



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA U. M. F. No. 120
IMSS”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

P R E S E N T A :

KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑÚÑURI.

Directora de Tesis

MTRA. SILVIA CRESPO KNOPLER



MEXICO, D. F.

Octubre 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**JEFATURA DE CARRERA DE
ENFERMERIA**

ASUNTO: Aceptación del trabajo de la prueba
escrita

**DRA. MA. TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la (el) pasante:

KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI

con número de cuenta 401098493 de la carrera de Enfermería, bajo el título
"IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA A PACIENTES CON
DISLIPIDEMIAS DE LA U. M. F. N° 120 IMSS"

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 16 de octubre de 2007

MTRA. SILVIA GRESPO KNOPFLER
Nombre y Firma del Director de Prueba Escrita

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE ESTUDIOS SUPERIORES

DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA
Vo.Bo. Jefa de la Carrera
ZARAGOZA
JEFATURA DE CARRERA DE ENFERMERIA

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

- C.c.p. Servicios Escolares
- C.c.p. Jefa de la Carrera
- C.c.p. Alumno



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
PRESENTE

Comunico a usted que la Prueba escrita en la modalidad: TESIS
de la (el) C. FERNÁNDEZ PEÑUÑURI KARINA LIZETH
con número de cuenta 401098493 de la carrera de Enfermería ha sido revisado y
tiene el visto bueno de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE
MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL
DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA

SECRETARIO
MTRA. MA. SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

SUPLENTE
LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

SUPLENTE
LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TÉCNICA ENFERMERIA

C.c.p. Secretaria Técnica de la Carrera



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: TESIS

Con el Título : "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA UMF No. 120 IMSS"

preparada por la (el) alumna (o) C. KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI

con número de cuenta 401098493, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

México D.F., a 22 de octubre de 2007

PRESIDENTE

Silvia Crespo Knöppler

MTRA. SILVIA CRESPO KNÖPPLER





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: TESIS

Con el Título : "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA UMF No. 120 IMSS"

preparada por la (el) alumna (o) C. KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI

con número de cuenta 401098493, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

México D.F., a 22 de octubre de 2007

VOCAL

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: TESIS

Con el Título : "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD IDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA UMF No. 120 IMSS"

preparada por la (el) alumna (o) C. KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI
con número de cuenta 401098493, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

México D.F., a 22 de octubre de 2007

SECRETARIO


MTRA. MA. SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: TESIS

Con el Título : "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA UMF No. 120 IMSS"

preparada por la (el) alumna (o) C. KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI

con número de cuenta 401098493, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

México D.F., a 22 de octubre de 2007

SUPLENTE

LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: TESIS

Con el Título : "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA
A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA UMF No. 120 IMSS"

preparada por la (el) alumna (o) C. KARINA LIZETH FERNÁNDEZ PEÑUÑURI
con número de cuenta 401098493, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
México D.F., a 22 de octubre de 2007

SUPLENTE

LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

FACULTAD SUPERIORES

SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA

DEDICATORIA

Por que son de esa clase de personas que todo lo comprenden y dan lo mejor de si mismas sin esperar nada a cambio... por que saben escuchar y brindar ayuda cuando es necesario, por que se han ganado mi cariño, admiración y respeto.

Hoy doy gracias:

A *mis padres:* Olga Ruth Peñúñuri Arvizú y Antonio Fernández Guerrero, por el apoyo y confianza que me han brindado a lo largo de mi vida y mi carrera profesional.

A *mi asesora:* Silvia Crespo Knopfler, por su enseñanza, paciencia y la mano firme que ayuda a formar nuevos elementos para la salud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Antecedentes históricos de dislipidemias.....	1
1.2 Etiología.....	5
1.3 Fisiopatología.....	8
1.4 Factores de Riesgo.....	12
1.5 Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.....	14
1.6 Modelos para el Autocuidado.....	16
1.7 Concepto de educación para la salud.....	21
1.8 Métodos y técnicas de la Enseñanza.....	23
1.9 Constructivismo (Educación).....	25
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.1 Objetivos.....	30
3.2 Tipo de investigación.....	31
3.3 Criterios de selección.....	31
3.4 Universo de trabajo.....	31
3.5 Muestra.....	31
3.6 Técnica de recolección de la información.....	32
3.7 Análisis Estadísticos.....	33
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	34
5. RESULTADOS.....	75
6. DISCUSIÓN.....	79
7. CONCLUSIÓN.....	81
8. RECOMENDACION.....	82
9. BIBLIOGRAFÍA.....	83
10. ANEXOS.....	8

INTRODUCCIÓN

Las dislipidemias son un problema importante de salud pública, en donde hay que enfatizar las intervenciones iniciales preventivas dirigidas a tratar el exceso de peso, en cambios en los hábitos alimenticios y ejercicio físico con lo que el nivel de los factores de riesgo se puede reducir de forma significativa en enfermedades cardiovasculares.

El pronóstico de la OMS (Organización Mundial de Salud) hacia el 2020 indica que las enfermedades coronarias serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo, es por ello que se considero de alta trascendencia establecer acciones en pacientes con dislipidemias en el primer nivel de atención y establecer como objetivo evaluar la efectividad o impacto de la educación individualizada en los pacientes con dislipidemias con relación a la educación colectiva.

El tipo de estudio fue descriptivo, comparativo, transversal y prolectivo. El estudio se realizó en los pacientes con dislipidemias que acudan al servicio de Unidad de Medicina Familiar No. 120 IMSS, en el periodo comprendido de octubre de 2005 a febrero del 2006, y que aceptaron participar en el estudio, a través de consentimiento informado. Se realizó la toma de muestra de laboratorio: de colesterol total y triglicéridos, para medir las dislipidemias en ayunas en los pacientes para determinar la cifra inicial tanto en los pacientes de casos y control en el estudio. Posteriormente se establecieron dos estrategias diferentes de educación a la salud, previó establecimiento de indicadores los cuales se aplicaron indistintamente a los casos y controles, para establecer el impacto de las dos intervenciones educativas.

Se observo que el grupo de estudio el éxito fue mayor y no hubo deserción de ningún paciente, y en la población de casos, la deserción fue de 87%, aún cuando el 13% restante presento éxito con los indicadores propuestos.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes históricos de dislipidemias.

Durante las últimas décadas, la mortalidad por enfermedades del corazón ha mostrado un incremento constante, hasta llegar a constituirse en la primera causa de muerte en México. Entre las principales causas para el desarrollo de estas enfermedades se encuentra la aterosclerosis, alteración estrechamente asociada a las dislipidemias, cuyas presentaciones clínicas pueden ser hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteinemia e hiperlipidemias mixta¹.

Pronostica la OMS (Organización Mundial de Salud) que hacia el 2020 las enfermedades coronarias serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo entre ellas, las enfermedades cardiovasculares principalmente de etiología aterosclerótica constituye ya la principal causa de morbilidad y mortalidad en América Latina y también en Perú constituyen, hoy la mayor causa de mortalidad, otras dos enfermedades surgen como amenaza mayores la Diabetes Mellitus 2 y la Obesidad. El estudio de PROCAM, llevado a cabo en Munster, Alemania y publicado en 1997, es uno de los estudios que revelaron la importancia de la tríada lipídica (hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteinemia y partículas LDL anormales). Un importante análisis que reunió a 10.800 mujeres y 46.000 hombres y demostró un 37% de aumento en mujeres y un 14% en hombres por cada 88mg/dl de incremento de Triglicéridos (TG)².

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993), se observó entre la población general una prevalencia de hipercolesterolemia de 8.8% y en la población adulta (20 a 69 años) del 11.2%, mientras que en el 20% de esta población se encontró hipertrigliceridemia y el 36% presento concentraciones anormales bajas de C- HDL, todo lo cual representa un importante riesgo de enfermedad cardio y cerebrovascular³.

Casi las tres cuartas partes del total de las defunciones por cardiopatía isquémica, en 75% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares (EVC) y el 70% de las defunciones por diabetes ocurrirán en los países en desarrollo. El número de personas con enfermedades cardiovasculares en el mundo en desarrollo se multiplicará por más por 2.5 y pasará de 84 millones en 1995 a 228 millones en 2025. A nivel mundial, el 60% de la carga de enfermedades.

De hecho, aún ahora las enfermedades cardiovasculares son más numerosas en la India y China que en el conjunto de todos los países económicamente desarrollados. En cuanto al sobrepeso y la obesidad no solo la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las regiones en desarrollo. Las implicaciones, de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes. En un estudio realizado en los Estados Unidos más de la mitad (53%) de las defunciones ocurridas entre mujeres con un IMC superior a 29kg/m podían atribuirse directamente a su obesidad ⁴.

En Chile las enfermedades cardiovasculares constituyen la 1ª causa de muerte con tasas de alrededor de 28% a pesar de un significativo aumento de su frecuencia, se ha observado que los factores de riesgo están presentes cada vez a edades más tempranas.

En el Programa de Salud Cardiovascular el Dr. Carlos González Salome, enfatiza en su contexto clínico, que las intervenciones iniciales deben estar dirigidos a: tratar el exceso de peso, los cambios en los hábitos de alimentación y el ejercicio físico, con lo que pueden, se puede reducir de forma significativa el nivel de los factores de riesgo cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares en Chile son la principal causa cardiovascular de muerte en ambos sexos, una de cada tres defunciones es de causa cardiovascular con 22,730 defunciones y una tasa de mortalidad de 149 por 100. 000 hab., en total de las defunciones en este grupo. Investigaciones en el ámbito local señalan que morbilidad en el adulto, en donde la Hipertensión Arterial ocupa uno de los primeros lugares de causa con motivo de

consulta en nivel primario; como causa hospitalización en 1998 hubo 80.535 egresos de causa circulatoria, lo que representa el 6% del total de egresos. La mayoría de Enfermedades Cardiovasculares (ECV) comparten factores de riesgo de que la reducción en uno o más de ellos puedan prevenir más de una ECV. La etiología multifactoriales para maximizar los esfuerzos preventivos⁵.

La dislipidemia primaria se ha relacionado con obesidad, se caracteriza por los triglicéridos aumentados, Lipoproteínas de alta densidad (HDL) disminuido nivel, y la composición de Lipoproteínas de baja densidad (LDL) normal. Mucho trabajo se ha hecho para elucidar la patogénesis del dislipidemias de obesidad que parece ser relacionado estrechamente a la resistencia de insulina en los obesos; sin embargo, se necesitan más estudios en los humanos que explique los mecanismos metabólicos que estén debajo de los cambios, y al distinguir entre los papeles de resistencia de insulina y grasa del cuerpo en los cambios del lipoproteínas. Las dislipidemias asociaron con obesidad que ninguna duda toca un papel en el desarrollo de aterosclerosis y cardiovascular (CV) en los individuos obesos⁶.

La asociación de hipercolesterolemia y la enfermedad del corazón coronaria es bien establecida, mas recientemente en varios ensayos clínicos se han documentado la efectividad de bajar lípidos en la terapia de prevención primaria y secundaria de Lipoproteína de alta densidad (C-HDL) y mortalidad. En este estudio se presento un acercamiento de evidencia basada en el cuidado de pacientes con dislipidemias, en la primera sección se muestra una medida de lípidos, realizando la valoración del paciente y la terapia amenazadora de lípidos en donde se discute cinco casos que ilustran decisiones clínicas que hace en los desordenes de lípidos comunes. Finalmente la prevención primaria ha demostrado un beneficio para el medio de los hombres viejos de alto riesgo con el colesterol de LDL y el colesterol de HDL bajo. Los TG muy altos debe tratarse para prevenir pancreatitis⁷.

Los pacientes con dislipidemias combinada están en el riesgo para la enfermedad de la arteria coronaria y a menudo exigen la terapia de combinación de drogas lo que logra nivelar los lípidos y está recomendada por el Programa Nacional de Educación Americana para el tratamiento en adultos ⁸.

