

302112



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA  
"IGNACIO CHAVEZ"  
ESCUELA DE ENFERMERIA



GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE  
MASCULINO POSTINFARTADO ACERCA DEL  
ESTILO DE VIDA SALUDABLE

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
GABRIELA MACIN GARCIA

ASESOR: LIC. ENF. AIDA MONROY CABRERA

MEXICO, D.F., 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por darme la oportunidad de vivir y realizarme como profesionista.

### **A MIS PADRES**

Por estar conmigo en cada momento de mi vida, el saberme guiar por el mejor camino, brindarme su gran amor y confianza y por su apoyo en el transcurso de mis estudios profesionales.

### **A MIS HERMANAS(OS)**

*MÓNICA, TANYA Y ROBERTO*

Por su apoyo, por su preocupación por mi bienestar, por estar conmigo en las buenas y en las malas así como compartir con ellos emociones y tristezas.

### **A MI NOVIO**

*LUIS EDUARDO SÁMANO ROCHA*

Por su gran amor y comprensión, por estar en cada momento de mi vida, por compartir alegrías, tristezas y desvelos, y por ayudarme a realizarme como profesionista.

### **A MIS PROFESORAS**

Por compartir sus conocimientos, por estar al tanto de mi, y brindarme su amistad y confianza.

### **A MIS COMPAÑERAS**

Por su apoyo y confianza.

## CONTENIDO

TÍTULO .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
MARCO TEÓRICO .....	7
✓ FACTORES DE RIESGO .....	7
✓ INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO .....	12
1. CONCEPTO	
2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
3. DIAGNÓSTICO	
4. TRATAMIENTO	
✓ REHABILITACIÓN CARDIACA .....	19
1. CONCEPTO	
2. BENEFICIOS	
3. FACTORES DE RIESGO	
4. FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA	

✓ ESTILO DE VIDA SALUDABLE .....	24
1. MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA	
• DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE COLESTEROL	
• ESTABILIDAD DE LA TENSIÓN ARTERIAL	
• DISMINUCIÓN DEL SOBREPESO CORPORAL	
• SUSPENSIÓN DEL TABAQUISMO	
• ATENUACIÓN DEL ESTADO DE ANSIEDAD	
• DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL PACIENTE CARDIOPATA	
• REINCORPORACIÓN LABORAL	
HIPÓTESIS .....	31
TIPO DE ESTUDIO .....	31
METODOLOGÍA .....	32
1. UNIVERSO	
2. UNIDAD OBSERVACIONAL	
3. MUESTRA	
4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	
5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
7. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
RECURSOS .....	33
• HUMANOS	
• MATERIALES	
• FINANCIEROS	
VARIABLES .....	33

BIBLIOGRAFÍA .....	37
ANEXOS .....	39
❖ INSTRUMENTO .....	40
❖ CÓDIGO DE RESPUESTAS .....	44
❖ DÍPTICO .....	46
❖ CONCLUSIÓN .....	48
❖ RESULTADOS .....	49

**Grado de conocimientos del paciente masculino postinfartado  
acerca del Estilo de Vida Saludable.**

## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de las arterias coronarias es la entidad patológica de mayor importancia en México y en otros países, en términos de mortalidad y morbilidad. "En México, la enfermedad de las arterias coronarias ocasiona de 500 mil a 1 millón de muertes anuales, y es la causa principal de fallecimientos en ambos sexos. Cada año, cerca de 1.5 millones de personas sufren infarto agudo al miocardio y casi todos los casos de este tipo obedecen a aterosclerosis de las arterias coronarias." (Farmer John A. 1999)

En el caso del infarto al miocardio, tema que se desarrollará en este trabajo, ocurre cuando una arteria coronaria se bloquea y no suministra al músculo del corazón el oxígeno suficiente. Estas arterias son las encargadas de proveer al corazón de sangre rica en oxígeno, que es necesaria para que el músculo cardíaco se contraiga y envíe en cada contracción la sangre que se demanda en el resto del cuerpo. Si el tejido muscular del corazón no recibe oxígeno comienza a morir.

Es muy importante poner atención en la disminución de los factores de riesgo, ya que constituyen la modificación del estilo de vida (dieta balanceada baja en sales y azúcares, abundante ingesta de frutas y verduras, realizar ejercicio, disminución y/o abandono del consumo de cigarro y alcohol, entre otros). La modificación de estos y otros factores de riesgo, pueden prevenir que aparezca un infarto agudo al miocardio y ayudarán a evitar la morbilidad y mortalidad por dicha enfermedad.



## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General:***

- Identificar el nivel de conocimiento del paciente masculino postinfartado acerca del Estilo de Vida Saludable.

### ***Objetivos Específicos:***

- Definir el Estilo de Vida Saludable.
- Valorar el nivel de conocimiento del paciente masculino postinfartado acerca del Estilo de Vida Saludable.
- Identificar la necesidad de conocimiento del paciente masculino postinfartado acerca del Estilo de Vida Saludable.
- Intervención de enfermería para mejorar el conocimiento acerca del Estilo de Vida Saludable del paciente masculino postinfartado.
- Evaluar el grado de conocimiento del paciente masculino postinfartado acerca del Estilo de Vida Saludable después de la intervención de enfermería.

## **JUSTIFICACIÓN**

El Infarto Agudo al Miocardio suele afectar más al sexo masculino que oscila entre los 45 a 70 años edad con factores que precipitan la aparición de coronariopatías, “ya que es la causa principal de muerte e incapacidad, es responsable del 40 % de todas las muertes en el país. Cada año aproximadamente 1.5 millones de personas tendrán un ataque cardíaco, 500000 de estas volverán al trabajo y 550000 morirán de un ataque cardíaco, según los últimos datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en México del 2001.

Por esto, la intervención de enfermería cobra suma importancia para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también a la prevención de otro evento y/o detección temprana de sus complicaciones”. (Claudia Ariza Olarte 2001), además algo muy importante y que forma parte de dicha investigación es la modificación del estilo de vida del paciente masculino postinfartado, así como los factores de riesgo: tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, dieta no equilibrada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Estilo de Vida es concebido a través de la historia como "un concepto relacionado al sentido y a la calidad de vida que nace de posibilidades psicológicas de la persona o de circunstancias sociales y culturales que tienen que ver con las posibilidades socioeconómicas y valorativas" (Barbosa 1999), "el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control" (Lalonde M. 2000) o "patrones de conducta individual que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad dependiendo de su naturaleza" (Roth 2000).

El estilo de vida saludable en los pacientes que han sufrido un infarto es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a los factores nocivos que representan riesgo para su salud.

Estudios epidemiológicos realizados en grandes grupos de poblaciones, en diferentes países (EUA), han contribuido a establecer la existencia de "factores de riesgo". Entre los estudios de mayor validez están: el de la comunidad americana de Framminghan, los de Paffenbarger en egresados de Harvard, el estudio de Intervención múltiple de los factores de riesgo, las Clínicas de Investigación de Lípidos, los del Instituto de Investigaciones Aeróbicas de Cooper, estudios con poblaciones de enfermeras y médicos y otros más. Dichos estudios permiten afirmar hoy, que hay ciertos factores que aumentan la probabilidad de que un individuo desarrolle o presente enfermedad coronaria o aterosclerosis en otras arterias, a cualquier edad. Existen factores de riesgo coronario que pueden modificarse y/o prevenirse para evitar dicha enfermedad entre los modificables: tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, inactividad física, obesidad, y los no modificables: antecedentes heredofamiliares, edad, sexo. Tomando en cuenta estos puntos de vista, podemos decir que las malas decisiones y hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo, por lo que me surge la siguiente interrogativa:

*¿Cuál es el grado de conocimiento que tiene el paciente masculino postinfartado acerca del estilo de vida saludable?*

*¿La asesoría de la enfermera mejora el conocimiento del paciente masculino postinfartado acerca del estilo de vida saludable?*

## **MARCO TEÓRICO**

### ***FACTORES DE RIESGO***

#### ***Factores de riesgo no modificables***

La disminución de los factores de riesgo constituye el método clínico primario para evitar la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica.

#### Edad

El proceso de la aterosclerosis comienza desde la infancia y progresa a lo largo de los años, de tal forma que la placa de ateroma suele producir problemas clínicos a partir de la 4ta y 5ta década de la vida, en personas mayores de 55 años aumenta algo más del doble el riesgo con cada década sucesiva de la vida. Así pues, la frecuencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad, sin lugar a dudas, que la severidad de la aterosclerosis coronaria es mayor en las personas de edad avanzada, por lo cual la edad se considera un factor de riesgo.

#### Sexo

“En el estudio cardiológico Framingham, la vigilancia realizada durante 26 años a varones y mujeres de 35 a 84 años de edad, señaló que la mortalidad por arteriopatía coronaria es del doble en varones que en mujeres, y en ellos surgieron 60% de los trastornos coronarios” (Harrison, 1999).

De manera típica, el inicio de la enfermedad y la sintomatología fue unos 10 años antes en varones, pero la incidencia de la arteriopatía mencionada en mujeres se incremento rápidamente en la menopausia.

Las mujeres tienen los mismos factores de riesgo modificables que los varones, pero la diabetes al parecer impone un riesgo mayor a ellas que en ellos, al igual que la disminución del colesterol y el incremento de los triglicéridos plasmáticos.

## **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

### Hipertensión Arterial

Es la elevación de la presión arterial determinada por el aumento de las resistencias vasculares de la circulación en la sangre y por el aumento del volumen sanguíneo circulante.

Por lo general, la hipertensión un factor de riesgo importante del ataque cardiaco, no presenta síntomas específicos, pero puede detectarse con una prueba simple. En los EUA, hasta 50 millones de adultos y niños tienen hipertensión. Esta afecta a 1 de cada 4 estadounidenses adultos. La hipertensión primaria, o esencial, es el tipo más común y se desconoce su causa. La hipertensión secundaria es causada por otra enfermedad, como por ejemplo enfermedad renal.

La hipertensión aumenta la carga de trabajo del corazón, lo que hace que este se agrande y se debilite con el tiempo. Cuando la hipertensión se combina con edad avanzada, obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes, el riesgo de ataque cardiaco aumenta varias veces.

Se estima que un 40% de la población mayor de 40 años de edad padece hipertensión, y cada vez es más frecuente en la población joven como consecuencia del intenso ritmo de vida que se practica aunado a otros factores de riesgo como la edad, herencia, tabaquismo, ingesta excesiva de sal, obesidad y estrés además la vida sedentaria favorecen el aumento de la presión arterial.

La hipertensión es uno de los factores de riesgo modificables importantes tanto isquémico como hemorrágico. El tratamiento precoz y eficaz de la hipertensión permite eliminar o reducir el riesgo de enfermedad cardiaca y lesión a otros órganos. La reducción de la presión arterial puede disminuir significativamente el riesgo de enfermedad cardiaca tanto en hombres como en mujeres.

El descenso de peso y las medidas dietéticas también contribuyen a prevenir y tratar la hipertensión.

## Tabaquismo

El consumo del tabaco y sus productos, sigue siendo un gran peligro sanitario en Estados Unidos y México, así como uno de los factores primarios de riesgo modificables respecto a arteriopatía coronaria, en México fuman 46 millones de adultos o 25% de la población mayor de 18 años, y el tabaquismo es la principal causa evitable de muerte prematura.

El consumo de dicho tóxico, es la causa individual de mayor magnitud de muerte prematura en países desarrollados, en personas de 35 a 70 años de edad, y se ha calculado que fue la razón promedio de 30% de todas las muertes en este grupo de edad en 1990.

Las enfermedades cardiovasculares vinculadas con el tabaquismo comprenden arteriopatía coronaria y trastornos cerebrovasculares. Se ha observado que fumar pasivamente (inhalar el humo del tabaco ambiental) se asocia con un mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Por ende, todos y sobre todo aquellos con otros factores de riesgo deben tratar de evitar la exposición pasiva al humo del tabaco.

## Sedentarismo

La falta de ejercicio ha sido establecida claramente como un factor de riesgo de ataque cardíaco, y el ejercicio regular puede reducir el riesgo de enfermedad coronaria, aumenta la capacidad funcional cardiovascular y reduce la demanda de oxígeno del miocardio. La inactividad física combinada con sobrealimentación, puede llevar al exceso de peso, otro factor que contribuye al ataque cardíaco.

Casi 60% de adultos mexicanos señalaron mínima actividad física o nula en sus horas de descanso. En una encuesta realizada, la prevalencia de la vida sedentaria fué semejante en hombres y mujeres.

La actividad física guardó relación directa con la edad, y varió de 55% en personas de 18 a 34 años de edad, a 62% en individuos de 55 años o mayores, y una relación inversa con los ingresos económicos y el nivel de enseñanza alcanzada.

### Disminución de los factores de riesgo

Los mecanismos por los cuales el incremento del ejercicio disminuye el peligro de problemas de arteriopatía coronaria, pueden incluir mejoría en el nivel de colesterol, disminución de insulina, peso corporal y presión arterial. El ejercicio también aumenta el gasto cardíaco máximo y la cantidad de oxígeno extraído de la sangre.

“Las recomendaciones federales estadounidenses de 1995 aconsejan 30 minutos de actividad física de moderada a intensa la mayoría de los días de la semana.” (John M. Field 2002)

Los efectos cardioprotectores pueden obtenerse de un programa regular, que incluye 30 minutos de actividad física aeróbica moderada tres veces a la semana. El ejercicio debe individualizarse de modo que incluya el nivel de adecuación física, estado cardiovascular y actividades preferidas por el propio paciente.

En la prevención secundaria se necesita una prueba de esfuerzo en banda sin fin, al salir de una institución después de un problema coronario agudo, para conocer la estratificación pronóstica.

