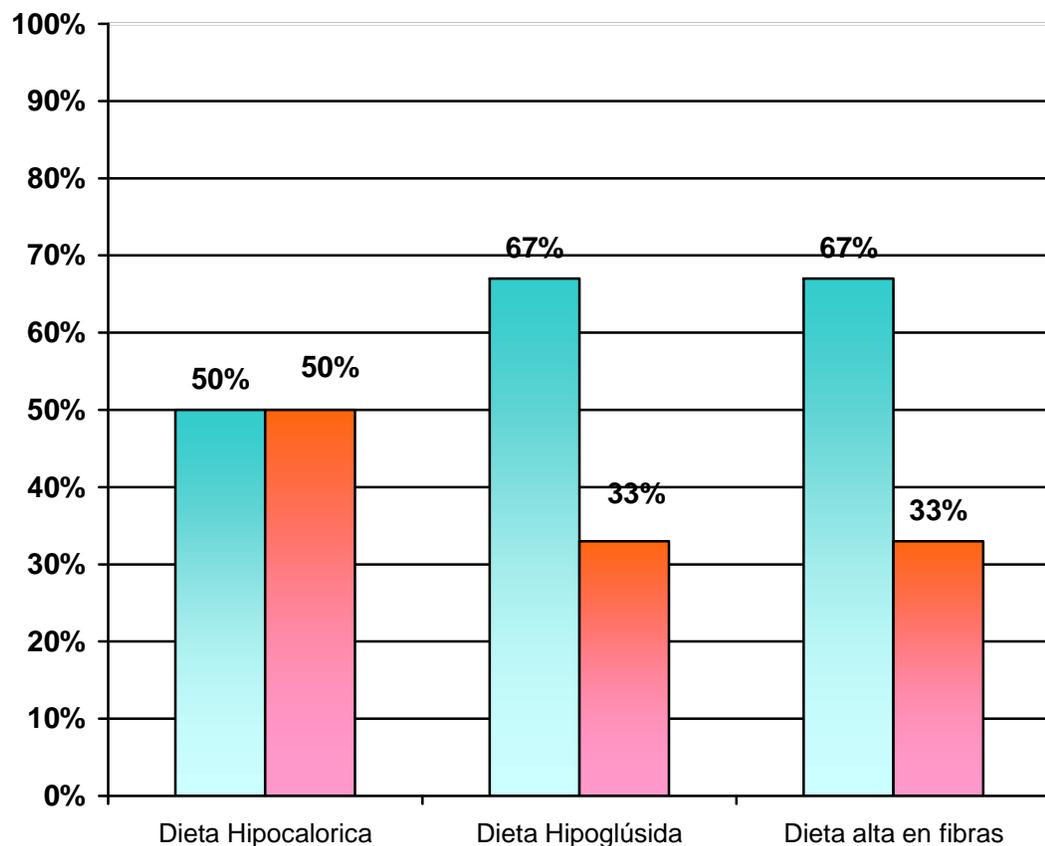
Fuente: Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006

Análisis: Referido a orientación sobre la dieta hipocalórica, un promedio del 61% de los participantes afirma hacerlo, y el 39% lo niega. Esto se evidencia en los siguientes datos: Concerniente a si informa sobre la importancia de la dieta con bajo contenido de grasas, el 50% de los profesionales observados si lo hacen, mientras que el restante 50% no. Referido a si, indica que debe reducir el consumo de azucares refinados y en que consiste un 67% de los profesionales si lo hacen, mientras que otro 33% no. Referido a si, orienta sobre la importancia de incluir en la dieta una alta proporción de fibras y cuales pueden ser el 67% lo hace, mientras que el 33% no.

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS A LA DIETA HIPOCALORICA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS

**CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
"ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**



■ SI

■ NO

CUADRO N° 9

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL CONTROL PERIÓDICO DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le estimula Usted para que asista a las citas médicas periódicas	9	75	3	25
Le indica Usted las posibles complicaciones de las dislipidemias	4	33	8	67
Total Promedio	7	54	5	46