Con relación al impacto de la educación individual que se les dio a los pacientes con dislipidemias se observa que la orientación para la salud fue exitosa ya que se logro modificar algunos factores de riesgo para prevenir enfermedades cardiacas. Esto coincide con el estudio de Suárez de Ronderos Ma. Del Pilar (2003)⁹ en donde impartieron una educación a los pacientes con métodos de orientación para la salud los cuales fueron efectivo debido a la mejor aplicación de uso de técnicas y recursos didácticos dando como resultado la modificación de factores de riesgo para que el paciente de tenga un mejor estilo de vida.

1.2 Etiología y fisiopatología de las dislipidemias.

1.2.1 Definición

Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizada 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 baja densidad (C – LDL), colesterol de alta densidad (C – HDL) y /o triglicéridos (TG). Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedad cardiovascular, en especial coronaria. Niveles muy altos de TG se asocian también al desarrollo de pancreatitis.¹²

Las dislipidemias pueden obedecer a causas genéticas o primarias, o a causas secundarias.

En el caso particular de la hipercolesterolemia secundaria, se consideran como causas: la diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y el síndrome nefrótico.

La hipertrigliceridemia secundaria, puede tener como causa: a la diabetes, el alcoholismo, la obesidad, el síndrome de resistencia a la insulina, la insuficiencia renal, la ingesta elevada de azúcares refinadas, así como al uso de beta-bloqueadores, diuréticos y corticosteroides anabólicos. También los procedimientos de diálisis y hemodiálisis, pueden actuar como causa desencadenante de esta dislipidemia.

Por otra parte, con el tabaquismo, el ejercicio anaeróbico y el uso de progestágenos y /o andrógenos, se puede presentar una disminución sérica de C-HDL, lo cual implica un factor de riesgo cardiovascular

Los niveles de los lípidos se clasifican de acuerdo con su concentración sanguínea por espectrofotometría de la siguiente manera:

	Recomendable	Límite	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Colesterol:	<200	200-239	≥240	-----
Triglicéridos:	<150	150-200	>200	>1000

Los niveles del colesterol sanguíneos están determinados tanto por las características genéticas del individuo, como por factores adquiridos (dieta, balance calórico, actividad física). El colesterol transportado en lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) contienen la mayoría de los TG del suero y algunas de sus formas son igualmente aterogénicas. La hipercolesterolemia es la causa principal de aterosclerosis siendo su mecanismo el atrapamiento de LDL oxidadas por parte de los macrófago en la matriz subendotelial, iniciándose un proceso inflamatorio que involucra a las células musculares.

Numerosos estudios han demostrado que con la reducción de los niveles de C-LDL, se producen beneficios tanto en morbilidad como en mortalidad cardiovascular. Sobre dicha base el balanceo fundamental del tratamiento es la reducción de esta partícula y el grado de intensidad terapéutica será en función del riesgo global del sujeto. Es así como las medidas terapéuticas serán más intensas en pacientes que ya han desarrollo enfermedad aterosclerótica y menos ambiciosa en prevención primaria.

Las enfermedades cardiovasculares son de naturaleza crónica y se manifiestan por lo general durante la vida adulta. En este tipo de padecimientos se presentan cambios patológicos en los vasos sanguíneos que alimentan al músculo cardíaco, al cerebro o a otras partes de organismo. Una de las lesiones asociadas con más frecuencia a este grupo de padecimientos son las placas de ateroma. En la actualidad se reconoce que algunas veces la susceptibilidad a estas

enfermedades tiene un importante componente genético. En estos casos, la identificación oportuna es muy importante, pues permite tomar medidas preventivas que evitarán su aparición. Si bien la atención de estos padecimientos corresponde al cardiólogo y la prevención incumbe a el equipó de enfermería con ayuda de los algunos especialistas. Quienes surgen con enfermedades cardiovasculares pueden ser tratados con medidas higiénicas, dietéticas y farmacológicas. Para las recomendaciones tanto preventivas como terapéuticas, el equipo de salud debe considerar la evaluación del estilo de vida y en particular de los hábitos de alimentación y de actividad física de cada individuo, a fin de promover medidas viables en cada caso ¹³.

ENFERMEDADES INVOLUCRADAS

Se denomina ateromatosis al conjunto de lesiones abultadas hacia la luz arterial. Este proceso, que destaca dentro de todas las enfermedades cardiovasculares, corresponde en la clínica a las siguientes entidades nosológicas:

1. **La cardiopatía isquémica.** Se refiere a la obliteración gradual del calibre de las arterias coronarias y corresponde a las formas clínicas de: insuficiencia coronaria, infarto del miocardio y angina de pecho, conocida como ataque al corazón. La deficiencia circulatoria se hace sentir especialmente en el músculo cardíaco y es responsable de la falla de la bomba y las arritmias. La cardiopatía isquémica también suele denominarse esclerosa o coronaria.
2. **La enfermedad vascular cerebral.** Se refiere al mismo fenómeno, pero cuando éste ocurre en las arterias carótidas y cerebrales. Las formas clínicas corresponden a los accidentes cerebrovasculares, sean por trombosis o tromboembolia, ataques transitorios de isquemia y hemorragia; genéricamente se le conoce como apoplejía y popularmente como embolia cerebral.

3. **Las enfermedades vasculares periféricas.** Se derivan del mismo fenómeno de estrechamiento arterial de los grandes vasos, sean de la aorta o de otras arterias. Según el calibre de las arterias involucradas, corresponden a las formas clínicas de la angiopatía obstructiva, la trombosis mesentérica, la nefropatía vascular y la claudicación intermitente en los miembros inferiores.

4. **La degeneración de las paredes arteriales.** También da lugar a dilataciones aneurismáticas de la aorta y de otras arterias.

1.3 Fisiopatología

Las enfermedades cardiovasculares debidas a la aterosclerosis corresponden a un proceso patológico común de evolución crónica que muchas veces se inicia desde la niñez, sin que puedan precisarse sus diferentes fases y en las etapas terminales súbitamente surgen las manifestaciones clínicas. Es decir, la aterosclerosis se desarrolla mientras el individuo que la sufre goza en apariencia de buena salud. En algunas personas la aterosclerosis se manifiesta a edad temprana, mientras que en otras aparece en etapas tardías, ya que la evolución puede tener un curso largo de tres a cinco decenios e incluso ser tan lenta que nunca llegue a causar manifestaciones clínicas. A nivel individual, el curso de la enfermedad es impredecible, pero desde una perspectiva epidemiológica es factible un pronóstico y determinar los riesgos que amenazan a la población ¹⁴.

El proceso de la Aterosclerosis

Se inicia con la acumulación de grasa debajo de la capa íntima de las arterias, en este proceso intervienen elementos celulares distorsionados en su bioquímica y por el metabolismo local, y están involucrados los monolitos, macrófagos, linfocitos

y el propio músculo liso de las arterias libre, las lipoproteínas de baja densidad, las enzimas específicas y los receptores de las respectivas membranas celulares.

El conjunto de reacciones propias de una lesión tisular da lugar a movilidad y transformación celular que termina por destruir células y producir necrosis, degeneración celular, liberación de enzimas y de aminos, junto con otras sustancias activas o tóxicas que complican el entorno de la lesión. En este proceso también participan las hormonas que estimulan el crecimiento celular del tejido, lo que da como resultado una acumulación celular irregular, detritus y grasa. Esta se saponifica con el tiempo al combinarse con calcio y da lugar a placas oseiformes calcificadas. Todo esto es lo que los patólogos han descrito detalladamente bajo la denominación de ateromas¹⁵.

LAS LIPOPROTEÍNAS

Para su transporte, el colesterol, los triglicéridos y los fosfolípidos necesitan unirse a proteínas conocidas como lipoproteínas. En general, éstas contienen en su núcleo una doble capa interna de lípidos neutrales formada por triglicéridos y ésteres de colesterol, y una capa superficial de fosfolípidos solubles, pequeñas cantidades de colesterol no esterificado y proteínas específicas, llamadas apolipoproteínas. Las apolipoproteínas actúan como receptores o activadores de enzimas y son específicas para cada lipoproteína de hecho las apolipoproteínas son las principales determinantes del tipo y conducta metabólica de las lipoproteínas, cabe mencionar que la dieta puede modular la síntesis de las apolipoproteínas en particular la apo A-1.

La densidad de las lipoproteínas depende de la cantidad de proteínas que contengan; así, las lipoproteínas de alta densidad contienen mayor cantidad de proteínas que las de baja densidad. La aterogenicidad de cada una de estas partículas depende de su composición y su función metabólica. Las lipoproteínas

de alta densidad no conducen a la aterosclerosis. En cambio, las de baja densidad tienen un alto índice aterogénico.

QUILOMICRONES

Son las partículas más grandes (75 a 1200 nanómetros) y de menor densidad, están compuestos por 98 a 99% de lípidos (90% son triglicéridos) y 1 a 2% de proteínas. Su función básica es transportar los lípidos y el colesterol dietético del intestino delgado a la periferia, una vez en la sangre, los triglicéridos y los quilomicrones son hidrolizados por la lipasa lipoproteína en la superficie endotelial de la células musculares y del tejido adiposo; de esta forma se liberan los ácidos grasos, que son capaces por diversos tejidos para almacenarse como triglicéridos, oxidarse como fuente energética o utilizarse para la síntesis de triglicéridos o lipoproteínas. Al terminar la hidrolizas, que suele tener una eficiencia de 90%, los quilomicrones regresan a la circulación sanguínea como remanentes¹⁶.

LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD

Son catalogadas como transporte primario del colesterol en la sangre, el 95% de las apolipoproteínas en las C-LBD son apo B100, presentes también en las C-LMBD y en las C-LDL al formarse C-LBD durante el catabolismo de las C-LMBD, el 60% de ellas es incorporado por receptores C-LBD al hígado, las adrenales y otros tejidos.

El número y la actividad de los receptores C-LBD son determinantes en los niveles de concentración sanguínea de estas lipoproteínas: a menor cantidad o actividad

de los receptores, las concentraciones de C-LBD serán más altas y viceversa. Tanto las apo B como las C-LBD son factores de riesgo en el desarrollo de enfermedad coronaria. Este efecto se evidencia en padecimientos genéticos, como la hipercolesterolemia familiar, caracterizada por elevadas concentraciones de C-LBD, con pocos o ningún receptor, lo que da como resultado un defecto en el metabolismo de las C-LBD y la presentación de aterosclerosis temprana y grave. Sin la presencia de los receptores, las LBD son metabolizadas por vía alternas; algunas son oxidadas y captadas por las células endoteliales y los macrófagos en las paredes arteriales, con lo cual se genera aterosclerosis.

LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD

Contienen más proteínas, lo que las convierte en el mayor depósito de apolipoproteínas, las LAC dirigen el metabolismo de los lípidos. La apo A-I elimina el colesterol del tejido; las apo C y E en las LAD son transferidas a los quilomicrones. La apo E ayuda a los receptores a reconocer y metabolizar los remanentes de los quilomicrones, las concentraciones sanguíneas de remanentes de quilomicrones y de LMBD y con niveles disminuidos de LBD. Asimismo, las concentraciones elevadas de LAD en la sangre suponen que el sistema funciona a su máxima capacidad en la promoción del metabolismo eficiente de las lipoproteínas ricas en triglicéridos y una cantidad menor de remanente en circulación.

COLESTEROL TOTAL

Es una evaluación sencilla que se ha utilizado desde hace varios años, cabe mencionar que de 60 a 70% del colesterol se encuentra unido a LBD, de 20 a 30% a LAD y 10 a 15% a LMBD. El colesterol es un indicador que se asocia en forma directa con las enfermedades de riesgo coronario, las poblaciones que consumen mayor cantidad de alimentos ricos en ácidos grasos saturados (manteca,

mantequilla, tocino, grasa de la leche y otras fuentes) tienen concentraciones elevadas de colesterol sanguíneo y mayor riesgo de enfermedad coronaria. Otros factores que influyen en los niveles de colesterol sanguíneo son la edad, los antecedentes familiares, la presencia de hormonas sexuales –particularmente los estrógenos-, los esteroides exógenos, el consumo de algunos medicamentos, el peso corporal, la actividad física y la presencia de diversos padecimientos como la diabetes y la hipertensión¹⁷.