### Obesidad

La obesidad, continúa siendo un factor de riesgo independiente respecto a enfermedad cardiovascular en hombres y mujeres. En personas menores de 50 años, la incidencia de enfermedad cardiovascular fue 2 veces mayor en varones, y 2.5 mayor en mujeres.

Incluso las personas con un índice de masa corporal en niveles altos de lo normal, al parecer están expuestas a mayor peligro para arteriopatía coronaria.

La obesidad suele acompañarse de otros factores de riesgo cardiovascular, como elevación del colesterol, hipertensión, diabetes mellitus.



Para mejorar los niveles de lípidos, la presión arterial y la tolerancia a la glucosa, es necesario realizar un esfuerzo concertado para lograr el peso corporal ideal mediante la combinación de ejercicio y dieta.

### Colesterol

Los lípidos se transportan a través del compartimiento plasmático en forma de lipoproteínas, que son moléculas hidrosolubles.

La dislipidemia que guarda relación con el riesgo de enfermedad cardiovascular es la hipercolesterolemia, y en particular el incremento de los niveles plasmáticos de colesterol transportado en lipoproteínas de baja densidad. Estas contienen en promedio 70% de colesterol en la sangre. El peligro de enfermedad coronaria aumenta cuando incrementan los niveles de colesterol plasmático, y disminuye cuando tales niveles aminoran.

### Estrés

La presencia de reacciones de estrés aumenta el riesgo de padecer un infarto, especialmente en personas que ya presentan enfermedad coronaria (puede precipitar crisis de angina de pecho o infarto al miocardio), de ahí la importancia de evitar reacciones de estrés en sujetos que han padecido un episodio de estas características.

También puede afectar a través de sus efectos nocivos sobre la presión arterial y contribuyendo a la aparición, consolidación o recuperación de hábitos de riesgo utilizados como estrategias de afrontamiento y manejo de estrés.

Los factores causantes de estrés serán iguales para todos los individuos, pero la vía elegida y la forma de reaccionar está ligada al grado de vulnerabilidad del sujeto y su perfil psicológico.

### Actividad sexual

Muchos de los pacientes que han sufrido un evento coronario tienen miedo de reiniciar la actividad sexual, es función de la enfermera en equipo con el médico explicarle

a la pareja que las demandas físicas de una relación sexual no son superiores a las actividades básicas de la vida cotidiana. Los pacientes que superan sin isquemia una capacidad funcional de 5 mets o suben sin síntomas una segunda planta pueden reanudar su actividad sexual al alta. La respuesta fisiológica se considera igual en el hombre que en la mujer y no se recomiendan posturas diferentes dentro de las habituales.

Se conoce que ciertos fármacos empleados en cardiopatas afectan la respuesta sexual (betabloqueantes y ansiolíticos), pero la mayoría de los casos, esto se debe a problemas de índole psicológico, más que físico.

Los eventos coronarios durante el coito se asocian a situaciones de tensión emocional, como parejas inhabituales o después de trasgresiones alcohólicas.

### **Infarto Agudo del Miocardio**

"Es la máxima expresión de la insuficiencia cardíaca coronaria, y se traduce por necrosis de una zona del músculo cardíaco consecutivo a isquemia del mismo." (J. F Guadalajara 2003).

En la mayoría de los casos, el infarto de miocardio se debe a la aterosclerosis de las arterias coronarias. Otras causas pueden ser las embolias y las anomalías congénitas.

"Los estrechamientos de la luz (estenosis) de las arterias coronarias se forman a través de un proceso denominado aterogénesis, que consiste en el depósito de células, de tejido conectivo y de lípidos, tanto intracelulares como extracelulares, compuestos por colesterol, triglicéridos y fosfolípidos. Este depósito se realiza excéntricamente, formando la placa de ateroma que se calcifica con frecuencia, o bien hemorragia de los pequeños vasos que crecen dentro de la lesión. El aumento lento y progresivo de la placa va obstruyendo la luz intraarterial, lo que impide el paso de la sangre o crea turbulencias del flujo. De forma aguda, la obstrucción total puede deberse a la formación de un trombo en

la superficie irregular de la placa ateromatosa, a la hemorragia en su interior, al desprendimiento de una placa o al espasmo arterial en una zona de por sí comprometida." (www.zonamedica.com).

### *Manifestaciones clínicas*

Los pacientes con infarto del miocardio suelen describir una sensación de pesantez, opresión o restricción en el tórax que persiste por más de 30 minutos. La molestia puede irradiarse o localizarse principalmente en los brazos, cuello o mandíbula. El dolor torácico severo o penetrante y el dolor que obliga al paciente a retorcerse son poco usuales en la isquemia coronaria y debe hacer pensar al médico e otras causas.

Muchos pacientes con infarto agudo al miocardio, en especial los que tienen infarto al miocardio inferior, sufren diaforesis, náuseas y vómito. La disnea también es un síntoma frecuente. Puede ocurrir síncope, frecuente en el infarto inferior que anterior, en parte por la mayor frecuencia de bradiarritmias, bloqueo cardíaco y taquiarritmias asociadas al infarto inferior.

Alrededor de dos terceras partes de los pacientes presentan una angina de recién inicio o cambio en su patrón anginoso durante el mes previo al infarto, sin embargo alrededor de la cuarta parte de los pacientes, el infarto del miocardio se asocia solo con los síntomas leves o ninguno.

### *Examen físico*

El paciente con un infarto agudo al miocardio suele verse ansioso y estresado. Los signos vitales pueden ser normales, aunque no es rara la taquicardia sinusal. El pulso puede ser rápido o lento si existen arritmias. Puede existir hipotensión causada por disfunción ventricular izquierda o derecha o una arritmia o hipertensión debida a la descarga adrenal. La frecuencia respiratoria puede estar aumentada por ansiedad o dolor o por hipoxia en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva importante. La presión venosa yugular puede estar aumentada, reflejando disfunción ventricular derecha causada por afección de ese ventrículo.

El miocardio, o músculo del corazón, puede sufrir un infarto cuando existe una enfermedad coronaria avanzada.

La corona de vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (vasos coronarios) puede desarrollar placas de ateroma, lo que compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho (cuando la interrupción del flujo de sangre al corazón es temporal) a un infarto de miocardio (cuando es permanente e irreversible)" (J. F Guadalajara 2003).

La presencia en un vaso dado de arteriosclerosis hace que en dicho vaso existan estrechamientos y que en ellos se desarrolle más fácilmente un trombo: un coágulo de plaquetas, proteínas de la coagulación y desechos celulares que acaba taponando el vaso. Una embolia es un trombo que ha viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclava como un émbolo. Trombosis y embolia son, pues, términos equivalentes.

### *Diagnóstico*

#### Electrocardiograma (ECG)

Es una herramienta valiosa tanto para confirmar el diagnóstico como para seleccionar el tratamiento más apropiado para el paciente con un infarto agudo al miocardio. Aunque pueden existir alteraciones del ritmo y de la conducción, la presencia y tipo de las alteraciones de repolarización son más útiles para identificar el infarto al miocardio. Si existe elevación del ST en un paciente con dolor torácico típico de infarto, la posibilidad de que este paciente tenga infarto es mayor al 90 %.

Otros datos, como depresión del segmento ST, inversión de la onda T y bloqueo de rama del haz de His son menos específicas, pero pueden apoyar el diagnóstico de infarto agudo al miocardio, en especial cuando existe síntomas típicos.

El 50% de los pacientes con infarto del miocardio no tienen elevación del segmento ST en el ECG; entre estos pacientes, el ECG puede ayudar a predecir complicaciones y la mortalidad a corto plazo.

Los pacientes con depresión del segmento ST tienen alto riesgo, la mortalidad a 30 días en estos pacientes es casi tan alta como en los enfermos con elevación anterior del segmento ST.

Los pacientes con otras alteraciones ECG menos específicas tienen menos riesgo, y los que presentan ECG normal suele tener el mejor pronóstico.

### *Laboratorio*

La lesión de las células miocárdicas causa liberación de enzimas intracelulares hacia la sangre circulante, permitiendo su detección en pruebas sanguíneas.

Tradicionalmente, la CK (creatincinasa) y su isoenzima CK - MB, que se encuentra en altas concentraciones en las células miocárdicas, se han usado para diagnosticar el infarto al miocardio en la fase temprana. Se han desarrollado pruebas rápidas para detectar enzimas de forma rápida, permitiendo realizar el análisis en 30 a 60 minutos. Las desventajas en su falta de especificidad para el músculo cardíaco y el tiempo que se requiere para que la enzima esté elevada durante el infarto, esta suele elevarse entre por lo menos tres horas de isquemia profunda.

La mioglobina es una proteína de bajo peso molecular que se encuentra en el músculo cardíaco, esta se libera con más rapidez del miocardio infartado que la CK - MB. Ésta también se encuentra en el músculo esquelético.

La troponina es un marcador cardíaco específico para el infarto, y ocurre aumento en los niveles séricos de troponina pronto después de la lesión de la célula miocárdica.

### *Ecocardiografía*

Puede ser útil para identificar a los pacientes con infarto en el servicio de urgencias. La mayoría de los pacientes tienen alteraciones de la motilidad de la pared que se observa con el ecocardiograma.

La ecocardiografía puede ser más útil en los pacientes con bloqueo de rama izquierda o ECG anormal sin elevación del segmento ST y con síntomas atípicos, en los que el diagnóstico es incierto.

### *Imagen con radionuclidos*

Los gammagramas perfusorios con talio, se realizan en las urgencias, son específicos y sensibles.

### *Tratamiento*

Pedir ayuda y buscar atención médica inmediata. No intentar conducir uno mismo hasta un Hospital.

⇒ Oxígeno.

Se recomienda la administración de oxígeno a todos los pacientes con infarto al miocardio durante las primeras horas después del ingreso al hospital, y es obligado en los pacientes con congestión pulmonar o evidencia de desaturación de oxígeno.

⇒ Analgésicos

El alivio del dolor es uno de los tratamientos iniciales ofrecidos en los pacientes con infarto agudo al miocardio, aunque la molestia torácica persiste suele ser causada por isquemia miocárdica continua (disminuir la isquemia es el objetivo del tratamiento), debe aplicarse analgesia de inmediato.

Además de aumentar el bienestar del paciente, el alivio del dolor puede disminuir la liberación de catecolaminas, característica de las fases tempranas del infarto agudo al miocardio, reduciendo la demanda miocárdica de oxígeno.

⇒ Trombolíticos

Una vez que se ha diagnosticado el infarto del miocardio es imperativo iniciar tratamiento lo más pronto posible para restablecer el flujo sanguíneo anterógrado normal en la arteria ocluida.

El tratamiento trombolítico se recomienda para los pacientes con elevación del segmento ST en dos o más derivaciones contiguas y con menos de 6 horas de evolución del dolor torácico, para pacientes con síntomas clásicos de infarto en los que exista un bloqueo de rama izquierda que impide la detección de la elevación del segmento ST y para pacientes con seis a 12 horas de dolor torácico, aunque los beneficios esperados son menos y deben sopesarse contra los riesgos en los enfermos con contraindicaciones relativas del tratamiento trombolítico.

Es importante calcular la duración del infarto considerando el tiempo desde el último intervalo sin dolor

⇒ Nitratos

Los derivados de la nitroglicerina, actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se ministran pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa.

⇒ Betabloqueantes

Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.

⇒ Digital

Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca.

⇒ Calcio-antagonistas o bloqueantes de los canales del calcio

Impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno.



## **Rehabilitación Cardíaca**

“Según la OMS es el conjunto de actividades que tienen como objetivo el devolver a los enfermos el máximo de posibilidades físicas y mentales, permitiéndoles recuperar una vida normal, social, familiar y profesionalmente para lograr su máxima reincorporación a su vida” (Javier Marino 1999).

### **Objetivos:**

- Restaurar al enfermo en el estado funcional previo al del ataque cardíaco, si no también el de disminuir el riesgo de futuros eventos coronarios.
- Intervenir con prevención primaria, secundaria y terciaria en la rehabilitación cardíaca.
- Mejorar su capacidad funcional.
- Disminuir la sintomatología cardíaca pulmonar.
- Identificar factores de riesgo coronario.
- Reducir la morbimortalidad cardiovascular.

### **Beneficios:**

- Disminución de la morbilidad cardíaca de un 37 a 40 %.
- Enlentecimiento de la placa de ateroma y regresión (siempre y cuando haya modificado sus hábitos).
- Mejoría en los síntomas en pacientes cardiopatas.
- Disminución global de gastos económicos, en cuanto la salud a largo o mediano plazo.
- Aumento de tamaño de arterias.
- Aumento de circulación colateral coronario.
- Desplazamiento del umbral para las arritmias cardíacas.
- Modulación de la actividad neurovegetativa.
- Disminución de la adhesión plaquetaria.
- Mejoría de los mecanismos energéticos musculares.
- Mejoría de la tolerancia al metabolismo de la glucosa en los diabéticos y aumento de la tolerancia al estrés.

- El consumo de oxígeno o potencia calórica mejora con ejercicio aeróbico, aumentando hasta 35 %.
- Disminuye el índice de frecuencia cardiaca.
- Disminuye la presión arterial
- Disminuye el consumo de oxígeno cardiaco
- Incrementa la tolerancia a los ejercicios.
- Disminuye los lípidos en sangre.
- Reducción de cantidad de cigarrillos fumados.

**Factores de Riesgo:**

- Tabaquismo
- Colesterol sérico > de 200 mg / dl
- Presión sistólica > de 120 mmHg.
- Presión diastólica > a 80 mmHg.
- Antecedentes Heredo familiares de Diabetes Mellitus.
- Antecedentes familiares de hipertensión arterial sistémica.
- Obesidad.
- Sedentarismo

***Fases de la rehabilitación cardiaca***

*Fase 1 Intra hospitalaria:* es aquella rehabilitación o adaptación cardiovascular en la que el paciente es sometido al programa de rehabilitación cuando se encuentra hospitalizado por un Síndrome Coronario agudo u otra cardiopatía, intervención quirúrgica, descompensación de su patología cardiaca o enfermedad sistémica o endocrina. Esta etapa dura hasta la realización de su primera prueba de esfuerzo o egreso del hospital.