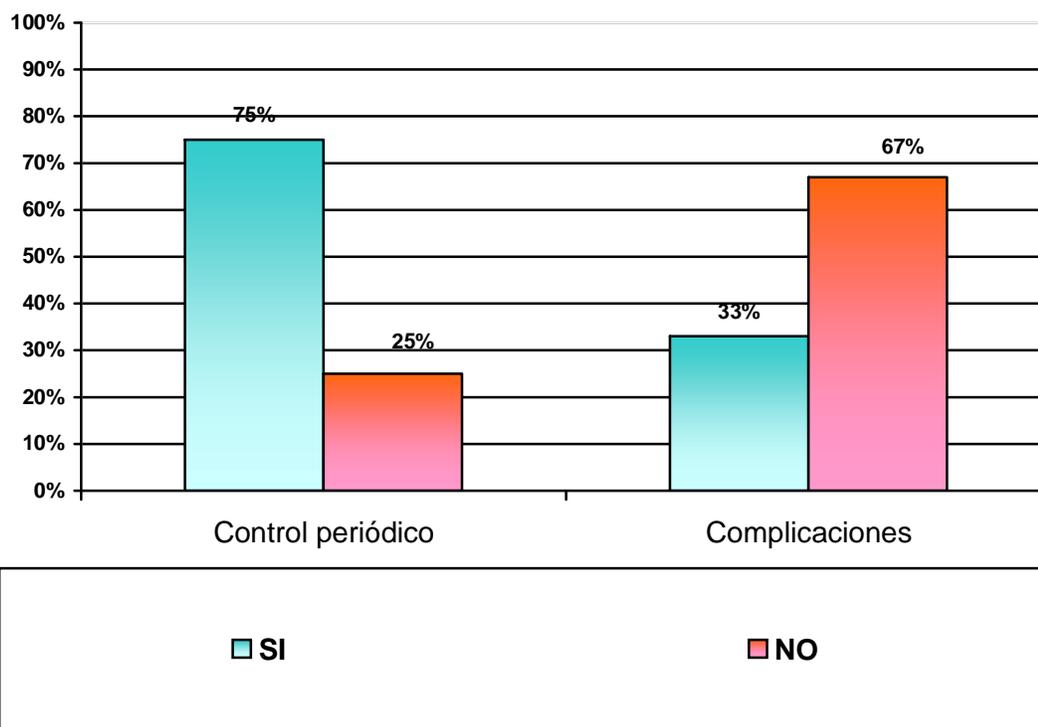
Fuente: Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006

Análisis: Con respecto a la orientación que proporciona realizadas a los profesionales de enfermería que 54% si lo indica, y el 46% no. Esto se evidencia en las siguientes observaciones: Concerniente a si, estimula Usted para que asista a las citas médicas periódicas el 75% de los profesionales observados si lo hacen, mientras que el restante 25% no. Referido a si indica Usted las posibles complicaciones de las dislipidemias, un 33% de los profesionales si lo hacen, mientras que otro 67% no.

GRÁFICO Nº 9

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS
RELACIONADAS AL CONTROL PERIÓDICO DE LA POBLACIÓN EN
ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE
ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS**

**CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
"ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**



CUADRO Nº 10

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS A INFORMACIÓN SOBRE EL CONTROL DE NIVELES DE COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006