TRIGLICÉRIDOS

Las lipoproteínas que contienen mayor cantidad de triglicéridos son los quilomicrones, las C-LMBD y las C-LDL, algunas investigaciones muestran una relación positiva entre los triglicéridos y las enfermedades cardiovasculares, sin embargo; cuando se controlan las concentraciones de LAD en los estudios, no se presenta esta relación. Tanto los pacientes con dislipidemias de origen familiar como aquellos con pancreatitis con deficiencia de la lipasa lipoproteína muestran concentraciones elevadas de triglicéridos. En todos los casos requieren de medicamento para disminuir las concentraciones de estos lípidos.

Los factores que influyen en las concentraciones de triglicéridos en la sangre son: consumo exagerado de hidratos de carbono simples (refrescos, postres azucarados, pan dulce, entre otros), dietas baja en lípidos, alcoholismo, obesidad y padecimientos no tratados, como diabetes, hipotiroidismo e insuficiencia renal.

1.4 Factores de Riesgo

Factores de riesgo relacionados con la herencia

Hay que aclarar que las actuales manipulaciones genéticas abren posibilidades de acción en el futuro, pero de ningún modo son practicables en la actualidad. Otras

dos características no modificables son la edad y el sexo, que pueden condicionar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Factores relacionados con otras enfermedades

Se trata de factores asociados con padecimientos cuya historia natural señala el desarrollo obligado de complicaciones cardiovasculares, es el caso de la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo, entre otros. El control de las cifras de tensión arterial, lipidemia y glucosa de manera aislada o en conjunto aleja la probabilidad de desarrollar complicaciones¹⁸.

☞ Hipertensión arterial: Es la elevación de los valores sistólico y diastólico por encima de los límites de tolerancia.

	Sistólica	Diastólica
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-90
Hipertensión:		
Fase 1(leve)	140-159	90-99
Fase 2(moderado)	160-179	100-109
Fase 3(acentuada)	180-209	110-119
Fase4 (+ acentuada)	>210	>120

La elevación de las cifras de tensión arterial de un individuo obedece a múltiples causas; puede ocurrir alguna de ellas o coincidir varias a manera de contingencia y precipitar al proceso hipertensivo, que tienen un fondo bioquímica metabolito de respuesta hormonal y celular, como quiera que sea hay relación agregada con la ingestión de sodio en cantidades mayores a las que un individuo en particular puede manejar.

☞ Diabetes Mellitus: Se clasifica al grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por la hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción y/o la acción de la insulina. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño disfunción o falla de varios órganos, en especial los ojos, los riñones, los nervios,

el corazón y los vasos sanguíneos. Es tal la dimensión del daño al sistema circulatorio, que se puede afirmar que la diabetes mellitus es la enfermedad metabólica que produce más enfermedades cardiovasculares.

Factores relacionados con hábitos o costumbres

Se refiere básicamente al estilo de vida de los individuos e incluyen patrones dietéticos inadecuados (consumo excesivo de energía; no llevar una dieta balanceada), particularmente a expensas de lípidos, pobre ingestión de fibra y de vitamina, el hábito de fumar y la falta de actividad física¹⁹.

☞ Al inhalar el humo que proviene directamente de un cigarro encendido o del ambiente alrededor del individuo que fuma, ingresan al organismo miles de sustancias en fase gaseosa. Los tóxicos más reconocidos son la nicotina (droga estimulante del sistema nervioso simpático con propiedades adictivas), el monóxido de carbono (potente tóxico que compite con los receptores de oxígeno en el proceso de respiración celular) y el alquitrán (sustancia cancerígena).

El hábito de fumar incluso cigarrillos bajos en nicotina- aumenta al doble de riesgo de desarrollar infarto miocardio. El fumador incrementa el potencial de los otros factores de riesgo, como los trastornos en los lípidos, la tensión arterial elevada y la diabetes mellitus.

1.5 Prevención de las enfermedades cardiovasculares

El conocimiento ha demostrado que se deben atender los factores de riesgo, que son clave de la prevención y constituyen el camino para evitar el desarrollo de enfermedades coronarias. El modelo ideal de referencia para la prevención cardiovascular consiste en disminuir, evitar o abandonar toda posibilidad de exposición a riesgos. Esto, como en todo ideal, resulta imposible de llevarse cabo, pero de cualquier manera el intentarlo aporta *beneficios en los campos tanto individual como colectivo*.

Entre las medidas preventivas importantes que se deben tomar en cuenta están las siguientes:

1. Promover el consumo de una dieta correcta.
2. Iniciar y mantener actividad física.
3. Desalentar el tabaquismo.
4. Regular la tensión arterial y cuando exista diabetes controlarla.

Como resultado de la aplicación de estas medidas preventivas es más probable que el individuo logre evitar o reducir el sobrepeso o la obesidad, disminuir las cifras de colesterol y de C-LDL y al mismo tiempo aumentar los niveles plasmáticos de C-HDL. Si a pesar del cambio en el estilo de vida persisten las alteraciones metabólicas se debe iniciar el tratamiento farmacológico.

Se realizó un estudio de tipo experimental que incluyó 31 niños obesos divididos en dos grupos: 15 casos y 16 controles. Todos los niños tenían entre 7 y 12 años, con obesidad, y remitidos por médicos de la consulta externa del Hospital Nacional de Niños, en los casos se implementó el modelo educativo, el cual contempló la participación de padres y niños con metodología participativa diseñada para niños en edad escolar. La educación del paciente es un componente importante en los programas de rehabilitación cardíaca. Al evaluar el perfil lipídico en este grupo de niños, se encontró que el 97% de los niños (30 a 31) presentó niveles no deseables de lipoproteínas, se determinó que el 42% presenta hipercolesterolemia, el 58% hipertrigliceridemia, 35% elevados niveles de LDL-C y sólo 38.7% presenta niveles deseables de HDL-C. Lo anterior pone en manifiesto los factores de riesgo cardiovascular existentes, a lo cual se suma el factor de riesgo presente en todos los niños: la obesidad. Estos resultados ponen en manifiesto que 97% de los niños presentan al menos dos factores de riesgo de ECC. La experiencia de la intervención educativa fue realmente enriquecedora, el grado de interés manifestado por padres y niños fue sorprendente dada la perseverancia para la asistencia a todas las sesiones así como para la participación

y desarrollo de las diferentes actividades propuestas a lo largo de la implementación del modelo educativo.

La educación favorece la adherencia del paciente al programa, disminuye la ansiedad, facilita el proceso de la recuperación de paciente y evita la progresión de la enfermedad. Los pacientes tienen derecho a aprender a vivir con una enfermedad crónica, aun aquellos pacientes que no sufren de enfermedad coronaria pero que están en rehabilitación cardiaca por otra enfermedad cardiovascular estarán sujetos a terapias y tratamientos a largo plazo como parte de su estilo de vida. Es función del equipo de rehabilitación cardiaca proveer a los pacientes y familiares con la terapia y educación que los prepare para adoptar un nuevo estilo de vida. Los pacientes que no aprenden a vivir siguiendo las recomendaciones y terapia médica tienen más posibilidades de regresar a los malos hábitos practicados antes de la enfermedad y correr el riesgo de muerte prematura por enfermedad cardiovascular.

La educación de nuevos estilos de vida más saludable para el paciente es parte integral de cada fase de rehabilitación. Se hará énfasis en la identificación y modificación de factores de riesgo modificables para prevenir futuros eventos cardiacos. La educación de los pacientes y sus familiares, así como los métodos de orientación para la salud son más efectivos debido a la mejor aplicación de los principios de aprendizaje del adulto y el uso de técnicas y recursos didácticos más efectivos⁹⁻¹¹.

1.6 Modelos para el autocuidado

Los modelos de enfermería son representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. Representan los factores implicados y la relación que éstos guardan entre sí. Parte de su utilidad consiste en hacer explícitos los factores en una situación de enfermería. Se convierte en un instrumento que nos recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería que podemos tender a olvidar o

ignorar. El hecho de que representen relaciones entre factores también es útil. Nos recuerda la relación entre los factores físicos y psicológicos y, por lo tanto, tenemos en cuenta esta relación al brindar los cuidados de enfermería ²⁰.

Los modelos pueden tener valor para la práctica en varias formas distintas:

- Pueden servir como instrumento de unión entre la teoría y la práctica.
- Clarificar nuestras ideas sobre los elementos de una situación práctica y relacionarlos entre sí.
- Ayudar a quienes trabajan en enfermería a comunicarse de forma más significativa.
- Servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación.

Una disciplina desarrolla sus métodos con dos propósitos, primero, para delimitar los fenómenos observables que conciernen a su dominio de estudio y, segundo, para transformar los fenómenos observables con base en datos más específicos para el problema en estudio. Se dice que una disciplina ha ganado su autonomía en el momento en que desarrolla métodos propios.

En todas las disciplinas existen numerosos ejemplos de modo en el que el mejoramiento de métodos impulsa la construcción de teorías y el diseño de modelos. Al mismo tiempo, nuevos modelos estimulan la integración teórica y la generación de teorías que, a su vez, propician el desarrollo de nuevos métodos.

Los modelos de autocuidado, vida diaria, actividades de la vida cotidiana o necesidades humanas tienen una base de necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo de la acción de enfermería. Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980) y Roper, Logan y Tierneey (1980) se incluyen en esta categoría. Es de señalar que el modelo de autocuidado de Orem (1980) ha generado y probado teorías sobre déficit de autocuidado, autocuidado y cuidado dependiente y sistemas de enfermería.

Modelo de Dorothea Orem

El modelo de la doctora Orem surgió en 1959 como una respuesta a la carencia de un marco conceptual para la formación de las enfermeras y su práctica hospitalaria. En 1971 completa el diseño del sistema de conceptos, dentro de un modelo de autocuidado, basado en el pensamiento de Kuan – Tzer: “Si a un hombre se le da un pescado podrá comer un día. Si se le enseña como pescar, podrá comer durante su vida “. En 1980 amplía el modelo hacia el cuidado de grupos de personas: familia y comunidades²¹.

Los principales supuestos de este modelo son los siguientes:

Enfermería: Tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades, a través de medidas de autocuidado, provisión y dirección de satisfactores, sobre una base continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades o agresiones y hacer frente a sus efectos. Orem presenta tres ideas teóricas: el autocuidado, la deficiencia en el autocuidado y el sistema de enfermería.

Autocuidado: el hombre es un organismo psicosomático (caracterizado porque se produce la interacción de la mente con el cuerpo) con potencialidades racionales. Como organismo biológico, existe y responde a su entorno. Como ser racional, formula propósitos y actúa sobre sí mismo, sobre los demás y sobre su ambiente. Por tanto, el autocuidado es una contribución del adulto a su propia existencia. Hay tres categorías de autocuidado: universal, de desarrollo y de desviación de la salud. La totalidad de las acciones necesarias de autocuidado se denomina demanda terapéutica:

Autocuidado universal. Relacionado con los procesos de vida, el mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano. Comprende los siguientes requisitos:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Autocuidado de desarrollo. Antes de 1980, Orem incluye esta categoría dentro del autocuidado universal. Comprende el mantenimiento de las condiciones para apoyar los procesos de vida y de desarrollo humano, considera el apoyo en los estadios de desarrollo y el cuidado preventivo en las condiciones adversas que los afectan ²¹.

Etapas específicas de desarrollo:

Vida intrauterina y nacimiento.

Vida neonatal, ya sea parto a término o prematuro, niño con peso normal o con bajo peso.

Lactancia.

Etapas de desarrollo de infancia, adolescencia y adulto joven.

Embarazo, ya sea en la edad adulta o en la adolescencia

Etapas de desarrollo de la edad adulta.

Condiciones que afectan el desarrollo:

Reprivación educacional.

Problemas de adaptación social.

Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.

Pérdida de posesiones o de trabajo.

Cambio súbito en las condiciones de vida.

Cambio de posición, ya sea social o económica.

Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.

Enfermedad terminal o muerte esperada.

Peligros ambientales.