Es aconsejable comenzar pronto la rehabilitación en el hospital, por medio de conversaciones informales con los médicos y las enfermeras sobre la manera de comenzar el proceso de rehabilitación educando e instruyendo a los enfermos.

Después se comienza la movilización del enfermo (movimientos, sentado, de pie o caminando cortos trechos) de acuerdo con las instrucciones de los médicos. Uno de los objetivos especiales en esta etapa es el de tratar de aminorar al máximo los resultados negativos del reposo prolongado en el lecho. La evaluación del nivel de riesgo en relación con nuevos episodios coronarios o su mortalidad, especialmente en el primer año después del infarto del miocardio, es muy importante en el proceso de la rehabilitación que debe comenzar en la primera etapa o pocas semanas después de dado de alta del hospital.

Para evaluar el nivel de riesgos se toma en cuenta la evolución clínica, el daño ocasionado al miocardio, el funcionamiento del ventrículo izquierdo, la presencia o no de isquemia residual del músculo cardíaco, la presencia o no de arritmias ventriculares.

Los medios no invasivos usados para esa evaluación incluyen cambios clínicos durante la hospitalización, cambios en el complejo QRS que se observan en el electrocardiograma de reposo, ergometría de carga baja que se realiza antes de ser dado de alta del hospital.

Ventriculografía nuclear en reposo y durante el esfuerzo y control electrocardiográfico durante 24 horas, ecocardiograma y examen del potencial tardío.

Después de haber practicado los anteriores exámenes no invasivos podremos evaluar el nivel de riesgo que se encuentra sometido cada enfermo.

#### Nivel de riesgo bajo

- Curso clínico sin complicaciones durante la hospitalización.
- Ausencia de nuevos factores isquémicos
- Capacidad física alta (6 unidades MET).

- Funcionamiento normal del ventrículo izquierdo (fracción de eyección mayor al 50%).
- Elevación normal de la TA sistólica durante la prueba de esfuerzo.
- Ausencia de trastornos cardíacos.

#### Nivel de riesgo moderado

- Depresión horizontal o caída del segmento ST de 1 mm, o más durante la prueba de esfuerzo practicada en el hospital.
- Defecto de perfusión durante la ventriculografía nuclear con talium.
- Fracción de eyección de 35% a 49%.
- Aparición de dolor anginoso o su agravamiento.

#### Nivel de riesgo alto

- Infarto del miocardio previo, con compromiso extenso de la masa del ventrículo izquierdo.
- Funcionamiento deficiente del ventrículo izquierdo (fracción de eyección menor de 35%).
- Reacción anormal de la tensión arterial sistólica durante la prueba de esfuerzo.
- Persistencia de dolor anginoso o repetición a las 24 horas o más, después de haber sido admitido en el hospital.
- Capacidad física disminuida (menos de 5 mets) además con una reacción hipotensiva de la presión arterial sistólica o depresión del segmento ST de 1 mm o más.
- Insuficiencia cardíaca durante el tiempo de hospitalización.
- Arritmias ventriculares de alto grado de malignidad.

El 30% a 50% del total de los enfermos, víctimas de un infarto del miocardio y un 75% del total de enfermos sometidos a revascularización, con factor de riesgo bajo, la mortalidad en el primer año es menor del 2%. En los enfermos con riesgo moderado, la mortalidad en el primer año es de 10% al 25% y con los enfermos con riesgo alto la mortalidad puede ser mayor del 25%.

Los enfermos con nivel de riesgo alto son candidatos a cateterismo, para ver si es necesaria la cirugía coronaria o la Angioplastia, aquellos con bajo riesgo necesitan mucho menos exámenes invasivos y de tratamiento. Tienen además un potencial mucho más alto de mejoría funcional y pasado el infarto podrán regresar después de un tiempo relativamente corto a su trabajo.

Se le atribuye gran importancia a la actividad de rehabilitación en la primera fase de rehabilitación porque se crea confianza en el enfermo, en su capacidad de cómo poder enfrentarse con éxito a los problemas que surgen después de salir del hospital y le permitirá modificar parte de su estilo de vida así como los factores de riesgo.

*Fase 2 Extrahospitalaria:* consiste en realizar secciones de ejercicio tres veces por semana de 40 minutos, para elevar la capacidad funcional del paciente, y termina hasta que se logra un 75 % de la capacidad del mismo, cambios periféricos y centrales, refiriéndose estos a efectos sobre sistemas orgánicos y cardiacos respectivamente, lográndose estos últimos con un tiempo de duración mínimo de ejercicio entre 3 o 4 meses con un esfuerzo mínimo aproximadamente 15 kilómetros por semana.

*Fase 3 o de Mantenimiento:* ejercicio y vida independiente, con un plan de entrenamiento (cuando se ha logrado el entrenamiento, educación, modificación de factores de riesgo) y se le lleva seguimiento a través de consulta externa". (Javier Marino 1994).

Por lo que se llega a la conclusión de que un plan de rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad coronaria figura la inserción en la vida activa con el menor grado de limitación posible impuesto por la enfermedad.

## **Estilo de vida Saludable**

“Es la manera de cómo la gente se comporta con respecto a la exposición de factores nocivos que representan riesgo para la salud” (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000).

Son comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan Modos o Estilos de Vida y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.

Muchos problemas de salud contemporáneos parecen más de origen social que individual y se relacionan con las políticas nacionales y locales; de aquí se desprende que la creación de una política de salud que apoye cambios de estilo de vida, es una parte muy importante del nuevo enfoque salubrista.

La forma en que la gente se comporta, el tipo de alimentos que ingiere, sus hábitos de ejercicio, el cuidado que tiene de sus dientes, los cigarrillos y el alcohol que consumen, influyen de un modo decisivo en su estado de salud. El estilo de vida en general con el que viven los individuos y los riesgos a los que se exponen, condicionan sus posibilidades de enfermar y morir antes de lo previsible.

El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto; es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales. El sujeto también tiende a imitar modelos sociales, que se promueven por los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida no sólo puede formarse espontáneamente, sino como resultado de decisiones conscientes de los hombres, que aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad; el estilo de vida puede favorecer, al mismo tiempo, la consolidación de algunos altos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales que convergen no sólo del presente, sino de la historia interpersonal.

El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de las personas que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad. En él están

reflejados los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas.

El estilo de vida, por tanto, es el resultado de las decisiones conscientes de los hombres que aspiran a modificarse a sí mismos y a la sociedad en la dirección considerada por ellos como deseable, fruto de la creación humana.

El trabajo es otro elemento esencial del estilo de vida, ya que ocupa más o menos cantidad de tiempo, dicta un determinado ritmo de vida, consume energía física y psíquica del hombre, e influye en sus concepciones y criterios, además de relacionarse con otras esferas de la vida del individuo.

### **Modificación del estilo de vida**

"Existen pruebas científicas de que los tratamientos para modificar el estilo de vida y los factores de riesgo en el marco de la prevención primaria (disminución del nivel de colesterol, control de tensión arterial e interrupción del tabaquismo), tienen una influencia definitiva sobre la disminución de la mortalidad causada por enfermedad coronaria". (Claudia Ariza Olarte 2001).

La modificación del estilo de vida y factores de riesgo tienen gran influencia sobre los que ya sufren enfermedad coronaria expresada por sintomatología clínica. En estos casos la prevención secundaria, consiste en la intervención terapéutica para evitar o impedir el progreso del proceso aterosclerótico e inclusive en algunos casos su regresión.

El programa para el tratamiento de la modificación del estilo de vida y factores de riesgo es por lo tanto el componente muy importante de los servicios de readaptación cardíaca con personal médico y de enfermería especializado.

### **Disminución del nivel de colesterol**

Cifras altas de colesterol en los pacientes coronarios aumentan en 1.5 el riesgo de reinfartarse y la mortalidad cardíaca. "Hay comprobaciones científicas de que la

disminución del nivel de LDL y el aumento de HDL, disminuye la frecuencia de los episodios coronarios y la mortalidad. En estudios realizados en Estados Unidos durante 15 años en el cual se recurrió al empleo de diversas drogas hipocolesterolizantes en enfermos tras un infarto al miocardio, se pudo comprobar una caída de las cifras de colesterol en los que fueron tratados con ácido nicotínico comparados con un grupo de control, pero también se demostró que por medio de una dieta los pacientes que pasaron por un infarto presentaron menos casos de nuevos eventos coronarios.

En un número de ensayos clínicos, que se realizaron en enfermos coronarios con colesterol y LDL altos, durante el tratamiento con medicamentos y con dieta, para bajar los niveles, se constató la mejoría" (Jacobo Drorri 1999).

### **Estabilidad de la tensión arterial**

La hipertensión es un factor de riesgo que no depende del desarrollo de la enfermedad coronaria. También después del infarto, el riesgo de nuevos episodios coronarios y mortalidad sigue siendo alto en aquellos enfermos donde la tensión arterial continúa alta, en comparación con enfermos normotensos.

La disminución de las cifras tensionales con tratamiento de diferentes drogas, ha demostrado su efectividad en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria.

Se ha comprobado que también se ha disminuido la presión arterial modificando el estilo de vida en cuanto a la dieta, hábitos de ingesta de alcohol, disminución del estrés. Eliminando estos factores del estilo de vida el tratamiento será más eficaz.

### **Disminución del sobrepeso corporal**

Hay acuerdo general en el hecho de que el exceso de peso aumenta las posibilidades de desarrollo de enfermedad coronaria; por lo tanto hay que insistir en que el paciente pierda peso tanto por la prevención primaria como la prevención secundaria.



Un peso mayor del 20% del peso deseado (Índice de Masa Corporal por encima de 26.4 en hombres y en mujeres 25.8) justifica la intervención médica. Puede lograrse una reducción de peso satisfactoria por medio de diversos métodos de tratamiento.

La tarea más difícil no es bajar de peso sino mantenerlo y evitar un nuevo aumento de este. Esta tarea no-solo es la más ardua, si no también la más importante. "Las variaciones en el peso, según los investigadores de Framingham, acrecenta la morbimortalidad en los enfermos coronarios". (Maria Dolores Morales Durán 1999.) En cambio los coronarios que mantienen un peso normal presentan un índice más bajo de morbimortalidad.

Hay que hacer hincapié en que el mantener el peso dentro de los límites normales debe contemplarse en la modificación del estilo de cada paciente.

### **Suspensión del tabaquismo**

La opinión general es que este es un proceso complejo influenciado por factores sociales, ambientales, emocionales y biológicos, y que la suspensión del hábito de fumar y la perseverancia para enfrentarse a la tentación de volver a él es también un proceso muy complicado en el cual existen dependencias psicológicas y fisiológicas.

Se han desarrollado varios métodos para apoyar al enfermo en la suspensión del hábito nicotínico y en su persistencia. El método debe ser apropiado a la fase en que se encuentra el paciente: etapa de preparación (reforzar auto-confianza) y etapa de acción o de abandono del cigarrillo.

En este proceso el médico y la enfermera ocupan un lugar de suprema importancia, su intervención y recomendaciones van a influir sobre la difícil decisión del enfermo de abandonar el vicio. La información que trasmite la enfermera al enfermo sobre los beneficios que tiene el abandono del hábito del cigarrillo, desde del punto de vista médico, psicológico y económico y los peligros que puede ocasionar si se continúa fumando, tienen una influencia positiva y le ayudan al enfermo a abandonar el tabaco.

Hay además otras técnicas de comportamiento como la firma de un contrato en el cual el paciente se compromete a cumplir la obligación de suspender el hábito, anotaciones detalladas en un diario relacionadas con el uso de cigarrillo, el tiempo, lugar donde fumo; alejar los objetos que provoquen tentación; autocompensación por la abstinencia y el apoyo moral de amigos cercanos que no fuman.

El uso de tratamientos que reemplazan el cigarrillo como las gomas de mascar que contienen nicotina pueden ser efectivas para aliviar el proceso doloroso de la suspensión, como método adicional en la terapia de intervención de conducta, pero no como tratamiento único. El entrenamiento físico también ayuda a este a la modificación del estilo de vida y a este proceso. El problema más serio para los exfumadores es la impulsiva tentación de volver a fumar y por esta razón se impone una preparación cognoscitiva y de conducta en el marco del programa de tratamiento general.

### **Atenuación del estado de ansiedad**

Hoy en día, se considera que tanto factores de tipo psico-social como biológicos, contribuyen decisivamente al desarrollo de anomalías y alteraciones de trastornos cardiacos. La mayoría de los factores de riesgo están relacionados con el estilo de vida erróneo que se lleva como lo pueden ser el tabaquismo, alcoholismo, el sedentarismo, entre otros.

En cuanto a los factores de riesgo psicológico por regla general toda situación que va acompañada de una fuerte percepción de tensión o estrés por parte de la persona, puede llegar a ser un desencadenante de cualquier episodio de disfunción cardiaca.

“En concreto existe un tipo determinado de patrón de conducta propia de los pacientes coronarios, que se asocia a una manera peculiar de afrontar las diferentes situaciones vitales, y que favorece a una serie de estados emocionales muy negativos como son la ansiedad, depresión, hostilidad, etc., los cuales van a potenciar y mantener de forma constante los estados de estrés.