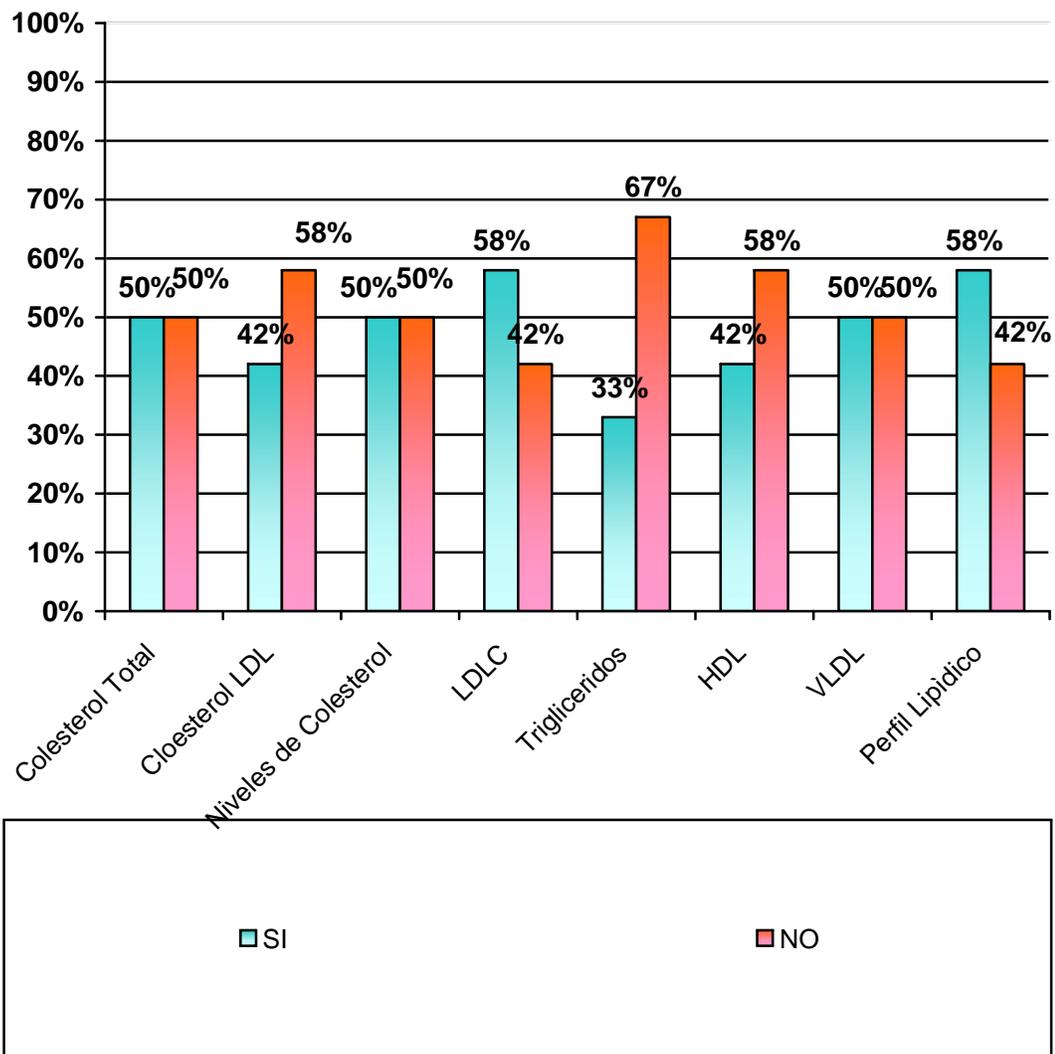
Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le explica Usted que es el colesterol total	6	50	6	50
Le explica Usted que es el Colesterol LDL	5	42	7	58
Le informa importancia de Mantener colesterol < 200	6	50	6	50
Le informa Usted que debe mantener un LDLc < 100	7	58	5	42
Le explica Usted que son los triglicéridos	4	33	8	67
Le informa Usted que es el colesterol HDL	5	42	7	58
Le informa Usted que es el colesterol VLDL	6	50	6	50
Le orienta la necesidad de realizar anualmente perfil lipídico y como se hace	7	58	5	42
Total Promedio	6	48	6	52

Fuente: Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006

Análisis: En cuanto al control de niveles de colesterol y triglicéridos, se obtuvo un promedio del 48% de los participantes informa a los usuarios al respecto. Desglosando se tiene: El 50% le explica que es el colesterol total. Un 42% explica que es el Colesterol LDL y el 58% no. El 50% informa la importancia de Mantener colesterol < 200. Un 58% informa que debe mantener un LDLc < 100, mientras el 42% no. El 33% explica que son los triglicéridos y el 67% no. El 42% informa que es colesterol HDL, mientras que el 58%. Un 50% informa que es el colesterol VLDL, mientras que el restante 50% no. El 58% orienta sobre la realización anual del perfil lipídico y como se hace.

GRÁFICO Nº 10

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS AL CONTROL DE NIVELES DE COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006



CUADRO Nº 11

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA “ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2006