Autocuidado durante la enfermedad. Comprende las acciones siguientes:

Buscar y asegurar la asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad.

Atender y ser consciente de los efectos y resultados de la enfermedad.

Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.

Administrar correctamente las dosis de medicamentos indicados.

Identificar los efectos de los medicamentos prescritos.

Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.

Aceptar la necesidad del cuidado de salud.

Modificación del autocuidado (auto imagen) aceptándose uno mismo.

Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

Alterar el estilo de vida para mover el desarrollo personal, mientras se viven los efectos de la enfermedad y la prescripción de medicamentos²¹.

La deficiencia del autocuidado es el núcleo de la teoría de Orem, porque determina que el cuidado de enfermería es necesario cuando:

El paciente o las personas responsables de su cuidado tienen ausencia o limitación de habilidades para los requerimientos del autocuidado.

Se necesita utilizar técnicas especiales y aplicar conocimientos científicos para el cuidado.

Elementos del modelo

La enfermería es un servicio, una manera de ayudar al bienestar humano y no un producto tangible. Su estructura se deriva de medidas deliberadamente

seleccionadas y aplicadas por las enfermeras para ayudar a individuos y grupos en el cuidado a fin de mantener o cambiar sus propias condiciones o de las de su ambiente.

Los principales objetivos de enfermería son:

Satisfacer la demanda terapéutica del paciente para su autocuidado.

Orientar al paciente hacia una postura responsable de autocuidado, incrementando su independencia o adaptándolo a la limitación de sus capacidades.

Transferir responsabilidad a las personas encargadas del cuidado del paciente, haciéndolas cada vez más competentes para tomar decisiones acerca de los cuidados cotidianos.

El modelo de Orem en el cuidado de enfermería

El proceso de atención de enfermería consiste en determinar por qué una persona necesita de ella, designándole un sistema de asistencia, planificando la asistencia específica, realizando y controlando las actividades de enfermería²¹.

1.7 CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.²²

A continuación se mencionarán algunas consideraciones acerca del concepto anterior:

- Aunque la información es necesaria, no es suficiente; sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud la cual se manifiesta por cambios de conducta en los hábitos de vida.
- La educación para la salud es enseñanza-aprendizaje; por tanto involucra tanto a quienes la imparten como a los que la reciben: aquéllos, informando; éstos, realizando que se pretende conseguir, con base en sus “motivos” o intereses.
- El cambio de actitud y de conducta sólo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción concientes de las medidas de salud propuestas: es una acción que deben llevar a cabo los individuos que se educa.
- La educación para la salud busca un “proceso de cambio” es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si son negativos, hay que cambiárseles por acciones favorables a la salud.

1.7.1 EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA

La educación para la salud puede aplicarse de manera individual o colectiva. En ambos casos puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la autorresponsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, sean oficiales o privadas²³.

La educación en salud que se dirige a un individuo en particular se realiza a través de la entrevista personal; en ocasiones puede llevarse a cabo con un pequeño

grupo, integrantes de una familia, o con personas involucradas e interesadas en un mismo problema, pero habitualmente se hace con una sola persona.

En general, la educación dirigida a la comunidad o a un grupo en alguna clínica o institución de salud (educación para la salud colectiva) tiene como propósito informar de la realización de un programa, señalando sus objetivos y las actividades que lo conforman, insistiendo en la importancia de la participación de todos, sin la cual los esfuerzos fracasarían.

1.8 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA ENSEÑANZA

Es común hablar de métodos y técnicas de enseñanza. Método, significa etimológicamente “camino para lograr un fin”; en este caso, la enseñanza. Técnica es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico. Como la diferencia entre ambos es sutil, solo se hablará de “métodos”; dentro de esta se denominación se considerará la manera de enseñar, o sea la técnica.²⁴

EXPOSICIÓN

Es uno de los métodos más usados, el expositor desarrolla el tema de manera clara y ordenada, pudiendo ayudarse con material didáctico o de auxiliares de la comunicación. Su principal inconveniente es que la participación del auditorio es muy pobre y en ocasiones nula; en general no hay preguntas, ni aclaraciones, ni discusión; no es posible la evaluación inmediata del tema. Otros inconvenientes que se señala es que por lo general se utiliza un solo sentido: el oído.

Naturalmente que estos inconvenientes pueden y deben subsanarse: el expositor motivará a los asistentes desde el principio de su exposición y promoverá su

participación; aceptará preguntas, aclaraciones y aun diferencias de opinión. Utilizará al máximo el pizarrón u otros auxiliares de la comunicación.

DISCUSIÓN

Se le denomina también dirigida ya que se requiere de una persona, (instructor o educador), que la prepare y la coordine o dirija. Se plantea previamente el tema de discusión, el cual debe conocer perfectamente el instructor, de modo que le permita intervenir en el debate con observaciones o preguntas sugerentes y estimulantes, que hagan más útil la discusión del tema. El método es aplicable en grupos no muy numerosos, de 12 a 15 personas; si el grupo es grande, puede dividirse en subgrupos que participarán de manera sucesiva, mientras el resto actúa como observador. Al final el instructor resumirá los diversos puntos planteados²⁵.

PHILLIPS 66

Se conoce también como "pequeño grupo de discusión", su objetivo es promover la participación de todos los integrantes de un grupo formado por 20 a 25 personas. El grupo total se subdivide en pequeños grupos de seis personas cada uno, que se encargarán de discutir un tema señalado de antemano; cada subgrupo designa un coordinador que dirige la discusión, haciendo participar a todos los integrantes y un secretario encargado de anotar las opiniones expuestas y posteriormente las conclusiones²⁵.

DEMOSTRACIÓN PRÁCTICA

Es un método que puede describirse en tres palabras: decir, mostrar y hacer. El instructor explica el procedimiento que se pretende enseñar; muestra después cómo se efectúa cada paso del proceso y luego pide a los asistentes que lo hagan ellos mismos.

DRAMATIZACIÒN

Se trata de la escenificación de alguna situación que previamente escojan los propios alumnos. Los alumnos que participan en la dramatización, deben hacerlo de modo voluntario; después de explicarles su "papel", se les da el tiempo necesario para que ensayen su participación; mientras tanto se explica al resto del grupo lo que deben observar ²⁶.

ESTUDIO DE CASOS

Es un método muy eficaz que estimula la reflexión, propicia la discusión y favorece la participación, se pone a consideración de los asistentes el caso en estudio, que debe ser real, de interés para todos, relacionado con sus actividades y dejando pendiente la solución. Es conveniente distribuir a cada uno de los alumnos, una copia del caso, con todos los datos necesarios para tomar una decisión y orientar las acciones a seguir.

ENTREVISTA

Es un tipo de comunicación, de enseñanza y de educación, por eso se incluye en los métodos que tienen ese propósito ²⁷.

1.9 CONSTRUCTIVISMO (EDUCACIÓN)

Constructivismo (educación), amplio cuerpo de teorías que tienen en común la idea de que las personas, tanto individual como colectivamente, "construyen" sus ideas sobre su medio físico, social o cultural. De esa concepción de "construir" el pensamiento surge el término que ampara a todos. Puede denominarse como

teoría constructivista, por tanto, toda aquella que entiende que el conocimiento es el resultado de un proceso de construcción o reconstrucción de la realidad que tiene su origen en la interacción entre las personas y el mundo. Por tanto, la idea central reside en que la elaboración del conocimiento constituye una modelización más que una descripción de la realidad ²⁸.

Para muchos autores, el constructivismo constituye ya un consenso casi generalizado entre los psicólogos, filósofos y educadores. Sin embargo, algunos opinan que tras ese término se esconde una excesiva variedad de matices e interpretaciones que mantienen demasiadas diferencias. De hecho, algunos autores han llegado a hablar de "los constructivismos" (André Giordan), ya que mientras existen versiones del constructivismo que se basan en la idea de "asociación" como eje central del conocimiento (como Robert Gagné o Brunner), otros se centran en las ideas de "asimilación" y "acomodación" (Jean Piaget), o en la importancia de los "puentes o relaciones cognitivas" (David P. Ausubel), en la influencia social sobre el aprendizaje, etc

Algunos autores han planteado la imposibilidad de obtener consecuencias pedagógicas claras del constructivismo por no ser ésta estrictamente una teoría para la enseñanza; sin embargo, lo cierto es que no es posible comprender las líneas actuales que impulsan la enseñanza moderna sin recurrir a las aportaciones del constructivismo ²⁸.

TIPOS DE CONSTRUCTIVISMO

Como sucede con cualquier doctrina o teoría, el constructivismo alberga en su interior una variedad de escuelas y orientaciones que mantienen ciertas diferencias de enfoque y contenido.

El "constructivismo piagetiano", que adopta su nombre de Jean Piaget, es el que sigue más de cerca las aportaciones de ese pedagogo, particularmente aquellas que tienen relación con la epistemología evolutiva, es decir, el conocimiento sobre la forma de construir el pensamiento de acuerdo con las etapas psicoevolutivas de

los niños. El constructivismo piagetiano tuvo un momento particularmente influyente durante las décadas de 1960 y 1970, impulsando numerosos proyectos de investigación e innovación educativa. Para Piaget, la idea de la asimilación es clave, ya que la nueva información que llega a una persona es "asimilada" en función de lo que previamente hubiera adquirido. Muchas veces se necesita luego una acomodación de lo aprendido, por lo que debe haber una transformación de los esquemas del pensamiento en función de las nuevas circunstancias.

Por su parte, el "constructivismo humano" surge de las aportaciones de Ausubel sobre el aprendizaje significativo, a los que se añaden las posteriores contribuciones neurobiológicas de Novak.

El "constructivismo social", por su parte, se funda en la importancia de las ideas alternativas y del cambio conceptual (Kelly), además de las teorías sobre el procesamiento de la información. Para esta versión del constructivismo son de gran importancia las interacciones sociales entre los que aprenden ²⁸.

Finalmente, se ha denominado como "constructivismo radical" (Von Glaserfeld) una corriente que rechaza la idea según la cual lo que se construye en la mente del que aprende es un reflejo de algo existente fuera de su pensamiento. En realidad, se trata de una concepción que niega la posibilidad de una transmisión de conocimientos del profesor al alumno, ya que ambos construyen estrictamente sus significados. Los constructivistas radicales entienden la construcción de saberse desde una vertiente darwinista (véase Charles Robert Darwin) y adaptativa, es decir, el proceso cognitivo tiene su razón de ser en la adaptación al medio y no en el descubrimiento de una realidad objetiva. A diferencia de los otros "constructivismos", en general calificables como "realistas", el constructivismo radical es idealista porque concibe el mundo como una construcción del pensamiento y, por tanto, depende de él ²⁸.

IDEAS FUNDAMENTALES DEL CONSTRUCTIVISMO

Aún teniendo en cuenta la amplia variedad de versiones que coexisten bajo el marbete del constructivismo, pueden destacarse unas pocas ideas fundamentales que caracterizan a esta corriente. Entre ellas está la de las “ideas previas”, entendidas como construcciones o teorías personales, que, en ocasiones, han sido también calificadas como concepciones alternativas o preconcepciones. Otra idea generalmente adscrita a las concepciones constructivistas es la del “conflicto cognitivo” que se da entre concepciones alternativas y constituirá la base del “cambio conceptual”, es decir, el salto desde una concepción previa a otra (la que se construye), para lo que se necesitan ciertos requisitos ²⁸.

Junto a los anteriores aspectos, el constructivismo se caracteriza por su rechazo a formulaciones inductivistas o empiristas de la enseñanza, es decir, las tendencias más ligadas a lo que se ha denominado enseñanza inductiva por descubrimiento, donde se esperaba que el sujeto, en su proceso de aprendizaje, se comportara como un inventor. Por el contrario, el constructivismo rescata, por lo general, la idea de enseñanza transmisiva o guiada, centrando las diferencias de aprendizaje entre lo significativo (Ausubel) y lo memorístico.

Como consecuencia de esa concepción del aprendizaje, el constructivismo ha aportado metodologías didácticas propias como los mapas y esquemas conceptuales, la idea de actividades didácticas como base de la experiencia educativa, ciertos procedimientos de identificación de ideas previas, la integración de la evaluación en el propio proceso de aprendizaje, los programas entendidos como guías de la enseñanza, etc.