De las informaciones publicadas hasta la fecha se puede afirmar que con terapia de intervención del nivel alto de ansiedad, muy frecuente en los enfermos tras un infarto

del miocardio, se logra disminuir la mortalidad. La terapia se enfoca en el registro mensual del estrés por medio de cuestionarios que aplican las enfermeras a los pacientes de alto nivel de estrés con el fin de ayudarles a sobreponerse a sus problemas emocionales. En esta forma se ha logrado disminuir el número de nuevos eventos coronarios y rehospitalizaciones, especialmente por angor inestable o para revascularización en pacientes tras un infarto del miocardio.

Los paciente con este tipo de personalidad se caracterizan por agresividad, hostilidad, competitividad, urgencia de tiempo, dedicación de tiempo casi exclusiva a actividades laborales con poco tiempo libre, que influyen en la aparición de cardiopatía isquémica” (Jose María Maroto Montero 1999).

### **Disfunción sexual en el paciente cardíopata**

Las cardiopatías tienen un indudable efecto negativo sobre el estilo de vida de las personas que lo padecen, en muchos casos producen un elevado índice de validez físico-psíquica, y repercuten en las relaciones sexuales de pareja.

Los trastornos sexuales en pacientes con cardiopatía isquémica, y fundamentalmente después de un infarto al miocardio, están bien documentados. “Se ha descrito la disfunción sexual en porcentajes variables entre el 38 y 78%”. (José María Maroto Montero 1999). Las anomalías más frecuentes en el sexo masculino son disminución de la lívido, dificultad para la erección, trastornos de la circulación e impotencia.

La actividad sexual desde un punto de vista individual, se puede considerar como una función lujo, ya que desaparece cuando existe importante deterioro del organismo, por enfermedades graves o descompensadas, y se ve influenciada por múltiples factores inherentes o externos al sujeto (edad, sexo, pareja estable, trastorno psíquico o físico).

Terapia sexual.- la disfunción sexual, en los pacientes cardíopatas, puede mejorar en forma significativa si se siguen pautas, independientemente de edad y sexo del paciente.

La información tiene una importancia primordial, es necesario el dialogo con la pareja, con el fin de eliminar el miedo en la muerte coital, así como el frecuente contacto para facilitar el control de alteraciones psicológicas, frecuente en los pacientes coronarios, tales como depresión y ansiedad.

Otra faceta importante es mejorar la capacidad funcional del paciente mediante ejercicios de flexibilidad articular en ancianos y aumento de la capacidad física facilitara de forma significativa la practica sexual. "Si no hay complicaciones sistémicas se puede reanudar la actividad sexual 6 semanas después del evento, el paciente que ha recuperado su estilo de vida y sigue las indicaciones del médico y la enfermera (dieta, ejercicio, descanso, etc) puede volver a su actividad sexual en 2 y 4 semanas después de haber dejado el hospital u 8 semanas después del evento con previa prueba de esfuerzo realizada" (CMNSXXI 2000).

### **Reincorporación laboral**

Una gran proporción de individuos afectados por infarto al miocardio se encuentran laboralmente activos. La vuelta a su trabajo tras el episodio coronario agudo, no es fácil. Estará influida por múltiples factores, muchos de los cuales actúan negativamente, dificultando la reincorporación. Evidentemente todo esto conlleva importantes pérdidas económicas. La vuelta al trabajo es variable de unos países a otros, e incluso dentro del país puede variar de una zona a otra, por factores socioeconómicos. La mala situación económica y social de muchos países es un factor determinante, disminuyendo la vuelta al trabajo en los pacientes cardíopatas, en muchos casos de forma independiente a su situación física.

## **Hipótesis**

Hi: El grado de conocimientos del paciente postinfartado acerca del estilo de vida sano, es insuficiente.

Ho: El grado de conocimientos del paciente postinfartado acerca del estilo de vida sano, es suficiente

Hi: La asesoría de la enfermera mejora el conocimiento del paciente postinfartado acerca del estilo de vida sano.

Ho: La asesoría de la enfermera no mejora el conocimiento del paciente postinfartado acerca del estilo de vida sano

## **Tipo de estudio:**

- ✓ Experimental: porque después de evaluar el nivel de conocimiento del paciente, se le hará una intervención con el objetivo de aumentar su nivel de conocimiento.
- ✓ Descriptivo: porque se explicarán las características más importantes que influyen en el nivel de conocimientos (edad, sexo, ocupación, escolaridad).
- ✓ Transversal: porque el estudio se hará en un período específico de tiempo (ambas intervenciones se harán dentro de 10 días máximo).

**Metodología:**

*Universo:* pacientes masculinos hospitalizados y tratados en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

*Unidad observacional:* pacientes masculinos postinfartados.

*Muestra:* pacientes masculinos de 35 a 75 años de edad con diagnóstico médico Infarto, que estén hospitalizados en el 3er y 7mo piso.

- ❖ Criterios de Inclusión: pacientes masculinos de 35 a 75 años de edad con diagnóstico médico Infarto que hayan recibido tratamiento médico o quirúrgico, que sepan leer y escribir, que estén hospitalizados en 3er y 7mo piso.
  
- ❖ Criterios de Exclusión: mujeres y pacientes que tengan menos de 35 años de edad y mayores de 75 años de edad, además de los pacientes con otro diagnóstico médico, y pacientes que se encuentren en otros servicios del Instituto Nacional de Cardiología.
  
- ❖ Criterios de Eliminación: pacientes que cursen con una cardiopatía isquémica complicada, pacientes con complicación hemodinámica, pacientes que se encuentren bajo efectos de sedación, pacientes intubados, pacientes que se rehúsan a contestar el cuestionario, pacientes con hipoacusia, invidentes, que no sepan escribir y leer y pacientes que no estén hospitalizados en el 3er y 7mo piso.

## Recursos

- ✓ Recursos humanos: enfermera pasante Gabriela Macín García.
- ✓ Recursos materiales: hojas de papel, tinta para computadora, computadora, disket de 3 ½ y CD, cuaderno, lápiz, pluma, goma.
- ✓ Recursos financieros: los gastos serán cubiertos por el investigador.

## VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición	Rango	Técnica
Nivel de estudios	Ordinal	Nivel académico alcanzado	Primaria completa (6 años)  Primaria incompleta  Secundaria completa (3 años)  Secundaria incompleta  Preparatoria completa (3 años)  Preparatoria incompleta  Licenciatura completa (4 o 5	Expediente

			años) Licenciatura incompleta  Otra	
Sexo	Nominal	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Masculino  Femenino	Expediente
Edad	Intervalos	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante	39 a 44 años 45 a 50 años 51 a 56 años 57 a 62 años 63 a 68 años 69 a 74 años	Expediente
Ocupación	Nominal	Dedicación del tiempo a la realización de una tarea, actividad u oficio	Campeño Agricultor Carpintero Comerciante Chofer Mecánico Herrero	Expediente



			Ninguna Otra	
Alimentación	Nominal	Comida o bebida que el ser humano ingiere para satisfacer el apetito	Dieta baja en sal Dieta baja en grasas Tipo de carne Frutas y verduras	Por medio de un cuestionario
Actividad Física	Nominal	Actividad que se lleva a cabo para promover el desarrollo corporal y el bienestar de la salud de las personas	Tipo de ejercicio Tiempo de ejercicio Frecuencia del ejercicio	Por medio de un cuestionario
Tabaquismo	Intervalos	Inhalar y exhalar el humo producido por quemar tabaco	Ninguno 1 a 5 diarios 6 a 10 diarios 11 a 15 diarios 16 a 20 diarios	Por medio de un cuestionario
Peso	Nominal	Condición corporal	Control de peso Peso ideal	Expediente
Control de medicamentos	Nominal	Compuestos que se utilizan para la prevención y/o	Horario de medicamentos Dosis de	Por medio de un cuestionario

		control de enfermedades	medicamentos Prevencción de automedicación	
Actividad sexual	Nominal	Impulso sexual dirigido a la reproducción y al goce inmediato	1 a 7 días 8 a 14 días 15 a 21 días 22 a 28 días más de 29 días Nunca	Por medio de un cuestionario
Estilo de vida sano	Nominal	Modo o forma de vida del individuo		Por medio de un cuestionario
Conocimiento	Nominal	Forma de entender cierta situación	Excelente Bueno Suficiente Insuficiente	Por medio de un cuestionario

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jacobo Drori M. D                    Avances en Rehabilitación Cardíaca Editorial Hispanoamericana 1999.
2. Claudia Ariza Olarte    Artículos Científicos de Enfermería en Cardiología No. 24 Tercer Cuatrimestre 2001.
3. www.geocities.com 2002
4. www.geocities.com 2000
5. Roth                    Factores de Riesgo para Cardiopatas 2da edición. Editorial Hispanoamericana 1999.
6. www.semfiye.es/publica 2003.
7. José María Maroto Montero    Rehabilitación Cardíaca Editorial Olalla Cardiología 1999.
8. José Fernando Guadalajara Boo.    Cardiología 5ta edición Editorial Méndez Editores México 2003.
9. www.zonamedica.com
10. Javier Marino                    Rehabilitación Cardíaca                    1era edición                    Editorial Hispanoamericano 1999
11. Jacobo Drori M.                    Avances en Rehabilitación Cardíaca                    Editorial Hispanoamericana 1999.
12. Javier Marino                    Rehabilitación Cardíaca                    1era edición                    Editorial Hispanoamericano 1999.

13. Rosario Artigao Ramírez Rehabilitación Cardíaca Editorial Olalla Cardiología 1999.
14. Carmen de Pablo Zarzosa Rehabilitación Cardíaca Editorial Olalla Cardiología 1999.
15. Centro Médico Nacional Siglo XXI 2000.
16. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Vol 8 1 – 4 Ene – Dic 2000
17. Edward R. Stapleton, EMT – P, Editor científico AVB para Profesionales de la Salud

# **ANEXOS**

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE MASCULINO POSTINFARTADO  
ACERCA DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Instituto Nacional De Cardiología  
"Ignacio Chávez"

Escuela de Enfermería

Elaboró: Gabriela Macín García

CUESTIONARIO

**Objetivo:** identificar el grado de conocimiento que tiene el paciente postinfartado acerca del estilo de vida sano, que permita a la enfermera proporcionar información de acuerdo a las necesidades del paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
No. de cama: \_\_\_\_\_  
Dx. Médico: \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a lo que usted sabe, ahora que vive con un infarto, marcando con una "X" la respuesta que considera usted correcta.

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
  - a) Infarto al miocardio
  - b) Enfermedad de los músculos
  - c) Enfermedad del corazón
  - d) No sé.
2. ¿Considera usted que vive saludablemente?
  - a) Si
  - b) No
3. ¿Sabe usted qué tipo de carne le conviene comer?
  - a) Pollo y pescado
  - b) Res
  - c) Borrego
  - d) Puerco
  - e) Ninguna

4. ¿Con qué frecuencia le conviene comer frutas y verduras?
- diario
  - cada tercer día
  - veces por semana
  - nunca
5. ¿Cuál es la cantidad de fruta y verdura que le conviene comer?
- 1 / 4 de pieza
  - 2 / 4 de pieza
  - 3 / 4 de pieza
  - pieza completa
  - una pieza y media
6. ¿Cuál es la cantidad de sal que debe comer en cada comida?
- Nada
  - Una pizca
  - Lo que tomen sus dedos
  - Al gusto
7. ¿Cuál es la cantidad de grasa que le conviene comer en cada comida?
- Nada
  - Un chorrito
  - Media cucharada
  - Una cucharada
8. ¿Cuál es el tipo de grasa que le conviene comer?
- cualquiera
  - aceite vegetal
  - aceite animal
  - manteca
  - mantequilla
9. ¿Debe realizar alguna actividad física?
- Si
  - No
  - No sé
10. ¿Qué tipo de ejercicio?
- Caminar
  - Correr
  - Pesas
  - Natación
  - Ninguna
  - Otro \_\_\_\_\_
11. ¿Cuántas veces por semana debe realizar dicho ejercicio?
- 1 a 3 veces por semana
  - 4 a 6 veces por semana
  - más de 7 veces por semana

- d) nunca
12. ¿Por cuantos minutos?
- 1 a 15 minutos
  - 16 a 30 minutos
  - 31 a 45 minutos
  - 46 a 60 minutos
  - más de 61 minutos
13. De los siguientes enunciados, señale lo que usted hacia:
- Bebía alcohol
  - Fumaba
  - Consumía alguna droga
  - Ninguna de las anteriores
14. Si usted fumaba, señale cuantos cigarrillos.
- Ninguno
  - 1 a 5 diarios
  - 6 a 10 diarios
  - 11 a 15 diarios
  - 16 a 20 diarios
15. Si usted tomaba, señale cuantas veces a la semana.
- diario
  - cada tercer día
  - los fines de semana
  - solo en reuniones
  - nada
16. Si usted siente algún dolor, ¿qué debe hacer?
- Ir al médico
  - Tomar una pastilla
  - Acostarse
  - Nada
17. ¿Qué haría en caso de sentirse resfriado?
- Tomar algún medicamento
  - Ir al doctor
  - Ir a la farmacia
  - Tomar un té
  - Nada
  - No sé
18. Sabe usted que medicamentos toma, el nombre, el horario, la dosis y para que sirve?
- Si

Medicamento	Dosis	Horario	Para que sirve
•			
•			



•			
---	--	--	--

b) No sé

19. ¿Cuántos kilos pesa?

- a) \_\_\_\_\_ kg
- b) No sé

20. ¿Sabe usted cuanto mide?

- a) \_\_\_\_\_ cm
- b) No sé

21. ¿Cómo puede saber usted si está dentro de su peso adecuado?

- a) Calcular el índice de masa corporal
- b) Preguntarle al doctor
- c) Los centímetros que pasa del metro
- d) Otra \_\_\_\_\_

22. ¿Cómo se considera usted?

- a) Bajo de peso
- b) Normal
- c) Con sobrepeso
- d) Gordo
- e) Obeso

23. ¿Cuánto tiempo considera usted oportuno esperar para reanudar la actividad sexual?