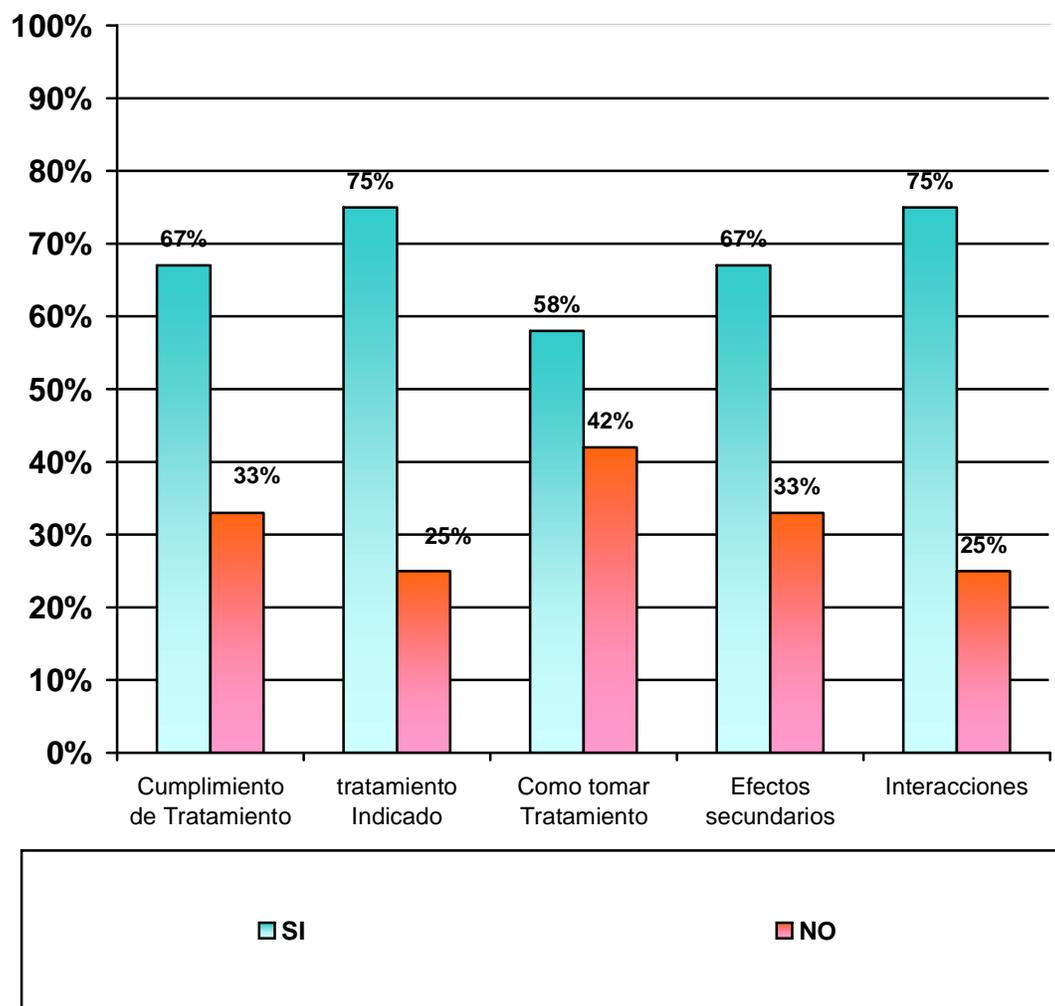
Ítems	Alternativa			
	Sí		No	
	Fa	%	Fa	%
Le orienta Usted sobre la importancia de cumplir con el tratamiento médico indicado.	8	67	4	33
Le indica Usted cual es el tratamiento habitual de las dislipidemias.	9	75	3	25
Le indica Usted cuando debe tomar el tratamiento	7	58	5	42
Le informa Usted sobre posibles efectos secundarios del tratamiento	8	67	4	33
Le explica las posibles interacciones farmacológicas de los medicamentos usados en las dislipidemias	9	75	3	25
Total Promedio	8	67	4	33

Fuente: Instrumento aplicado Brizuela y Centeno 2006

Análisis: Referido a orientación sobre el tratamiento hipolipemiante, se obtuvo que un promedio del 67% de los profesionales de enfermería realiza esta función, mientras el 33% no lo hace. Desglosando, se tiene un 67% orienta sobre importancia de cumplir con el tratamiento indicado, mientras el 33% no. El 75% de los participantes indica el tratamiento de las dislipidemias, mientras que el 25% no. Un 58% indica cuando debe tomar el tratamiento y el 42% no. Sobre posibles efectos secundarios del tratamiento el 67% informa y el 33% no. Respecto a posibles interacciones farmacológicas de los medicamentos usados en las dislipidemias, se observó que el 75% lo hace mientras que el 25% no lo hacen.

GRÁFICO Nº 11

DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y PORCENTUAL DE RESPUESTAS RELACIONADAS AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA" VALENCIA ESTADO



CAPÍTULO V

GUÍA DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA

5.1. INTRODUCCIÓN

Las Dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud: Comprende situaciones clínicas en que existen concentraciones anormales de colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (C-HDL), colesterol de baja densidad (C-LDL) y/o triglicéridos (TG). Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedad cardiovascular, en especial coronaria.