En el caso particular de la educación en enfermería se ha propiciado principalmente la educación a la salud por diferentes técnicas como la exposición principalmente y auxiliares audiovisuales como son el rotafolio, y el periódico mural; con preferencia en enseñanzas de tipo grupal, olvidando que el ser humano desde la teoría constructivista, aprende con base a sus referentes previos, valores e historia de vida, por lo cual es vital la atención individualizada y principalmente utilizar el proceso de atención de enfermería para que de manera

sistemática se logre cambios de conducta a través de las significancias reales e individuales de cada ser humano²⁸.

TRIGLICÉRIDOS	Compuesto formado por glicerol y un ácido graso (oleico, palmítico o esteárico). Los triglicéridos forman parte de la mayoría de las grasas animales y vegetales y son los principales lípidos sanguíneos.	<p>mg/dl</p> <p>Recomendable <150 Limite 150-200 Alto Riesgo <200 Muy alto <1000</p>	<p>Cuantitativo categórica</p>
PRESIÓN ARTERIAL	Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. El nivel de la presión arterial en un determinado individuo es el producto del gasto cardiaco por la resistencia vascular sistémica. Varios factores extrínsecos e intrínsecos sirven para regular y mantener la presión arterial en unos márgenes razonablemente constantes.	<p>mm de Hg</p> <p>Sistólica Diastólica</p> <p>Normal <130 <85 Normal alta 130-139 85-90</p> <p>Hipertensión: Fase 1(leve) 140-159 90-99 Fase 2(moderado) 160-179 100-109 Fase 3(acentuada) 180-209 110-119 Fase4 (+ acentuada) >210 >120</p>	<p>Cuantitativo categórica</p>

TABAQUISMO	Intoxicación aguda o crónica por el tabaco (Nicotinismo)	Adicción al consumo de cigarrillos de manera cotidiana	Cuantitativo categórica
DIABETES MELLITUS	Es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglicemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, a su vez puede originar múltiples complicaciones como neuropatías periféricas lesiones vasculares y coronarias	Diabetes Mellitas 1 (DM 1) destrucción de las células B que conduce a una deficiencia absoluta de insulina Diabetes Mellitas 2 (DM 2) existen variaciones que van desde el predominio de la resistencia a la insulina con deficiencia de esta hasta el efecto	Cualitativo
COLESTEROL TOTAL (CT)	El colesterol es un alcohol esteroide, liposoluble encontrada en las grasas y aceites animales. Ayuda a detectar alteraciones de los lípidos sanguíneos, indica el riesgo potencial de desarrollar coronariopatias ateroscleróticas.	mg/dl Bajo ---- Deseable <200 Limite 200-239 Alto >240 Muy alto ----	Cuantitativo categórica
SOBREPESO	Es el exceso de grasa corporal total en relación con el peso corporal. El cuadro de sobrepeso u obesidad en el adulto se establece comparando el peso y la talla de la persona, el índice de masa corporal (IMC) que se calcula con la fórmula (peso / talla ²) si esta cifra es mayor de 25 se habla de sobrepeso, si es mayor de 30 cae en obesidad.	Índice de masa corporal > 25 es sobrepeso > 30 es obesidad	Cuantitativo

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dislipidemias son un problema importante de salud pública, en donde hay que enfatizar las intervenciones iniciales preventivas dirigidas a tratar el exceso de peso, cambios en los hábitos alimenticios y ejercicio físico con lo que el nivel de los factores de riesgo se puede reducir de forma significativa en enfermedades cardiovasculares. El pronóstico de la OMS (Organización Mundial de Salud) hacia el 2020 establece que las enfermedades coronarias serán la principal causa de morbi-mortalidad en todo el mundo. El número de personas con las enfermedades mencionadas en el mundo en desarrollo se multiplicara de 84 millones a 228 millones en 2025, a nivel mundial.

En nuestro país son la principal causa de muerte en ambos sexos, una de cada tres defunciones es por causa enfermedades cardiovasculares en el adulto. Por lo cual hay que maximizar los esfuerzos preventivos en los pacientes del primer nivel de atención a la salud, mediante la educación a la salud por enfermería. Esta función es frecuente que se realice, pero la efectividad que tiene a través de indicadores, así como de las técnicas que son utilizadas tiene escasos estudios, es por ello que se presenta el siguiente problema:

¿Cuál es el impacto de la educación individualizada con relación a la educación grupal en pacientes con dislipidemias en la Unidad Medico Familia N° 120 del IMSS, en el 2005-2006.?

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad o impacto de la educación individualizada en los pacientes con dislipidemias con relación a la educación colectiva.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Diseñar un instrumento para la valoración del paciente en el ámbito individual.
2. Establecer la muestra entre los grupos de casos y controles.
3. Contar con los expedientes de los pacientes de ambos grupos.
4. Aplicar el proceso de atención de enfermería en los casos seleccionados de manera individual y con base a la corriente constructivista.
5. Realizar la comparación de los resultados de laboratorio en los pacientes con dislipidemias en los casos y grupos de control.
6. Elaborar el informe final de la investigación

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio: Descriptivo, comparativo, transversal y protectivo.

3.3 CRITERIOS

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes Derechohabientes adscritos a la U.M.F 120, que Presenten dislipidemias
Acepten participar en el estudio.
- Ambos sexos
- Edad de (20 a 70 años)

3.4.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no presente dislipidemias
- Edad <20 años
- Edad >70 años

3.4 UNIVERSO DE ESTUDIO

La población que ingresa al servicio de nutrición por causa de dislipidemias es un promedio de treinta mensuales, dando un total de 360 casos de nuevo ingreso al año.

3.5 MUESTRA

La población de estudio estuvo confirmada por 30 adultos de 30 a 59 años de edad, ambos sexos, con dislipidemias, que acudan a consulta en la UMF 120 del IMSS, siendo una muestra por lo tal de conveniencia.

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó en los pacientes con dislipidemias que acudan al servicio de Unidad de Medicina Familiar N° 120, en un periodo comprendido de octubre de 2005 a abril del 2006, y que aceptaron participar en el estudio, a través de consentimiento informado.

Se realizó la toma de muestra para medir las dislipidemias en ayunas en los pacientes para determinar la cifra inicial tanto en los pacientes de caso y control. A través de los resultados de laboratorio se seleccionaron aquellos que presentaron dislipidemias, se buscó en los expedientes de estos pacientes cuando tenían cita con su médico y se les abordó en la sala de espera con los pacientes de estudio de caso.

A los pacientes de control se les citó un día, para darles una platica sobre las medidas de prevención de las dislipidemias como se acostumbra hacer de manera colectiva en la Unidad, dando un tríptico sobre medidas de prevención. Posteriormente pasaron con la dietista para entrevista y asesoría, así como para obtener la dieta recomendada para su padecimiento (que son elaboradas por la dietista de la clínica) y que se da con duración de un trimestre. Cada mes se realizó una entrevista para verificar aquellos factores que limitaron o favorecieron la baja o alta de triglicéridos y colesterol, acorde a los resultados de los exámenes de laboratorio en estos pacientes, a su vez se pesó y se midió la circunferencia de cintura.

Al otro grupo (en estudio) que accedió a la educación individualizada y que firmaron la carta de consentimiento informado (anexo), se les aplicó el proceso enfermero, iniciando con una valoración con base a la teoría de Orem, así como un instrumento para valoración dietética, posteriormente se les estableció el diagnostico; los objetivos y metas se conformaron de manera conjunta con el paciente y las medidas que debían de tomar para mejorar los niveles de colesterol y triglicéridos(a su vez se les dio el mismo tríptico que al grupo de control),

aunado a su dieta trimestral la cual fue dada por la nutricionista, en dicha entrevista estuvo presente la pasante para verificar las dudas que presento el paciente. Se les citó cada mes en la misma fecha, con el fin de medir el impacto de las intervenciones por medio de: Examen de química sanguínea donde se verificó colesterol y triglicéridos; en las dos tomas subsecuentes se realizó con tiras reactivas para la determinación cuantitativa del colesterol de sangre capilar fresca y revisar de manera individual con los pacientes en estudio, aquellos factores que limitaron o favorecieron el alcance las metas propuestas por el paciente y la enfermera, así como se pesó y midió la circunferencia de cintura, para obtener el Índice de Masa Corporal como otros de los indicadores de impacto.

3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central, siendo los indicadores de impacto: baja de peso mensual, circunferencia de cintura, presión arterial, hábitos de alimentación, ejercicio, baja de colesterol y triglicéridos obtenidos por laboratorio y también con tiras reactivas estos dos últimos. Los resultados se presentan en tablas y gráficas.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CUADRO 1.

Distribución por edad de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

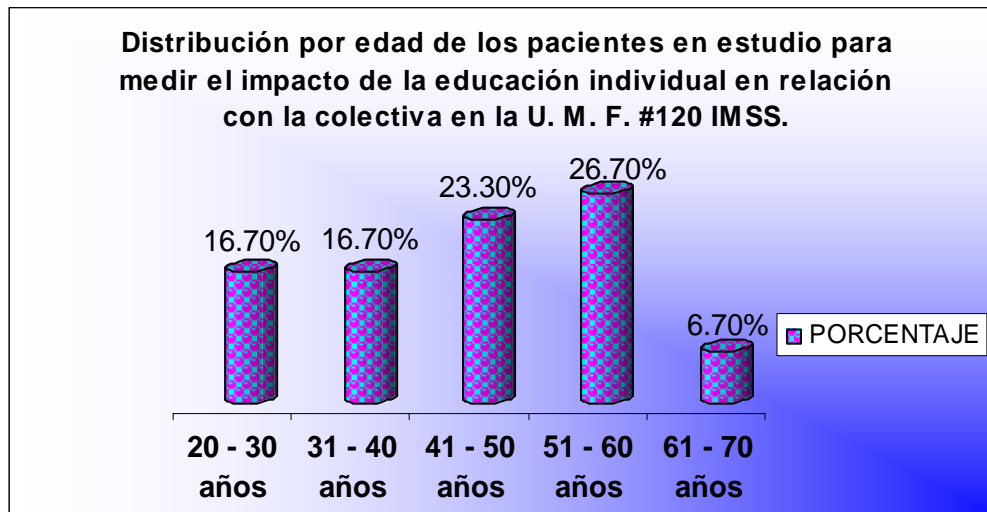
VALORACIÓN: (CONTROL):

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 30 años	5	16.70%
31 - 40 años	5	16.70%
41 - 50 años	7	23.30%
51 - 60 años	11	26.70%
61 - 70 años	2	6.70%
TOTAL	30	100%

FUENTE:
valoraciones
U. M. F. #120

Encuestas y
realizadas en la
IMSS.

GRAFICA 1.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

De los resultados obtenidos se observo que el grupo de edad que predomino es de 51 a 60 años con 26.6%.

CUADRO 2.

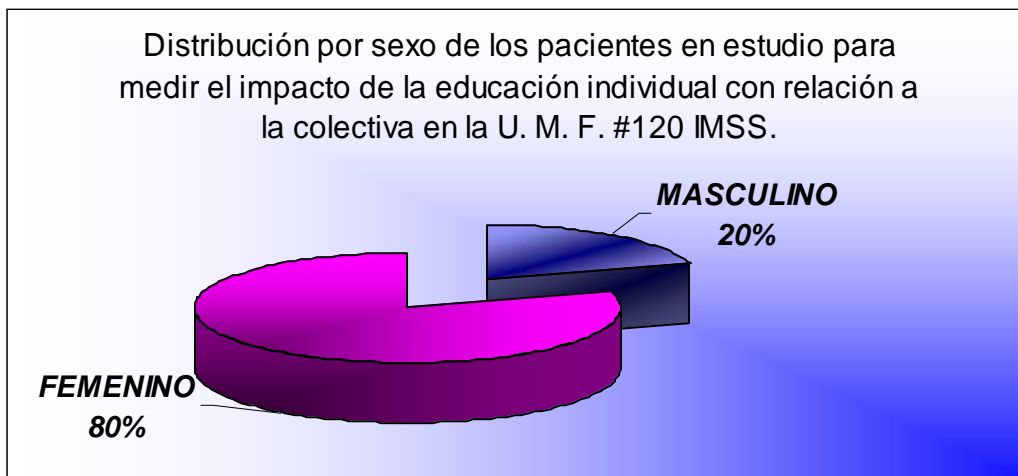
Distribución por sexo de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL):

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	6	20%
FEMENINO	24	80%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 2.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

De los resultados obtenidos se observó que predominó en la muestra el sexo femenino con el 80%, mientras que el sexo masculino tiene un 20%.