- a) 7 días
- b) 14 días
- c) 21 días
- d) 28 días
- e) Más de 29 días
- f) Nunca

!!!! GRACIAS !!!!

### CÓDIGO DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO

<b>Pregunta 1</b>	<b>Pregunta 2</b>	<b>Pregunta 3</b>	<b>Pregunta 4</b>	<b>Pregunta 5</b>	<b>Pregunta 6</b>	<b>Pregunta 7</b>
a) 1 punto	a) 1 punto	a) 1 punto	a) 1 punto	a) 0 punto	a) 0 puntos	a) 0 puntos
b) 0 puntos	b) 0 puntos	b) 0 punto	b) 0 puntos	b) 0 puntos	b) 1 punto	b) 1 punto
c) 0 puntos		c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos
d) 0 puntos		d) 0 puntos	d) 0 punto	d) 1 punto	d) 0 puntos	d) 0 puntos
		e) 0 puntos		e) 0 puntos		
<b>Pregunta 8</b>	<b>Pregunta 9</b>	<b>Pregunta 10</b>	<b>Pregunta 11</b>	<b>Pregunta 12</b>	<b>Pregunta 13</b>	<b>Pregunta 14</b>
a) 0 puntos	a) 1 punto	a) 1 punto	a) 0 punto	a) 0 punto	a) 0 puntos	a) 1 punto
b) 1 punto	b) 0 puntos	b) 0 punto	b) 1 punto	b) 1 punto	b) 0 puntos	b) 0 puntos
c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos
d) 0 puntos		d) 0 puntos	d) 0 puntos	d) 0 punto	d) 1 punto	d) 0 punto
e) 0 puntos		e) 0 puntos		e) 0 puntos		e) 0 puntos
		f) 0 puntos				
<b>Pregunta 15</b>	<b>Pregunta 16</b>	<b>Pregunta 17</b>	<b>Pregunta 18</b>	<b>Pregunta 19</b>	<b>Pregunta 20</b>	<b>Pregunta 21</b>
a) 0 punto	a) 1 puntos	a) 0 punto	a) 1 punto	a) 1 punto	a) 1 puntos	a) 0 puntos
b) 0 puntos	b) 0 punto	b) 1 puntos	b) 0 puntos	b) 0 puntos	b) 0 punto	b) 1 punto

c) 0 puntos	c) 0 puntos	c) 0 puntos				c) 0 puntos
d) 0 punto	d) 0 punto	d) 0 punto				d) 0 punto
e) 1 punto		e) 0 punto				
		f) 0 punto				
<b>Pregunta 22</b>	<b>Pregunta 23</b>					
a) 0 punto	a) 0 puntos					
b) 1 puntos	b) 0 puntos					
c) 0 puntos	c) 1 punto					
d) 0 punto	d) 0 punto					
e) 0 punto	e) 0 puntos					
	f) 0 puntos					

- ✓ **OBESIDAD:** Es el incremento del peso ideal para cada individuo, se asocia con otros factores de riesgo, como hipertensión, sedentarismo, colesterol, diabetes, etc. La obesidad puede controlarse con ejercicio físico regular, control del peso, y una dieta adecuada.



- ✓ **SEDENTARISMO:** Se le considera a toda persona que no realice ningún ejercicio de manera regular. Se recomienda al paciente que sufrió un infarto realice ejercicios pasivos (caminata) por 30 min y descansando dos días a la semana.



- ✓ **ESTRÉS:** El estrés puede ser canalizado en alguna actividad recreativa, y si este no disminuye, se canalizará con una persona especialista.



- ✓ **SEXUALIDAD:** Las relaciones sexuales no ponen en riesgo su vida, pero después del infarto debe esperar mínimo 21 días para reanudarlas.



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA  
"IGNACIO CHAVEZ"

ESCUELA DE ENFERMERÍA

## ESTILO DE VIDA SALUDABLE DESPUÉS DE UN INFARTO



ES LA MANERA DE CÓMO LA GENTE SE COMPORTA CON RESPECTO A LA  
EXPOSICIÓN DE FACTORES NOCIIVOS QUE REPRESENTAN RIESGO PARA LA  
SALUD

Elaboró: E.P. Gabriela Macín García

## ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Es la manera de cómo la gente se comporta con respecto a la exposición de factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Existen aspectos del Estilo de Vida Saludable que pueden ser modificados y otros que no pueden ser modificados.

### ASPECTOS NO MODIFICABLES

Edad  
Sexo

### ASPECTOS MODIFICABLES

Hipertensión arterial  
Tabaquismo  
Colesterol  
Obesidad  
Sedentarismo  
Estrés  
Educación sexual

### ASPECTOS NO MODIFICABLES

- ✓ **EDAD:** La grasa que comemos en los alimentos comienza a adherirse a las arterias desde la infancia, con el tiempo esta grasa puede tapan las arterias provocando algunos síntomas de infarto (sudoración, dolor en el pecho, en mandíbula, y brazo).



- ✓ **SEXO MASCULINO:** Los síntomas se pueden presentar desde los 35 años de edad.



- ✓ **SEXO FEMENINO:** Normalmente las mujeres presentan síntomas de infarto en edades más avanzadas, hasta que inician la menopausia aumenta el riesgo.



### ASPECTOS MODIFICABLES

- ✓ **HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** La elevación de las cifras de la presión arterial pone en riesgo la vida causando infarto al miocardio, derrame cerebral e insuficiencia cardiaca entre otras.

El tratamiento de la hipertensión es con medicamentos y dieta baja en sal, dejar de tomar té, café y alcohol, bajar de peso, consumir frutas y verduras diariamente, realizar ejercicio y chequeo de la presión.



- ✓ **TABAQUISMO:** La sustancia que se inhala al fumar (nicotina) aumentan el riesgo de que las arterias se tapen y pueden agravar la salud del corazón, produciendo un infarto o una arritmia (aceleración del corazón).



- ✓ **COLESTEROL:** Es un tipo de grasa que contiene la sangre, y no debe ser mayor a los 200 mg/dl. Se puede controlar con medicamento, pero resulta efectivo si se disminuye el consumo de alimentos que contengan exceso de grasa (carne de cerdo, borrego), procurar usar aceite vegetal para cocinar, procurando ingerir carne de pollo o pescado.



## **CONCLUSIONES**

El nivel de conocimiento del paciente masculino postinfartado tiene relación con la edad, la escolaridad y la ocupación, pues estas variables influyen de manera directa en el comportamiento del individuo ante los factores de riesgo de su enfermedad. La enfermera tiene mucha responsabilidad ante esto, ya que, mediante programas de educación y prevención puede manejarse la recuperación del paciente que sufrió un infarto.

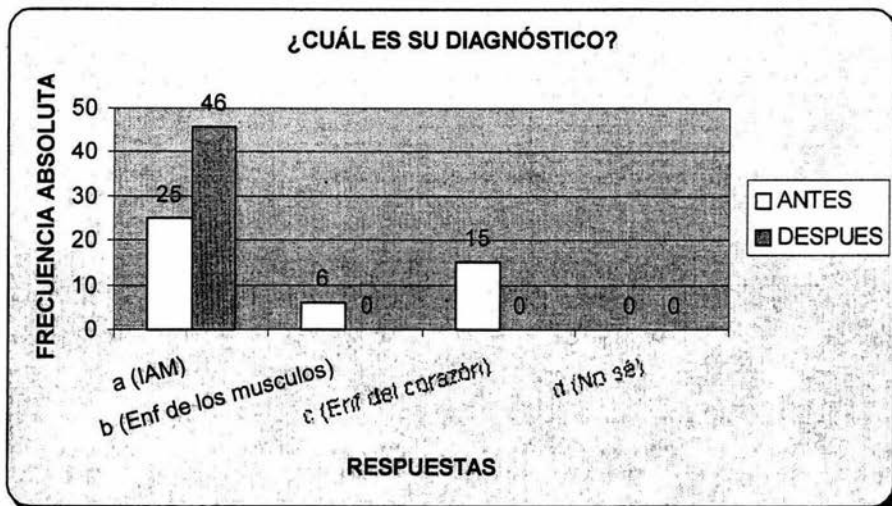
Al concluir este trabajo se sugiere que el personal de enfermería intervenga asesorando al paciente antes de su alta hospitalaria; ya que en algunos casos el paciente no sabe su diagnóstico, además de existir dudas en cuanto al entorno de su enfermedad, como lo es, alimentos favorables e ideales, actividad física, sexualidad y medicación, así como la forma de actuar en caso de sentir algún otro malestar.

Es muy importante que el paciente se lleve información acerca del estilo de vida para que el nivel de conocimiento aumente y por ende el estilo de vida se vea beneficiado, disminuyendo el riesgo de otro evento cardíaco.

## RESULTADOS

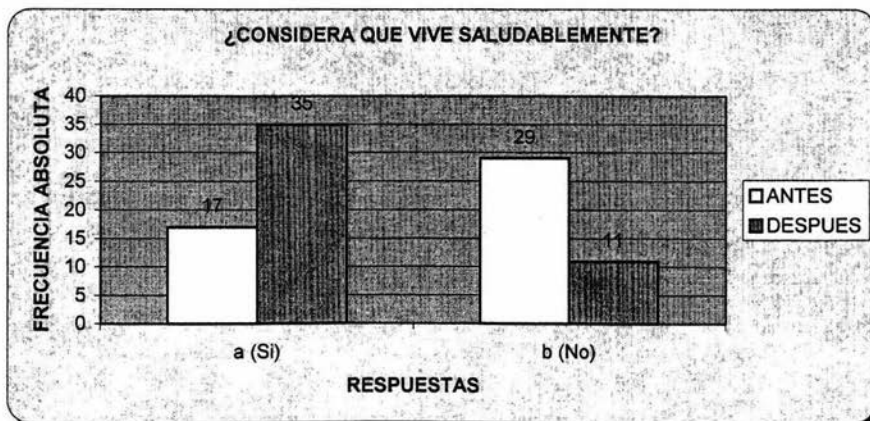
### GRÁFICAS

Gráfica No. 1



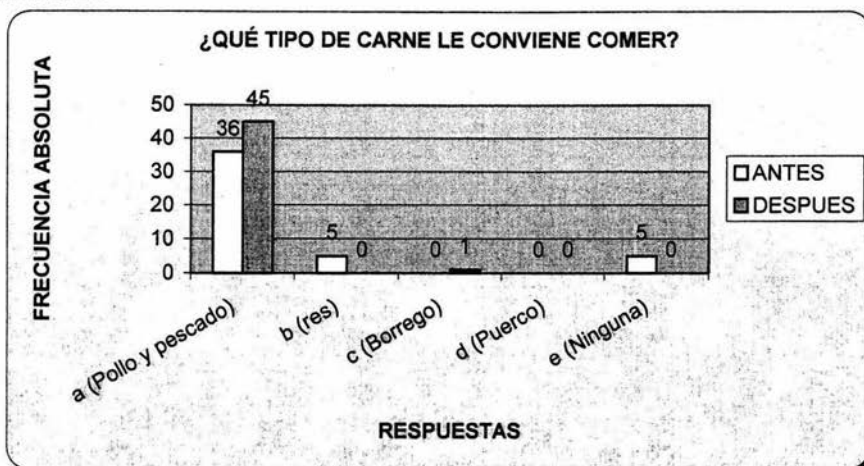
Al aplicar el cuestionario por primera vez, se observa que el 54% de los pacientes conocen su diagnóstico de IAM (Infarto Agudo al Miocardio), el 32% saben que padecen alguna enfermedad del corazón y el 14% restante se refieren a alguna enfermedad relacionada con los músculos. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, la totalidad de los pacientes identifican como IAM su padecimiento.

Gráfica No. 2



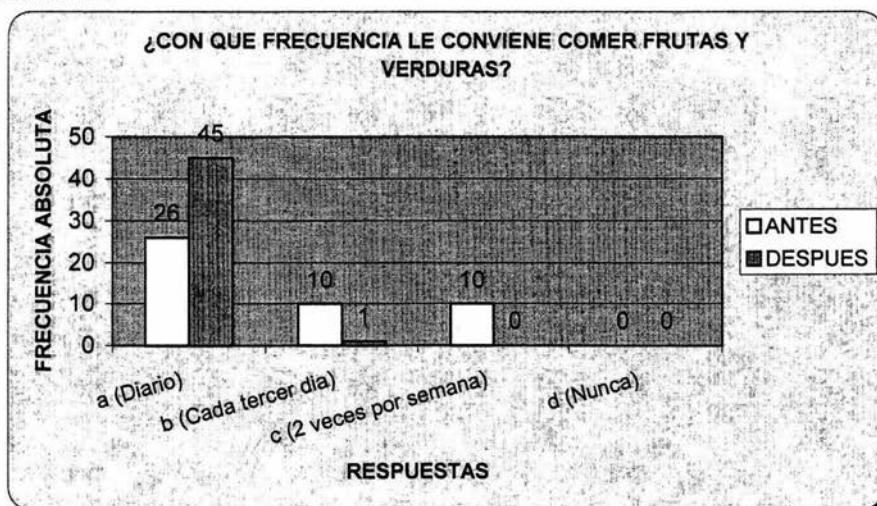
De la muestra, el 37% de los pacientes consideran que viven saludablemente mientras que el 63% restante consideran vivir de manera no saludable. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el porcentaje de personas que consideran vivir saludablemente incrementa al 76%.

Gráfica No. 3



El 78% de la muestra indica que le conviene comer pollo y pescado, el 11% carne de res y el 11% restante considera que ningún tipo conviene. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el 98% indica que le conviene comer pollo y pescado y el 2% restante considera que le conviene borrego.