La decisión de tratamiento no farmacológico y farmacológico se basa en una evaluación del riesgo cardiovascular global del paciente. Este puede ser máximo en caso de ya existir enfermedad coronaria, o bien otras formas clínicas de enfermedad aterosclerótica (EA): arteriopatía periférica, aneurisma de la aorta abdominal y enfermedad sintomática de la carótida.

En un segundo grupo se encuentran aquellas personas de riesgo alto, las que presentan dos o más factores de riesgo cardiovascular, y en un tercer grupo (riesgo moderado) aquéllas que tienen como máximo un factor de riesgo.

Cuando el paciente con dislipidemia ingresa a la Unidad de Cuidados Coronarios, generalmente presenta con complicaciones Cardiovasculares, por lo que los cuidados de enfermería se encuentran dirigidos a restablecer su salud y orientarlo sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado para restablecer su salud.

5.2. MISIÓN

Proporcionar lineamientos y normas a la unidad de cuidados coronarios que permita proporcionar un cuidado integral al paciente que ingresa con dislipidemia.

5.3. VISIÓN

Constituir un medio para orientar al personal de enfermería a comprender la importancia de realizar las actividades de manera

sistematizada, aplicando normas y procedimientos de cuidado al paciente que ingresa con infarto de miocardio.

5.4.OBJETIVO GENERAL

Diseñar un protocolo de ingreso en el manejo de pacientes con infarto de miocardio, en la unidad de cuidados coronarios de la ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

5.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar al personal que labora en la unidad de cuidados coronarios para que proporcione una atención de enfermería eficaz al paciente con dislipidemias.
- Establecer criterios de uniformidad en la aplicación de técnicas y procedimientos empleados en la unidad, para el ahorro de tiempo y esfuerzo.
- Cumplir las normas de la unidad de cuidados coronarios para garantizar un mejor cuidado del paciente.
- Mantener actualizados los elementos de infraestructura de la unidad de Cuidados coronarios tales como: misión, visión, objetivos,

organigrama, para establecer metas y cumplir objetivos de la institución.

- Optimizar la utilización de los recursos de la unidad.

5.6. ESTUDIO DE LA FACTIBILIDAD

Factibilidad Técnica:

Para la implementación de la guía propuesta se requiere de instrumentos de carácter técnico, es decir, entre los instrumentos necesarios. Se encuentran los recursos proporcionados por la institución, tal como equipos de computación, sala de videoconferencias, equipo de video.

Factibilidad Social:

El desarrollo de políticas y procedimientos traerá como beneficio a los empleados del Centro de Salud los siguientes aspectos:

- Mejor supervisión de las actividades relacionadas a actividades de la unidad de cuidados coronarios.

- El trabajo en equipo que conlleva a una mejor coordinación en los procedimientos, mejorará las relaciones interpersonales, ya que realizarán sus funciones y actividades en un ambiente de trabajo más idóneo.
- La propuesta ha sido diseñada de manera que permite la fácil implantación de políticas y procedimientos, no existiendo a su vez limitaciones que impidan su funcionamiento.

Factibilidad Económica:

La propuesta no ocasiona gastos excesivos para su implementación ya que depende principalmente del interés del personal de enfermería en cuanto al desempeño de sus funciones y responsabilidades, así como en ayudar al acatamiento de las políticas y los procedimientos propuestos para el mejor manejo de las funciones desempeñadas.

5.6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

La actuación de enfermería ante pacientes con dislipidemia exige el conocimiento por parte de la enfermera (o) de un conjunto de procedimientos dirigidos a tratar las diferentes exposiciones de la patología.

Dentro del conjunto de procedimientos que se le debe aplicar al paciente con se tienen los siguientes:

- a) Recibir el paciente a su llegada a la Unidad de Cuidados Coronarios
- b) Ubicar la paciente en la cama asignada
- c) Administrar Oxigenoterapia indicada
- d) Realizar electrocardiograma de Ingreso
- e) Tomar muestras de sangre (8 cc) para realizar laboratorio de Ingreso a la UCC (hematología Completa, Electrolitos, Enzimas Cardiacas, Perfil lipidito, Glicemia capilar, Troponina, PT, PTT, MG, Ca, INR))
- f) Colocar dos vías periféricas con Yelco N° 18 y 20, en área proximal de ambos miembros superiores (manos).
- g) Suministrar solución glucosada al 5% (10 a 20 ml/min) con migrogotero, preferiblemente mediante bomba de perfusión.
- h) Monitorizar al paciente y controlar signos vitales (T/A, Pulso, Respiración, Temperatura, Saturación de Oxígeno) cada dos horas y S.O.S.
- i) Preparar el uso de trombolisis (Streptace) según la indicación médica establecida (diluir en 100 cc sol 0,9%)
- j) Permanecer atento ante cualquier signo de hipotensión (en tal caso suspender terapia trombolitica)
- k) Colocar al paciente en posición Trendelenbug