CUADRO 3.

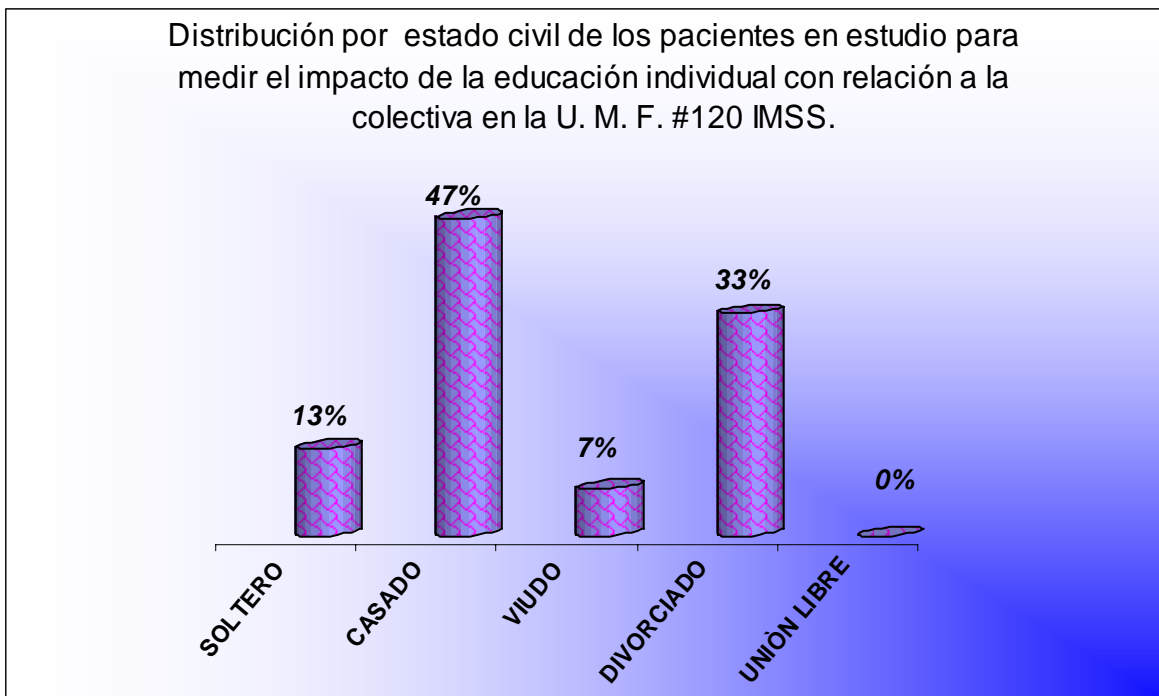
Distribución por estado civil de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL):

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	2	13%
CASADO	7	47%
VIUDO	1	7%
DIVORCIADO	5	33%
UNIÓN LIBRE	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 3.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estado civil se detectó que el 47% corresponde al grupo de los casados, 33% a divorciados, 13% es de solteros y el 7% al de viudos.

CUADRO 4.

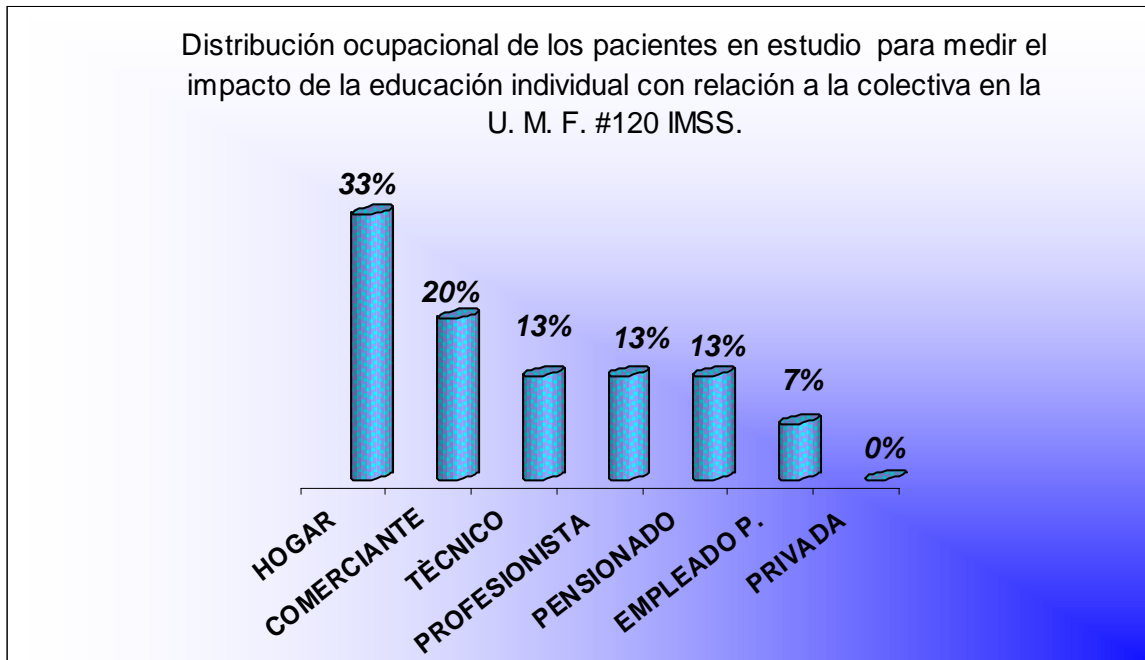
Distribución por ocupación de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL):

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	5	33%
COMERCIANTE	3	20%
TÉCNICO	2	13%
PROFESIONISTA	2	13%
PENSIONADO	2	13%
EMPLEADO P.	1	7%
PRIVADA	0	0%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 4.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Respecto a la ocupación se observa que el 33% de la población se dedica al hogar, el 20% es comerciante, el 13% ejerce una carrera técnica, el 13% es profesionista, el 13% es pensionado y el 7% es empleado público. Lo que nos indica el 60% es económicamente activo y el 40% es económicamente inactivo

CUADRO 5.

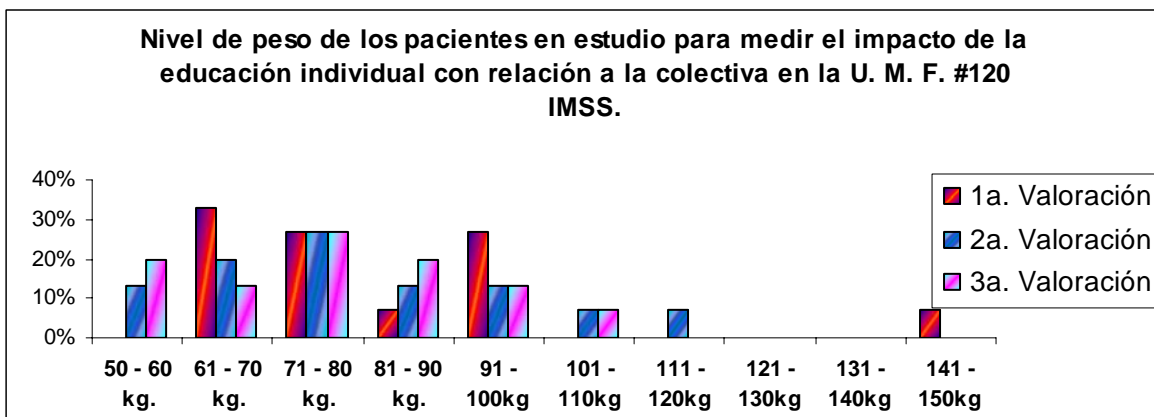
Nivel de peso de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

PESO	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
50 - 60 Kg.	(0) 0%	(2) 13%	(3) 20%
61 - 70 Kg.	(5) 33%	(3) 20%	(2) 13%
71 - 80 Kg.	(4) 27%	(4) 27%	(4) 27%
81 - 90 Kg.	(1) 7%	(2) 13%	(3) 20%
91 - 100Kg	(4) 27%	(2) 13%	(2) 13%
101 - 110Kg	(0) 0%	(1) 7%	(1) 7%
111 - 120Kg	(0) 0%	(1) 7%	(0) 0%
121 - 130Kg	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
131 - 140 Kg.	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
141 - 150Kg	(1) 7%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 5.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con respecto al peso de los pacientes con dislipidemias se observó que hubo una modificación favorable con relación al estudio. En la primera valoración el 31% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 100% mejoró sus parámetros de peso.

CUADRO 6.

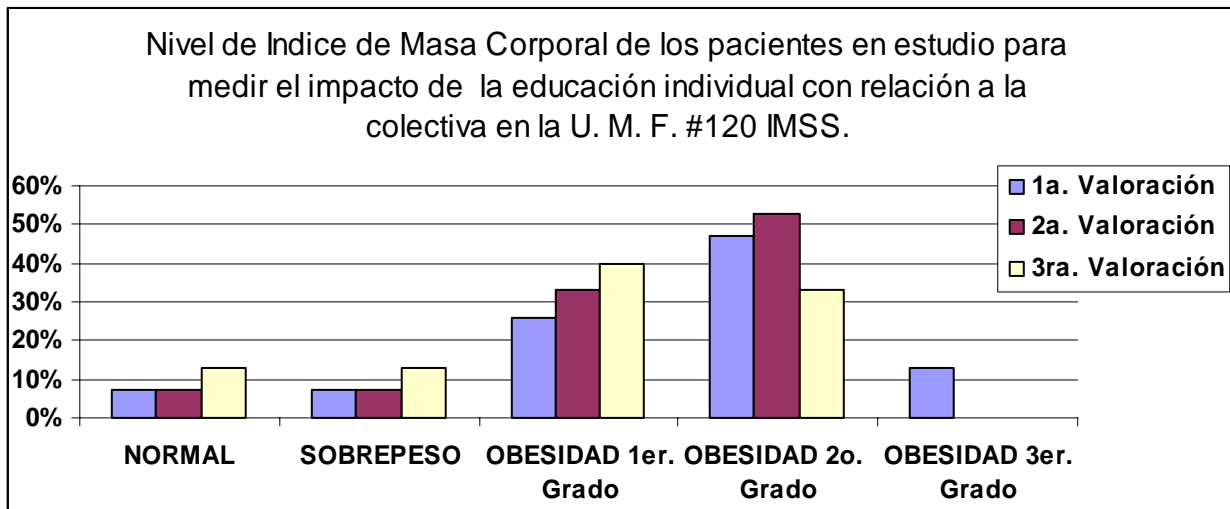
Nivel de Índice de Masa Corporal de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

PARAMETROS	1a. Valoración	2a. Valoración	3ra. Valoración
NORMAL	(1) 7%	(1) 7%	(2) 13%
SOBREPESO	(1) 7%	(1) 7%	(2) 13%
OBESIDAD 1er. Grado	(4) 26%	(5) 33%	(6) 40%
OBESIDAD 2o. Grado	(7) 47%	(8) 53%	(5) 33%
OBESIDAD 3er. Grado	(2) 13%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 6.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 7% tenía un sobrepeso, el 86% presenta obesidad, en la segunda valoración el 86% pasaba por obesidad y en la tercera valoración solo el 73% presento obesidad, habiendo una disminución de la misma

CUADRO 7.