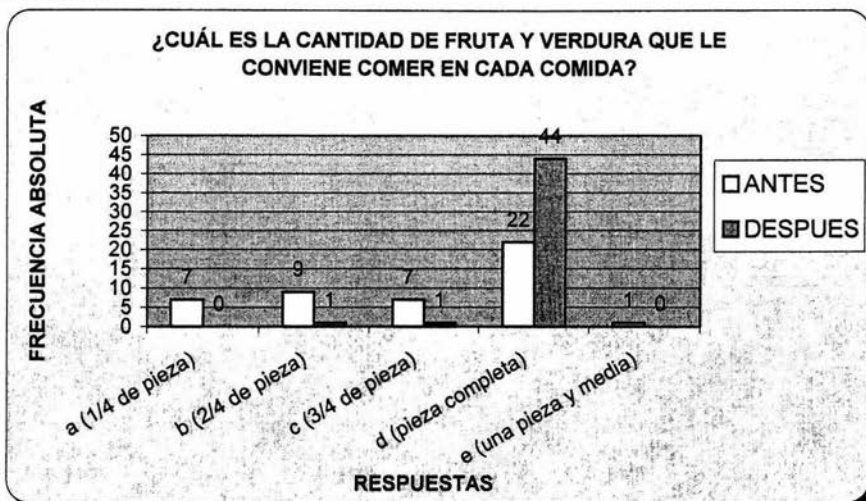
Gráfica No. 4



El 56% de la muestra indica que diariamente es la frecuencia con la que le conviene comer frutas y verduras, el 22% cada tercer día y el 22% restante indica que dos veces por semana. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el 98% indica que le conviene comer a diario y el 2% restante que cada tercer día.

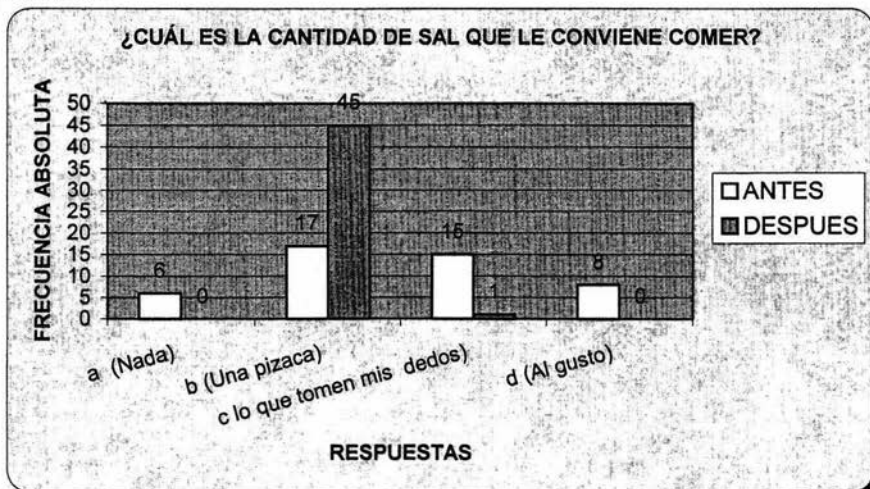


Gráfica No. 5



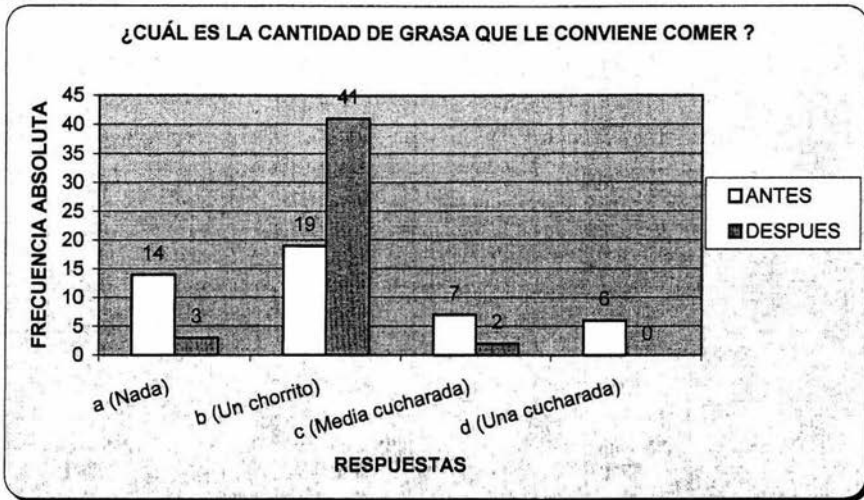
El 15% de la muestra indica que  $\frac{1}{4}$  de pieza de fruta y verdura es la cantidad que le conviene comer en cada comida, 20%  $\frac{2}{4}$  de pieza, un 15% adicional  $\frac{3}{4}$  de pieza, 48% una pieza completa y el 2% indica que pieza y media. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el 96% indica que una pieza completa es la cantidad que le conviene comer en cada comida, 2%  $\frac{2}{4}$  de pieza y el 2% restante  $\frac{3}{4}$  de pieza.

Gráfica No. 6



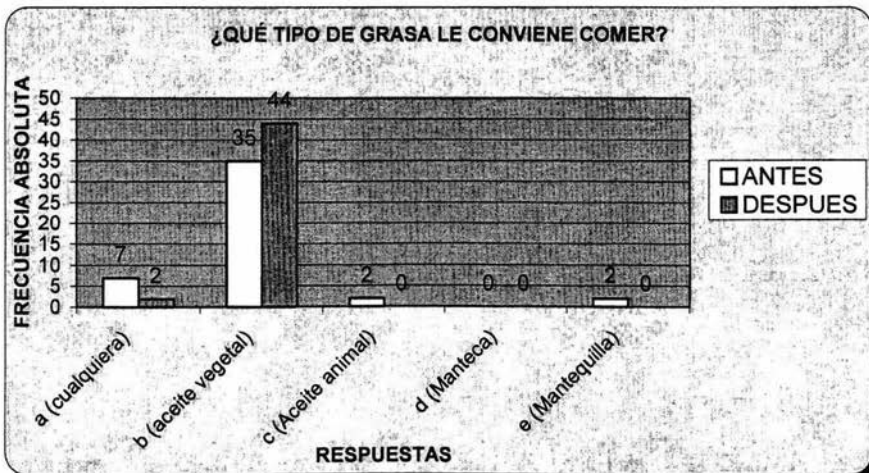
El 13% de la muestra indica que no es conveniente consumir sal al comer, 37% una pizaca, 33% lo que tome con sus dedos y el 17% al gusto. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el 98% indica que le conviene una pizaca y el resto lo que tomen con sus dedos.

Gráfica No. 7



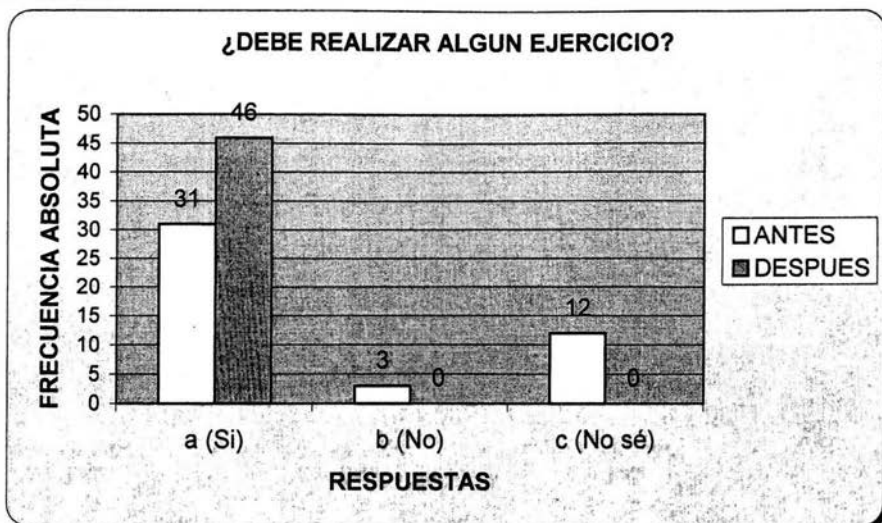
El 41% de los pacientes señalaron que deben consumir un chorrito de grasa en cada comida, mientras que el 30% refieren que lo conveniente es no consumir grasa, el 15% media cucharada y el 14% restante señalaron consumir una cucharada. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 90% de la muestra señaló que lo conveniente es consumir un chorrito de grasa.

Gráfica No. 8



El 76% de los pacientes a quien se les aplicó el cuestionario señalaron que el aceite vegetal es el que les conviene comer, el 15% dice comer cualquier tipo de grasa y el porcentaje restante entre aceite animal y mantequilla. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 95% de los pacientes señalaron consumir aceite vegetal y solo el 5% cualquier tipo de grasa.

Grafica No. 9



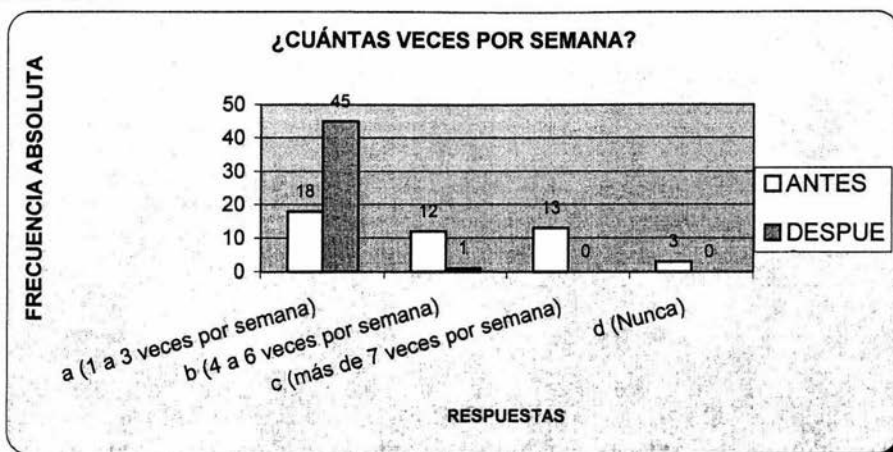
El 67% de los pacientes señalan que si saben que deben realizar alguna actividad física mientras que el 26% no sabe y el 7% restante dice que no deben hacer ejercicio. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 100% respondió que si deben hacer alguna actividad.

Gráfica No. 10



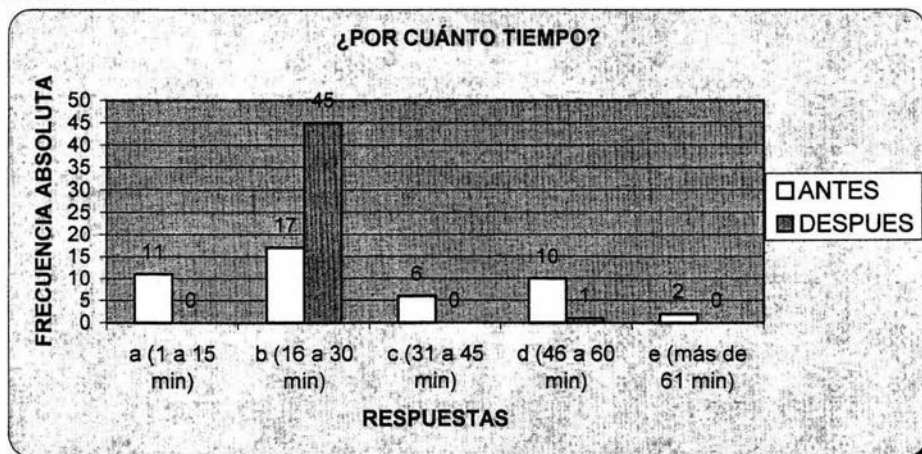
El 70% de la muestra respondió que el ejercicio ideal es caminar, el 13% correr, 13% que ninguna actividad y el 4% entre pesas y natación. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 98% de los pacientes contestaron que el ejercicio que deben realizar es caminar y el 2% dice que correr.

Gráfica No. 11



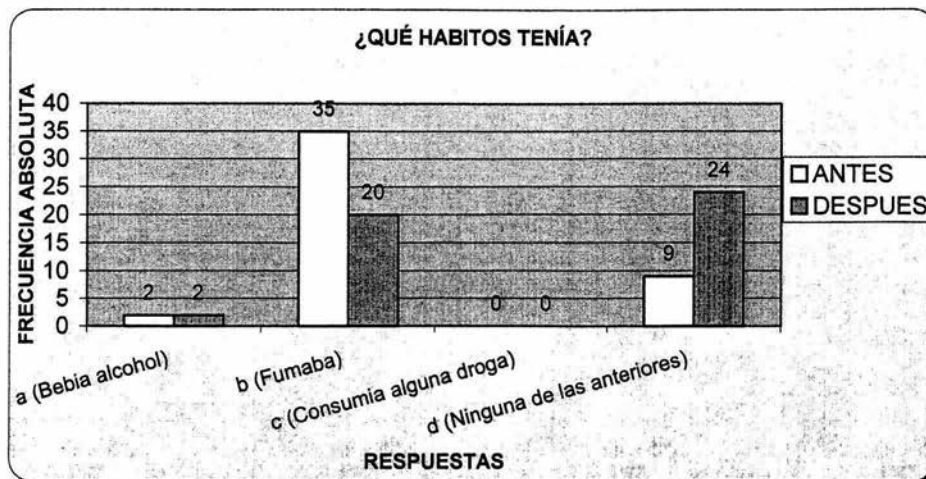
El 39% de los pacientes señalaron que deben hacer ejercicio de 1 a 3 veces por semana, el 26% de 4 a 6 veces por semana, el 28% más de 7 veces por semana y el porcentaje restante nunca. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 98% de los pacientes contestaron hacer el ejercicio de 1 a 3 veces por semana y el 2% de 4 a 6 veces por semana.