- l) Programar toma de muestras de sangre para enzimas cardiacas cada 8 horas post trombolisis
- j) Actualizar Órdenes médicas
- k) Proporcionar higiene y confort.
- l) Notificar al médico sobre signos de alarma observados.
- m) Realizar reporte diario de enfermería.
- n) Orientar al paciente y familiares sobre el autocuidado
- o) Indicarle la importancia de realizar ejercicio físico periódico.
- p) Explicarle la importancia de mantener Hábitos de vida sana, reduciendo el consumo de alcohol y hábito tabaquito.
- q) Explicarle la importancia de Mantener el peso corporal, a través de dieta hipocalórica, hipoglúsida y alta en contenido de fibras.
- r) Explicarle los riesgos de la obesidad abdominal.
- s) Orientarle sobre la importancia del control médico periódico.
- t) Orientarle sobre la importancia del perfil lipidico y como realizarlo.
- u)Explicarle los niveles apropiados de Colesterol total, Triglicéridos, Colesterol HDL, LDL, LDLc, VLDL.
- v) Indicarle importancia de cumplir el tratamiento Hipolipemiente.
- w) Indicarle la forma de tomar el medicamento.
- x) Explicarle posibles efectos secundarios del tratamiento e interacciones con otros fármacos.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos, y sobre la base de los objetivos del estudio, se concluye:

En referencia al primer objetivo específico de la investigación, describir los cuidados que brinda el personal de enfermería al paciente con dislipidemia referido a tratamiento no farmacológico o hábitos de vida, se obtuvo que el 55% de los participantes, si proporciona orientación sobre la importancia del ejercicio rutinario para el control de la dislipidemia, mientras que el 45% respondió negativamente.

Por otra parte, un promedio del 41% de los profesionales participantes en el estudio explican la necesidad de modificar hábito tabáquico y alcohólico, mientras que el 59% no lo hace.

Con respecto a la importancia de mantener el peso corporal, el 42% del profesional de enfermería que formó parte de las observaciones realizadas informa a los usuarios, mientras que el 58% no lo hace.

Estos resultados resultan preocupantes, ya que en la medida que los profesionales de enfermería informen a los usuarios sobre los cambios en el estilo de vida, en esa misma medida se logrará que comprendan la necesidad de modificación de factores de riesgo, tal como refiere Pellerino, citado en Beare, P y Myers, J (1997), sobre "Las bases filosóficas de una verdadera profesión, se describen por la naturaleza de la relación que se establece entre los profesionales y los que se acercan a ellos en busca de ayuda" (Pág. 67).

Siendo que el nivel educativo mayoritario de los participantes es Licenciados en Enfermería, y en su generalidad adultos jóvenes, pueden brindar estrategias educativas actuales y de alta calidad científica a esta población, que permitan llevar a los usuarios con dilipidemia el apoyo requerido para la modificación de factores de riesgo asociados a esta patología,

Según Marriner, A (2000) la promoción de la salud deben ejecutarse por medio de actividades de promoción y la participación, compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias ... en las poblaciones de alto riesgo, la intervención será especialmente no farmacológica y consistirá en educación para la salud (a través de folletos, revistas, boletines, etc), prevención y corrección de la obesidad (dietas con bajo contenido de grasas y alta proporción de fibras) y la estimulación a la realización de actividad física.

Relacionado al segundo objetivo específico de la investigación, identificar la atención brindada por el personal de enfermería al paciente con dislipidemia referido al cuidado farmacológico o hipolipemiente, los resultados reflejan que un promedio general mayor a la mitad de la población (54%), orienta a estos usuarios en cuanto al control periódico y el 46% no. Referido a la orientación sobre el control de niveles de colesterol y triglicéridos, se obtuvo que el 46% de los participantes informa que es el colesterol total, Colesterol LDL, LDLc, que son los triglicéridos y que es el colesterol HDL, se observó que el 42% lo hace mientras que el 58% no lo hacen. Referido a orientación sobre el tratamiento hipolipemiente, efectos secundarios del tratamiento, e interacciones farmacológicas del tratamiento.