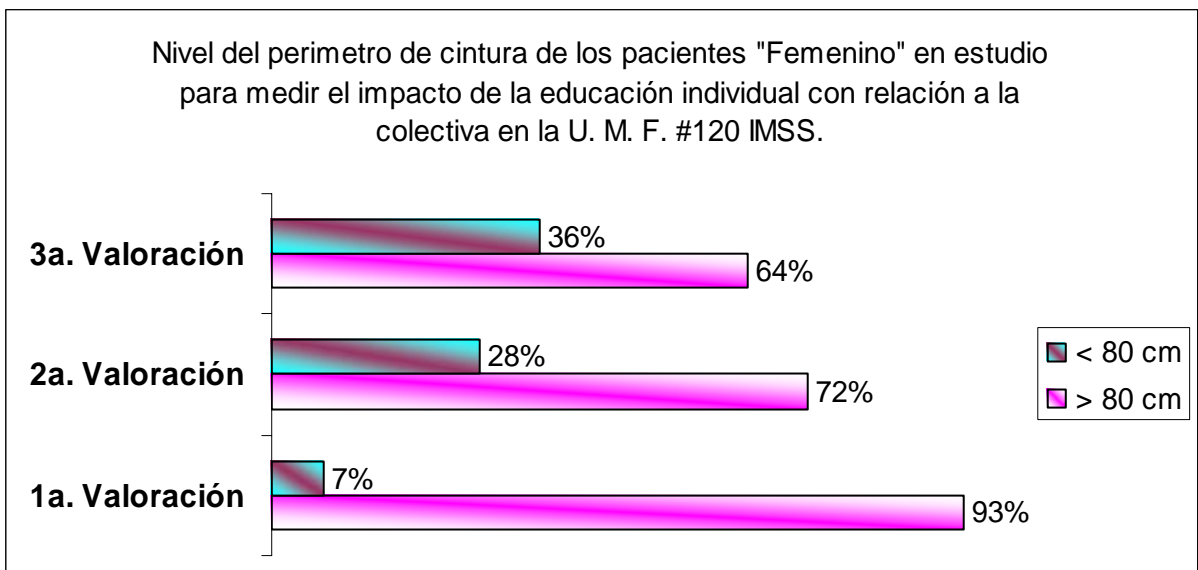
Nivel del perímetro de cintura de los pacientes “Femenino” en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

PERIMETRO DE CINTURA	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
> 80 cm.	(13) 93%	(10) 72%	(9) 64%
< 80 cm.	(1) 7%	(4) 28%	(5) 36%
TOTAL	(14) 100%	(14) 100%	(14) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 7.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 93% de los pacientes “femenino” tenía un perímetro de cintura >80cm, en la segunda valoración el 72% y en la tercera valoración solo el 64%.

CUADRO 8.

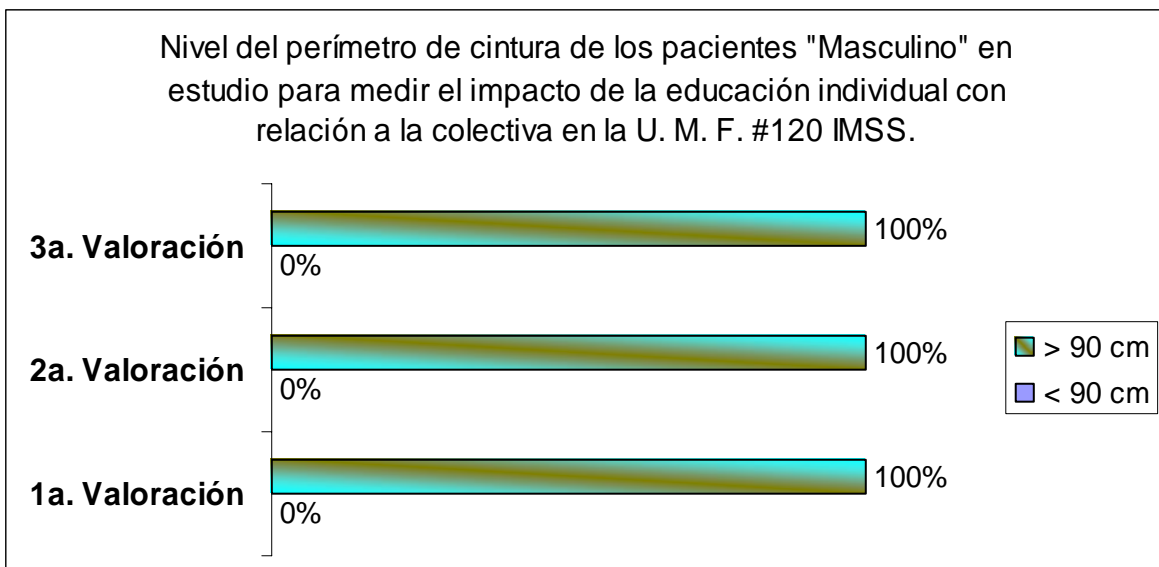
Nivel del perímetro de cintura de los pacientes "Masculino" en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

HOMBRES	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
< 90 cm.	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
> 90 cm.	(1) 100%	(1) 100%	(1) 100%
TOTAL	(1) 100%	(1) 100%	(1) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 8.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el paciente "masculino" obtuvo un perímetro de cintura >90cm con un 100%, en la segunda valoración bajo pocos centímetros pero siguió rebasando los límites y en la tercera valoración siguió bajando centímetros aunque no llegó a hacer <90cm.

CUADRO 9.

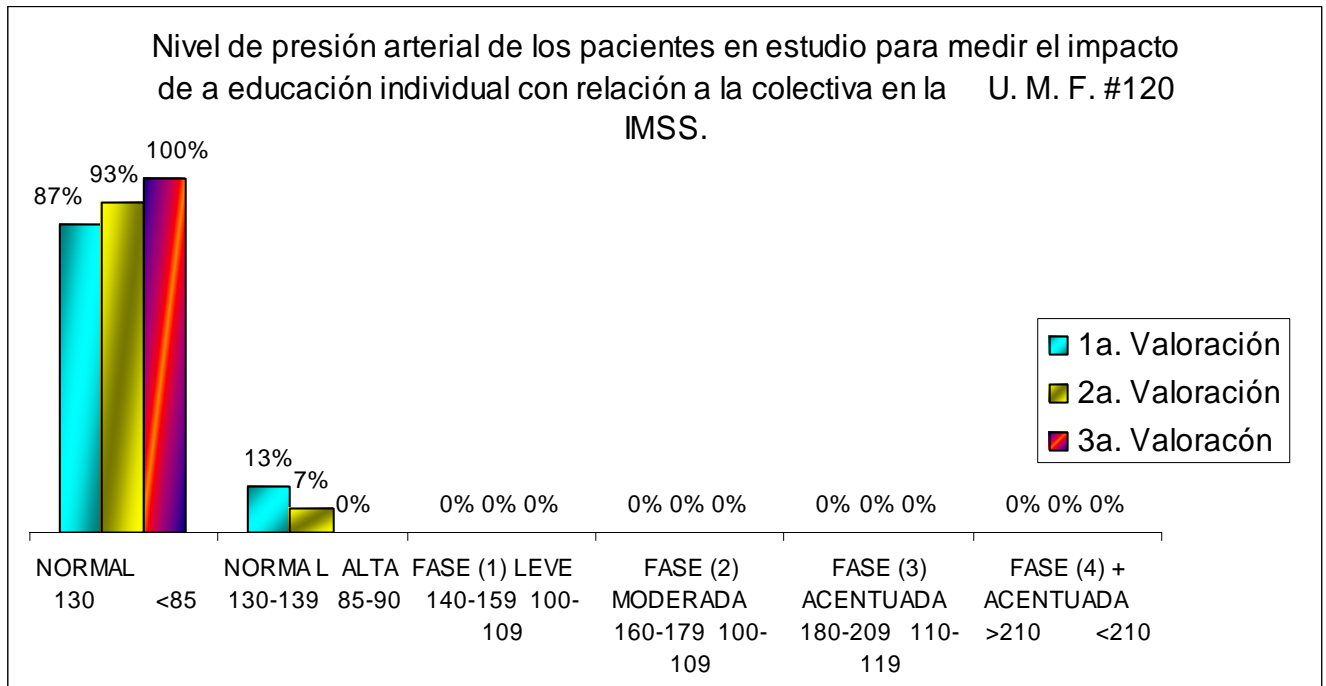
Nivel de presión arterial de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

PARAMETROS	S	D	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
NORMAL	130	<85	(13) 87%	(14) 93%	(15) 100%
NORMA L ALTA	130-139	85-90	(2) 13%	(1) 7%	(0) 0%
FASE (1) LEVE	140-159	100-109	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (2) MODERADA	160-179	100-109	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (3) ACENTUADA	180-209	110-119	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (4) + ACENTUADA	>210	<210	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL			(15) 100%	(15)100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 9.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención educativa. En la primera valoración el 13% presento un parámetro normal alto, en la segunda valoración el 7% y en la tercera valoración el 100% presento una presión arterial normal.

CUADRO 10.

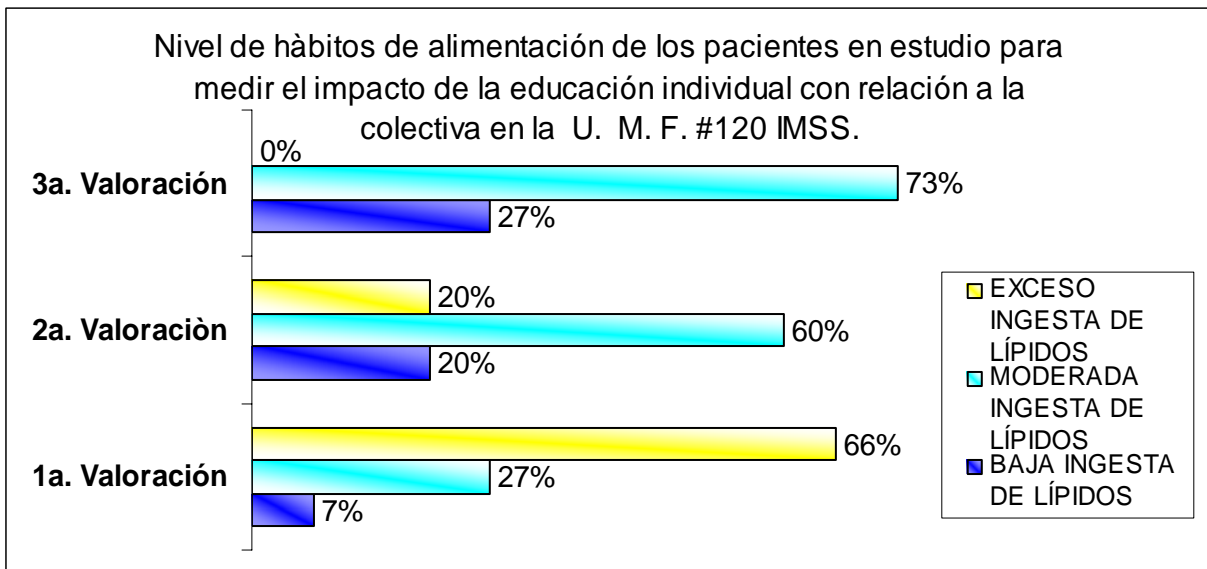
Nivel de hábitos de alimentación de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

HABITOS DE ALIMENTACIÓN	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
BAJA INGESTA DE LÍPIDOS	(1) 7%	(3) 20%	(4) 27%
MODERADA INGESTA DE LÍPIDOS	(4) 27%	(9) 60%	(11) 73%
EXCESO INGESTA DE LÍPIDOS	(10) 66%	(39) 20%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 10.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 66% de los pacientes con dislipidemias tenían una ingesta excesiva de lípidos, en la segunda valoración el 20% y en la tercera valoración el 100% mejoró sus hábitos de alimentación.

CUADRO 11.