Gráfica No. 12



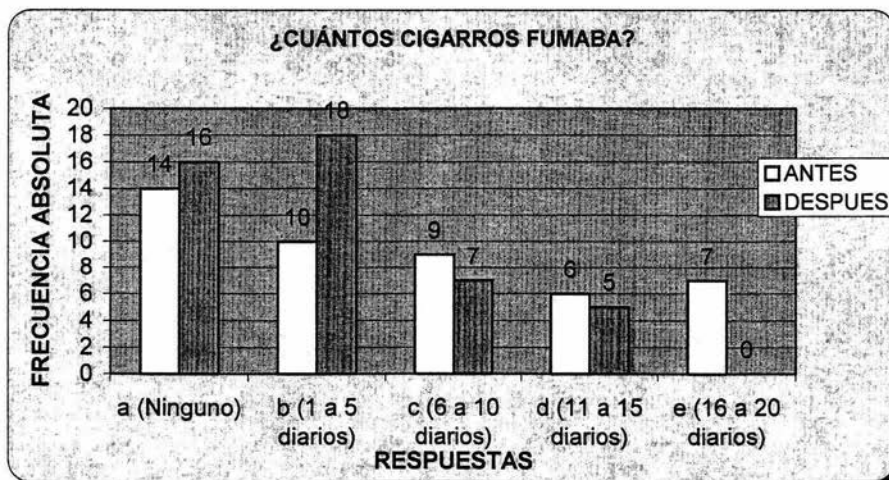
El 24% de la muestra señala que el ejercicio debe realizarlo por 15 minutos, el 37% 30 minutos, el 13% 45 minutos, el 22% 60 minutos y el 4% señaló que más de 60 minutos. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 98% de los pacientes aumento su conocimiento en cuanto al tiempo de hacer ejercicio, solo el 2% contesta hacer ejercicio por 60 minutos.

Gráfica No. 13



El 43% de los pacientes tenían como hábito el fumar, el 5% tenía como hábito el ingerir bebidas alcohólicas, y 52% de la muestra señalaron no tener hábitos que perjudiquen su salud. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario nos damos cuenta que los pacientes mejoraron su conocimiento en cuanto a los hábitos, y el 43% fumaba, mientras que el 57% señaló tener ningún hábito.

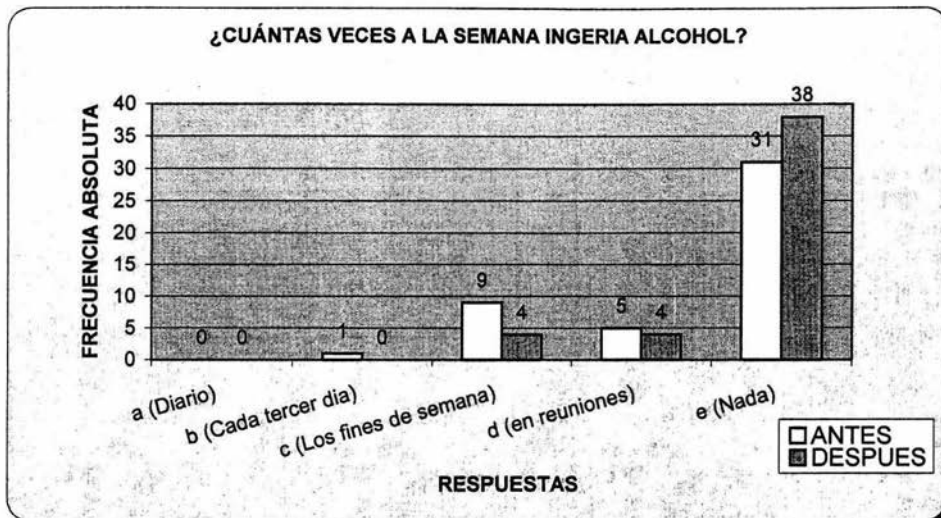
Gráfica No. 14



El 30% de la muestra no fumaba, el 22% fumaba de 1 a 5 cigarrillos diarios, el 20% de 6 a 10 cigarrillos diarios, el 13% entre 11 y 15 cigarrillos diarios y el 15% restante fuma entre 16 y 20 cigarrillos. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario, el 35% de los pacientes no fumarán, el 40% de 1 a 5 cigarrillos diarios, el 15% de 6 a 10 diarios y el 11% de 11 a 15 cigarrillos diarios.

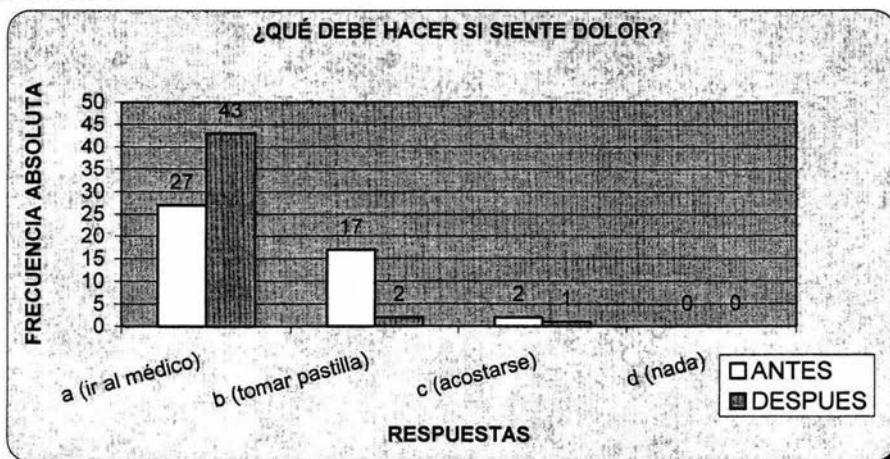


**Gráfica No. 15**



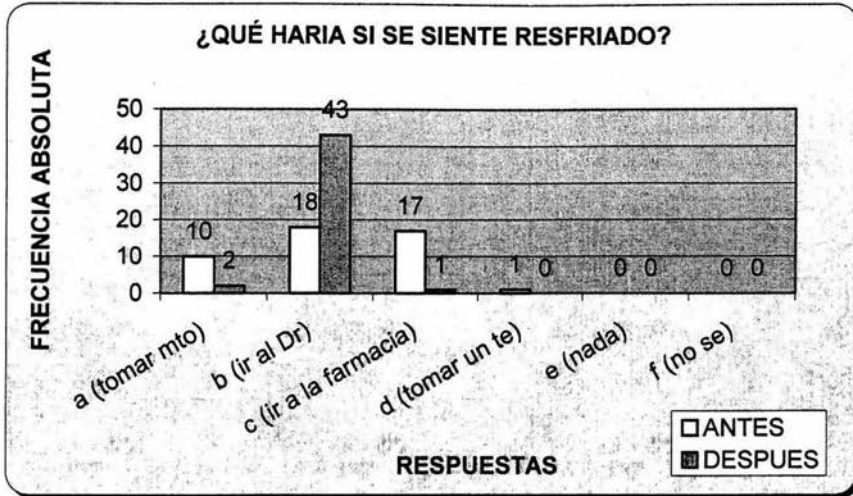
El 67% de los pacientes señalan que no beben alcohol, 20% solo los fines de semana y el 11% en reuniones, así como el 2% cada tercer día. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario se observa que el 83% de los pacientes ya no beben alcohol, el 17% restante solo en reuniones y los fines de semana.

**Gráfica No. 16**



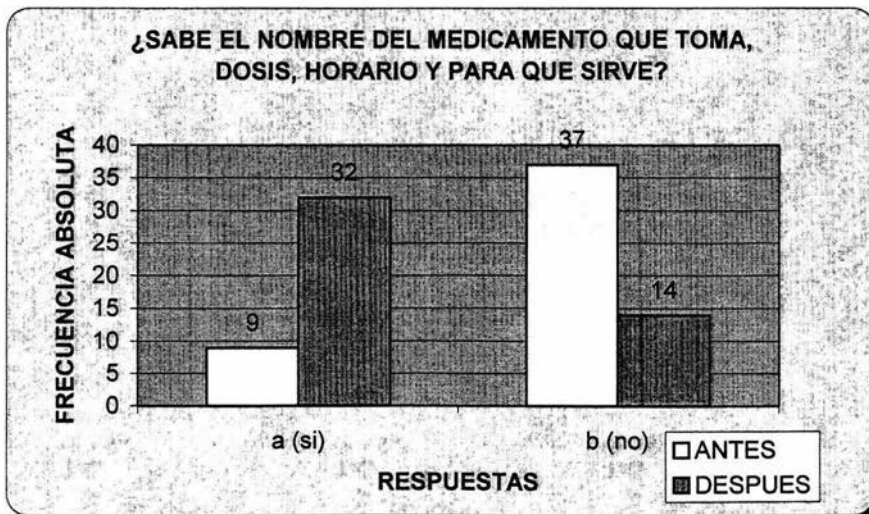
El 59% de la muestra señala que en cuanto sienta dolor debe acudir con su médico, el 37% tomar una pastilla y el 4% prefiere acostarse. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 94% ya sabe que debe ir al doctor, el 4% tomar una pastilla y el 2% acostarse, por lo que se observa que el conocimiento mejoró cuando la enfermera hace su intervención.

Gráfica No. 17



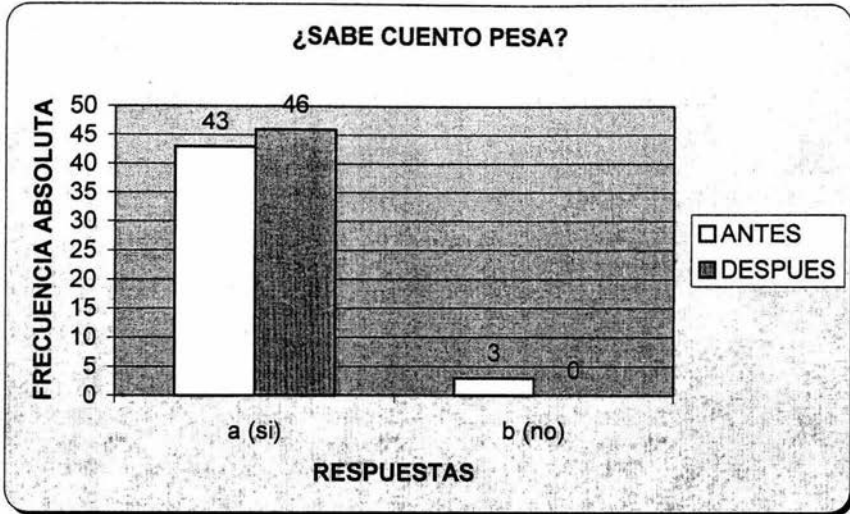
El 22% de la muestra señala que debe tomar un medicamento cuando se sienta resfriado, el 39% prefiere ir al doctor y el 37% ir a la farmacia. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario solo el 4% de los pacientes contestaron tomar un medicamento, mientras que el 94% realmente decidieron acudir con un médico.

Gráfica No. 18

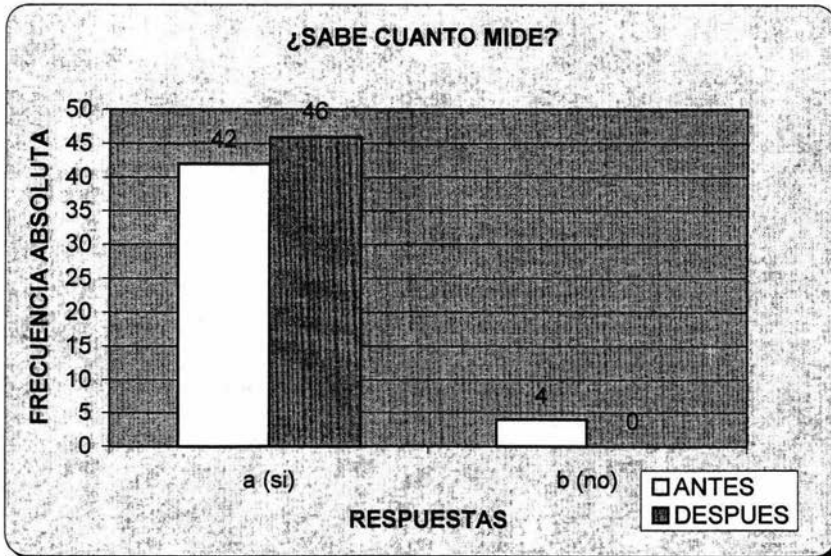


el 20% de la muestra señaló que si sabe el nombre del medicamento, dosis, horario y para que sirve mientras que el 80% no lo sabe. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 70% de los pacientes ya saben todo lo principal sobre los medicamentos que toma y el 30% no lo sabe.

Gráfica No. 19



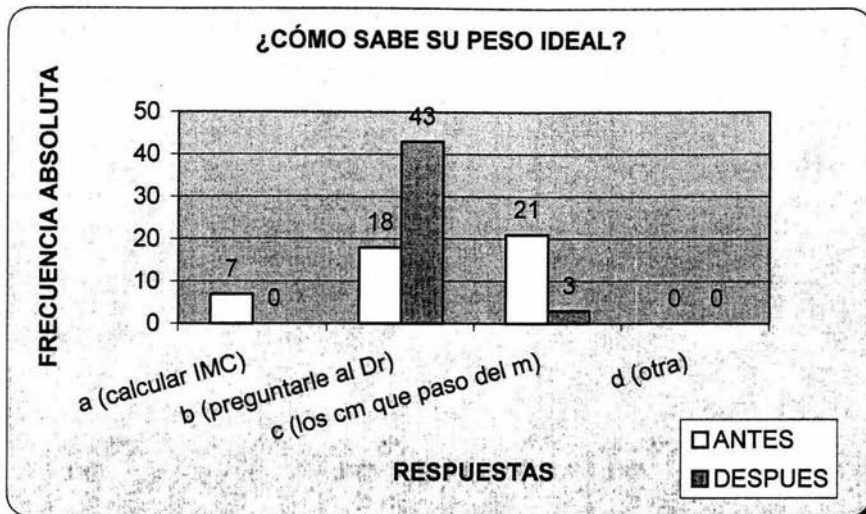
Gráfica No. 20



El 93% de los pacientes señalan que si saben cuanto miden y pesan, y el 7% restante no lo saben o no se acuerdan, pues después de la intervención de enfermería y aplicando el cuestionario por segunda vez el 100% de los pacientes ya saben su peso y talla.