Estos resultados permiten concluir que existe la necesidad de crear conciencia en este personal sobre la importancia de orientar a los usuarios sobre el control farmacológico, ya que según Caja, L. y López, P. (1999), en la educación del paciente con dislipidemia el objetivo fundamental es proporcionar la información y el adiestramiento necesarios que lo capaciten para autoresponsabilizarse del tratamiento y control de su enfermedad y de esta forma acceder a una vida autónoma. (p.267).

En atención a lo anteriormente planteado, se puede agregar que entre los métodos más utilizados en la educación de los pacientes con dislipidemia, están la educación individual y grupal, siendo la primera de estas la base del proceso educativo que debe incorporarse a cualquier actividad relativa al cuidado y surgimiento de la patología, mientras que la educación grupal

permite la socialización e intercambio de vivencias y experiencias, las cuales ofrecen positivos resultados terapéuticos; sin embargo en esta modalidad previamente deben valorarse y establecerse las características de los pacientes, intereses y duración de las secciones.

6.2. RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio surgen las siguientes recomendaciones:

Comunicar y publicar los resultados del estudio a las autoridades del Área de Enfermería de la Unidad de Cuidados Coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera" de Valencia Estado Carabobo, con la finalidad de que identifiquen las debilidades y fortalezas en los profesionales de enfermería en cuanto a la orientación sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del usuario con dislipidemias.

Realizar el presente estudio en otras instituciones y a un número mayor de elementos muestrales, ya que ello permitirá profundizar sobre las acciones de orientación a los usuarios sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la dislipidemia, ya que esta patología es cada vez más frecuente en la población Carabobeña.

Planificar sesiones educativas dirigidas a informar a la población en estudio sobre el control de factores de riesgo.

Exponer los resultados de la investigación en jornadas científicas de enfermería relacionadas con el tema en estudio.

Realizar un seguimiento a los profesionales de enfermería, a fin de verificar que pongan en práctica las medidas recomendadas.

Proponer el diseño de protocolos de cuidado que permitan orientar al usuario con dislipidemia sobre el tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMÉRICAN HEALD INSTITUTE. (2001). **Enfermedades Cardiovasculares**. Anuario Estadístico.
- CAJA, L. Carmen y López, P. Rosa. (1993). **Enfermería Comunitaria III, "Atención de Enfermería en la Dislipidemia"**. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Madrid-España.
- CAMÁRO, H. (1997). **Infarto Agudo del Miocardio, Correlación entre el Electrocardiograma Bidimensional**. Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua. Tesis de Grado.
- CASTILLO, M. (1998). **Estilo de Vida y Predisposición para Cardiopatías Coronarias**. Tesis. San Juan de los Morros, Edo. Guárico.
- GUERRERO, M., Hayde Descree. (1996). **Hipertensión Arterial, Seguimientos y Control, Ambulatorio III, La Isabelina**. Valencia – Venezuela. (Tesis de Grado).
- LÓPEZ, C. Nelson. (2002). **Construcción de Protocolos para los Cuidados de Enfermería**. Editor. Lic. Sol María, Suniaga, Agreda. Caracas.
- LIBBY, P (1998). **Enfermedades Vasculares**. Mac Graw Hill. México
- MORENO, D. (1997). **Complicación Aguda del Infarto al Miocardio en Pacientes del Hospital Central**. Maracay – Edo. Aragua. Tesis de Grado.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2000). Anuario Estadístico. Caracas. Venezuela.
- NAVAS, I. (2000). **Estilo de Vida y Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares**. Tesis de Grado. San Juan de los Morros, Edo. Guárico.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). **Informe Anual Epidemiológico**. E.U.A.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). **Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares**.

- PARDO, G., y Cedeño, M., (1999) **Todo Sobre Técnicas de Investigación**. 2ª ed. Caracas: Ofimax de Venezuela.
- PINEDA, E., Alvarado, E. Y Canales, F. (1996). Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud 2º Edición. O.P.S. E.U.A.
- POLIT, B y Hungler, D (2000) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. México. Mac Graw Hill.
- RIVAS, Belkis . (2002). **Cuidados de Enfermería en Pacientes Post Infartados al Miocardio**. Tesis de Grado. Esc. Postgrado en Enfermería. UC. Valencia – Edo. Carabobo.
- SELWYN, A; y Braunwald, E (1998). **Cardipatía Isquémica**. Mac Graw Hill. México
- STEVEN, A. Etal. (1992). **Proyecto para Mejorar el Estilo de Vida y Modificación de Factores de Riesgo**. Trabajo de Grado no Publicado. Universidad de Carabobo. Valencia.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR. (2000) **Manual para la Elaboración de Trabajos de Grado, Maestría y tesis Doctorales**. Fedupel. Caracas.
- WILLIAMS, G (1998). **Enfermedades del Aparato Cardiovascular**. Mac Graw Hill. México

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS RELACIONADOS AL
CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PACIENTE
CON DISLIPIDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS, CIUDAD HOSPITALARIA
“ENRIQUE TEJERA” VALENCIA ESTADO
CARABOBO AÑO 2006**

Autores:

José Brizuela C.I 10.230.402

Carlos Centeno C.I 8.345.496

Valencia, Octubre 2006

Estimado Colega.

El cuestionario que a continuación se le presenta, se encuentra dirigido a obtener información relacionada a los Cuidados de Enfermería a pacientes que ingresan con dislipidemias a la Unidad de Cuidados Coronarios.

Los datos por Ud. Suministrados, serán utilizados como fuente de información para la realización de un trabajo de investigación, como requisito parcial para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, por lo tanto, se agradece su mayor colaboración al respecto.

El cuestionario, está estructurado por 24 preguntas con dos alternativas de respuesta cerrada, en las cuales debe contestar las opciones: Sí ó NO.

No deje preguntas sin contestar.

Gracias.

INSTRUCCIONES

El cuestionario consta de dos partes: la primera, basada en preguntas relacionadas con los datos demográficos. La segunda parte, estructurada con preguntas relacionadas a los cuidados proporcionados al paciente con dislipidemia.

Para responder a los ítems sociodemográficos, marque con una "X" en el lugar indicado según corresponda a su situación.

Para responder las preguntas relacionadas a los cuidados de enfermería a pacientes con dislipidemia, marque con una X según corresponda.

Es importante que responda todas las preguntas.

No firme el cuestionario. Recuerde que es de carácter confidencial.

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

PRIMERA PARTE: DATOS DEMOGRÁFICOS.

1. Edad /años:

20 - 30 _____
31 - 40 _____
41 y más _____

2. Sexo: Masculino _____

Femenino _____

3. Nivel Académico:

Lic. En Enfermería. _____

T.S.U en Enfermería. _____

Magíster en Enfermería _____

Doctorado en Enfermería _____

4. Años en el cargo:

De 1 a 5 años _____

De 6 a 10 años _____

Más de 11 años _____

SEGUNDA PARTE. CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO AL PACIENTE CON DISLIPIDEMIA

Items	Durante la Asistencia al Paciente con Dislipidemias:	Alternativas	
		SI	NO
1	Le Estimula Usted a la realización de actividad física		
2	Le Orienta Usted sobre Importancia de realizar caminatas diarias de por lo menos una hora		
3	Le explica Usted que debe evitar hábito tabáquico		
4	Le orienta Usted sobre la importancia de reducir el consumo de alcohol		
5	Le explica Usted la importancia de mantener un peso corporal adecuado		
6	Le explica Usted el riesgo que implica la obesidad abdominal para las dislipidemias.		
7	Le da información Usted sobre la importancia de la dieta con bajo contenido de grasas		
8	Le indica Usted que debe reducir el consumo de azúcares refinados y en que consiste.		
9	Le orienta Usted sobre la importancia de incluir en la dieta una alta proporción de fibras y cuales pueden ser		
10	Le estimula Usted para que asista a las citas médicas periódicas		
11	Le indica Usted las posibles complicaciones de las dislipidemias		
12	Le explica Usted que es el colesterol total		
13	Le explica Usted que es el Colesterol LDL		
14	Le informa Usted sobre la importancia de Mantener colesterol < 200		
15	Le informa Usted que debe mantener un LDLc < 100		
16	Le explica Usted que son los triglicéridos		
17	Le informa Usted que es el colesterol HDL		
18	Le informa Usted que es el colesterol VLDL		
19	Le orienta sobre la necesidad de Realizar anualmente perfil lipídico y como se hace		
20	Le orienta Usted sobre la importancia de cumplir con el tratamiento médico indicado.		
21	Le indica Usted cual es el tratamiento habitual de las dislipidemias.		
22	Le indica Usted cuando debe tomar el tratamiento		
23	Le informa Usted sobre las posibles efectos secundarios del tratamiento		
24	Le explica Usted las posibles interacciones farmacológicas de los medicamentos usados en las dislipidemias		