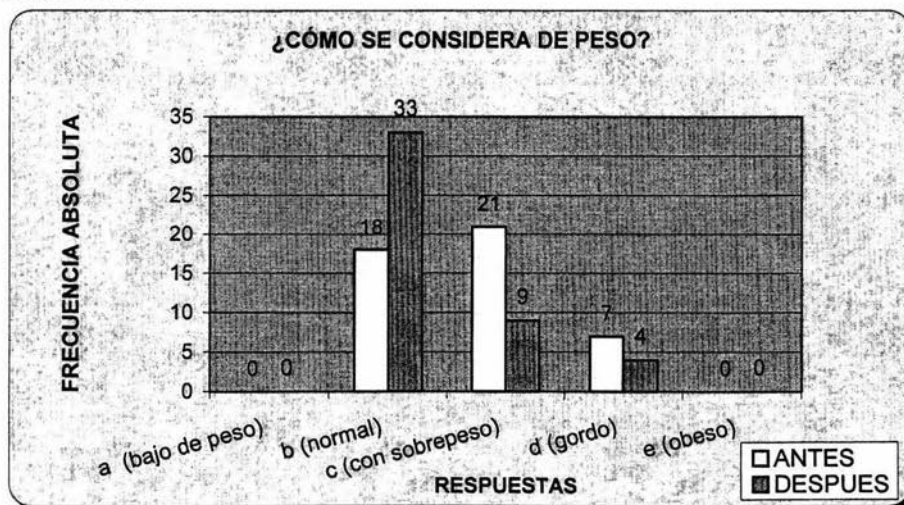


Gráfica No. 21

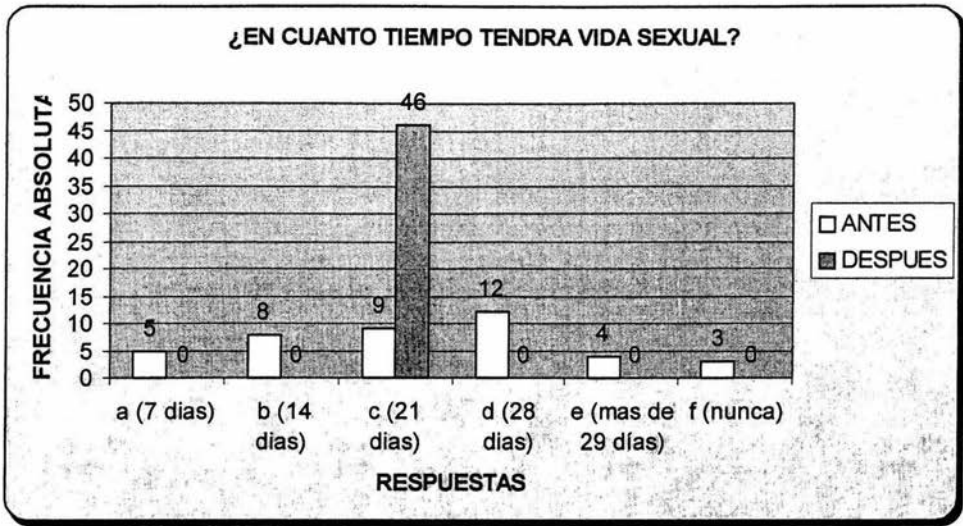


El 15% de los pacientes saben que su peso ideal lo pueden calcular sacando el IMC, el 40% prefiere preguntarle al doctor y el 45% los centímetros que pasan del metro. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 93% de los pacientes para saber su peso ideal prefieren preguntarle al doctor y el 7% aun lo prefiere los centímetros que pasan del metro.

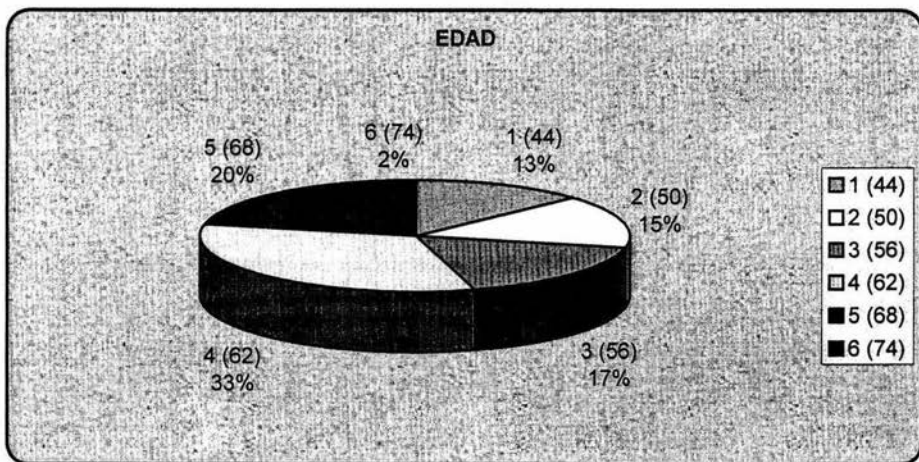
Gráfica No. 22



El 40% de la muestra se considera normal en cuanto a su peso, el 46% con sobrepeso y el 14% gordo. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario el 72% se considera normal, el 20% con sobrepeso y el 8% gordo.

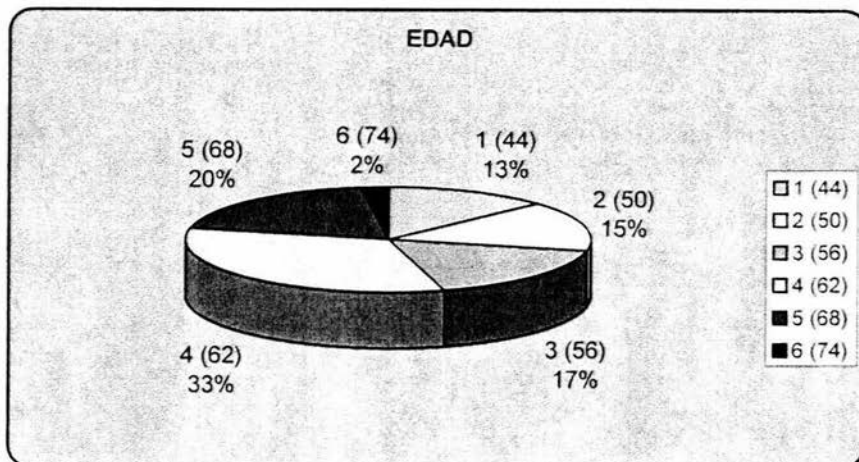


El 11% de la muestra señala esperar 7 días para comenzar sus relaciones sexuales, 17% 14 días, el 20% lo prefiere en 21 días, mientras que el 26% espera 28 días para hacerlo, el 9% se esperará más de 29 días y el 7% restante nunca volverá a tener relaciones sexuales. Después de la intervención de enfermería y aplicando nuevamente el cuestionario se obtuvo que el 100% de los pacientes solo esperaran los 21 días y comenzaran su actividad sexual.



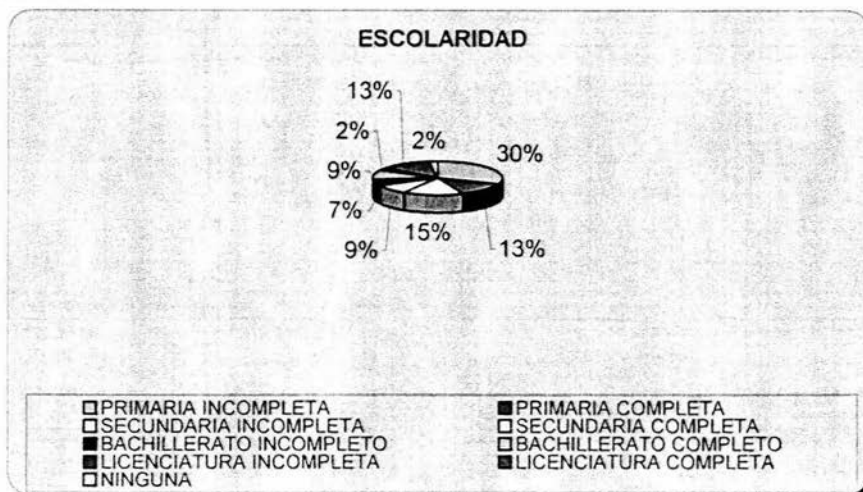
El 13% de los pacientes a quien se les aplico el cuestionario tienen entre 39 y 44 años de edad, el 15% 45 y 50 años, 17% de los pacientes cuentan con 51 a 56 años, un mayor porcentaje 33% entre 59 y 62 años, el 20% entre 63 y 68 años mientras que un 2% de los pacientes andan entre los 69 y 74 años.

Gráfica No. 24



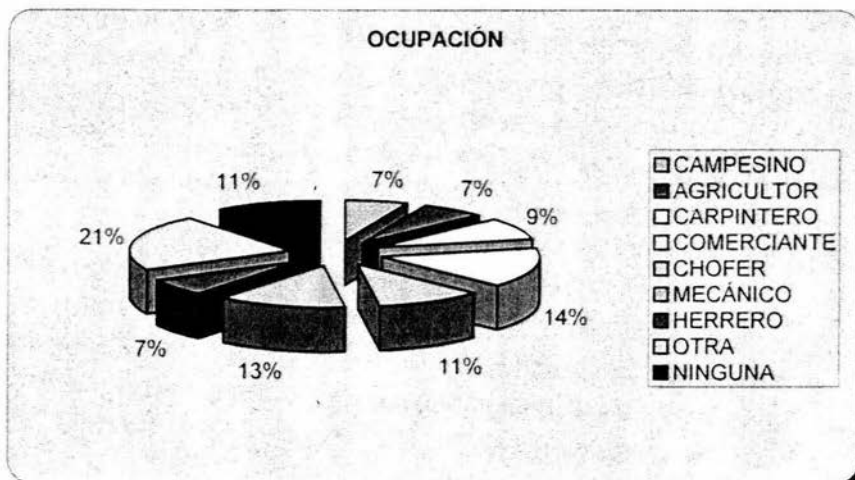
El 13% de los pacientes a quien se les aplicó el cuestionario tienen entre 39 y 44 años de edad, el 15% 45 y 50 años, 17% de los pacientes cuentan con 51 a 56 años, un mayor porcentaje 33% entre 59 y 62 años, el 20% entre 63 y 68 años mientras que un 2% de los pacientes tienen entre los 69 y 74 años.

Gráfica No. 25



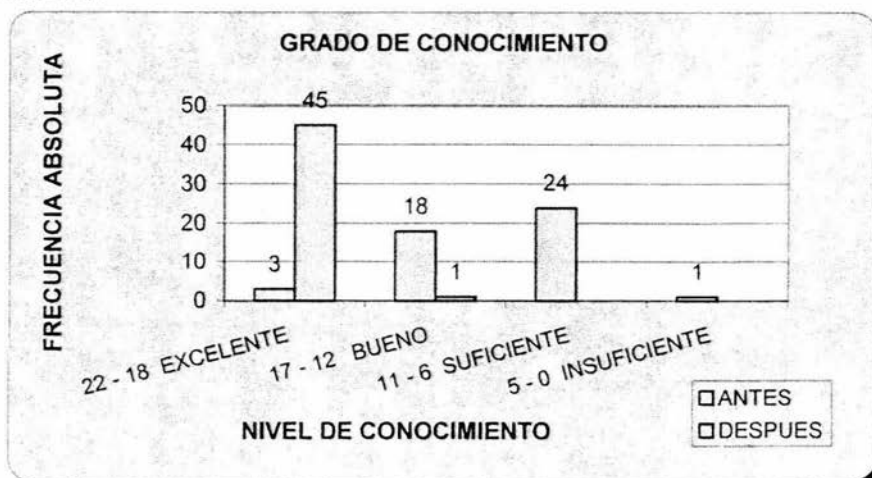
30% de los pacientes tienen como nivel de escolaridad la primaria incompleta, 13% la terminaron, 15% hicieron la secundaria aunque incompleta, 9% concluyeron la secundaria, 7% iniciaron el bachillerato y lo dejaron inconcluso, 9% terminaron el nivel medio superior, mientras que solo el 2% hicieron una carrera que dejaron y el 13% su carrera la concluyeron siendo que el 2% restante no tiene ningún nivel de escolaridad.

Grafica No. 26



El 7% de los pacientes que participaron en el estudio son campesinos así como 7% son agricultores, el 9% lo ocupan los carpinteros, 14% son comerciantes, 11% son chóferes (taxi o particular) el 13% se dedican a la mecánica automotriz, otro 7% son herreros, el porcentaje mayor 21% lo ocupan los que tienen alguna otra actividad mientras que el 11% no se dedican a nada.

Grafica No. 27



Al aplicar el cuestionario por primera vez, se observó que el 52% de los pacientes que participaron en este estudio, el nivel de conocimiento es suficiente, el 39% es bueno y solo el 7% cayó en el rango de excelencia, aunque algunos, el 2% se encuentran en ser insuficiente. Después de la intervención de enfermería y aplicando por segunda vez el cuestionario se observa el gran cambio pues el 98% de los pacientes cambian su nivel de conocimiento siendo de excelencia y tan solo el 2% es bueno.