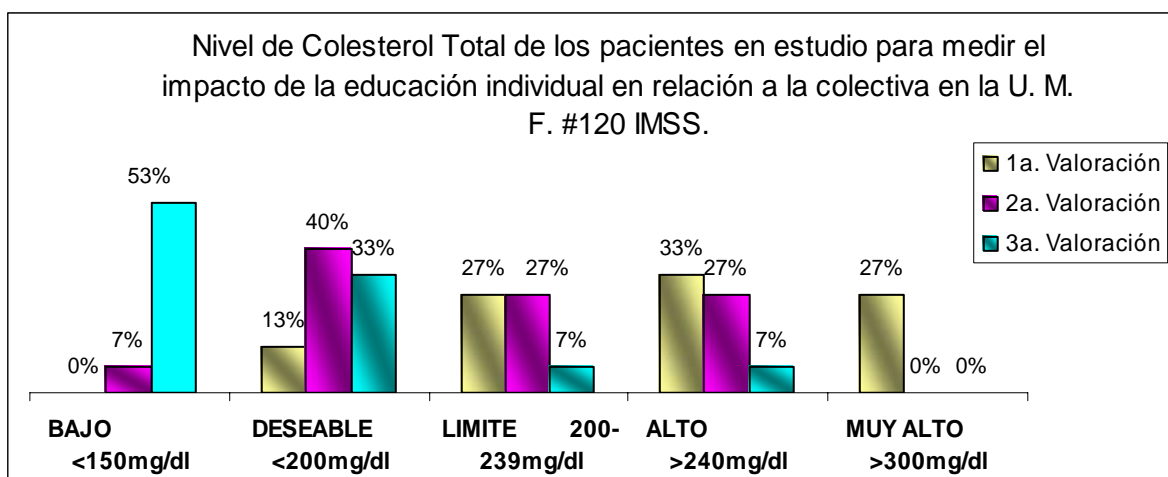
Nivel de Colesterol Total de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

NIVELES (CT)	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
BAJO <150mg/dl	(0) 0%	(1) 7%	(8) 53%
DESEABLE <200mg/dl	(2) 13%	(6) 40%	(5) 33%
LIMITE 200-239mg/dl	(4) 27%	(4) 27%	(1) 7%
ALTO >240mg/dl	(5) 33%	(4) 27%	(1) 7%
MUY ALTO >300mg/dl	(4) 27%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 11.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a intervención individual de salud. En la primera valoración el 60% presentaron altos niveles de colesterol, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 86% mejoro sus niveles a parámetros normales.

CUADRO 12.

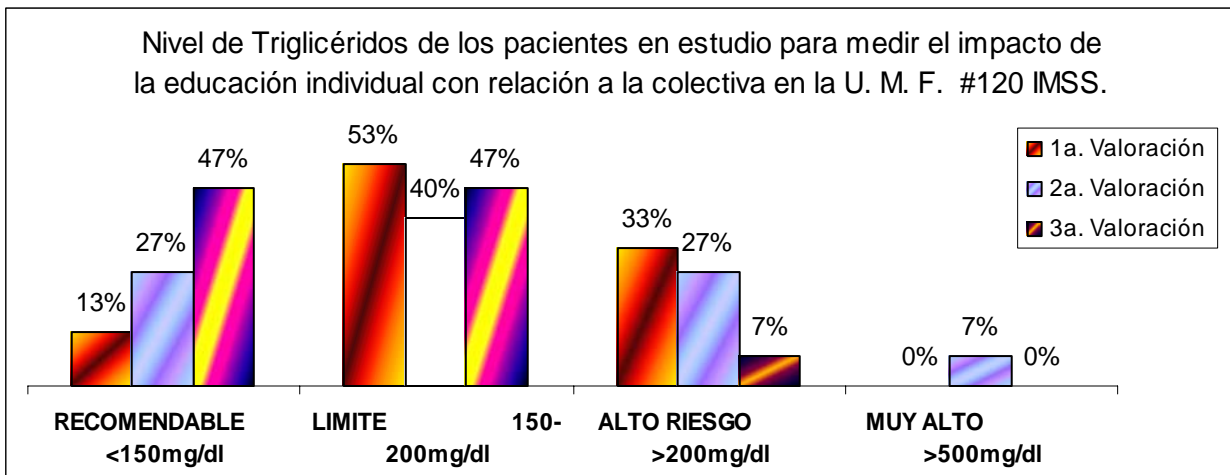
Nivel de Triglicéridos de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

NIVELES (TG)	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
RECOMENDABLE <150mg/dl	(2) 13%	(4) 27%	(7) 47%
LIMITE 150-200mg/dl	(8) 53%	(5) 40%	(7) 47%
ALTO RIESGO >200mg/dl	(5) 33%	(5) 27%	(1) 7%
MUY ALTO >500mg/dl	(0) 0%	(1) 7%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 12.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención individual de salud. En la primera valoración el 33% presento niveles altos de triglicéridos, en la segunda valoración el 34%, en la tercera valoración solo el 7% y el 94% obtuvo un éxito presentando parámetros normales.

CUADRO 13.

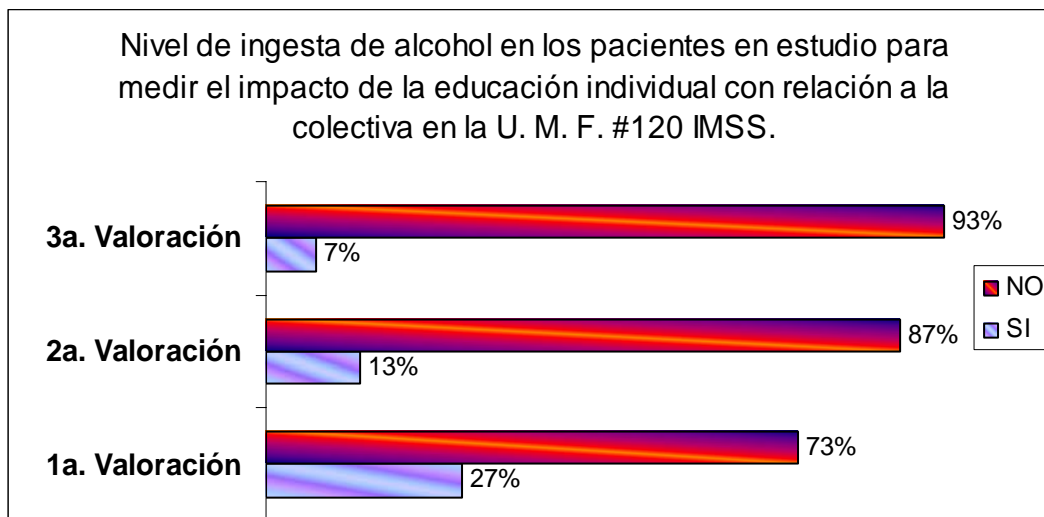
Nivel de ingesta de alcohol de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

INGESTA DE ALCOHOL	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
SI	(4) 27%	(2) 13%	(1) 7%
NO	(11) 73%	(13) 87%	(14) 93%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 13.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 27% de los pacientes ingería alcohol, en la segunda valoración continua, teniendo un éxito con el 20% de la población posterior a la intervención individual de salud.

CUADRO 14.

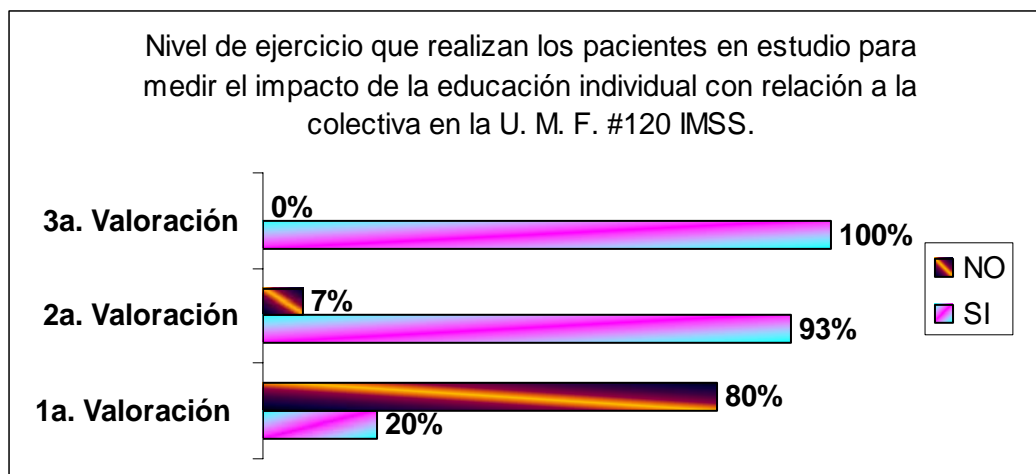
Nivel de ejercicio que realizan los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CONTROL).

EJERCICIO	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
SI	(3) 20%	(14) 93%	(15) 100%
NO	(12) 80%	(1) 7%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(15) 100%	(15) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 14.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estudio se observa un incremento significativo con relación al grupo en estudio y principalmente a la intervención educativa. En la primera valoración solo el 20% lo realizaba, en la segunda intervención aumento en un 93% y en la tercera valoración el 100% de los pacientes con dislipidemias ya realizaban ejercicio.

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES (CASOS).

CUADRO 15.

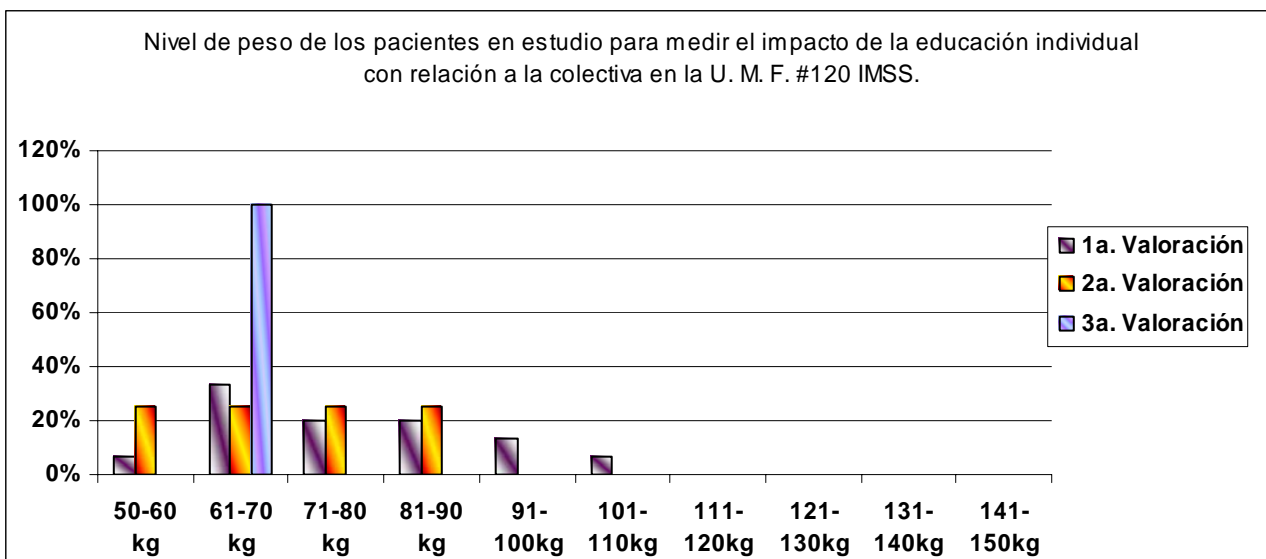
Nivel de peso de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

PESO	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
50-60 Kg.	(1) 7%	(2) 25%	(0) 0%
61-70 Kg.	(5) 33%	(2) 25%	(2) 100%
71-80 Kg.	(3) 20%	(2) 25%	(0) 0%
81-90 Kg.	(3) 20%	(2) 25%	(0) 0%
91-100kg	(2) 13%	(0) 0%	(0) 0%
101-110kg	(1) 7%	(0) 0%	(0) 0%
111-120kg	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
121-130kg	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
131-140kg	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
141-150kg	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 15.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

Con relación al estudio se observó una deserción significativa del 87% de los pacientes con dislipidemias con relación a la intervención colectiva lo cual es un hallazgo para esta investigación. En la primera valoración el 40% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 25% y en la tercera valoración con tan solo 2 pacientes se obtuvo el 100% en baja de peso.

CUADRO 16.

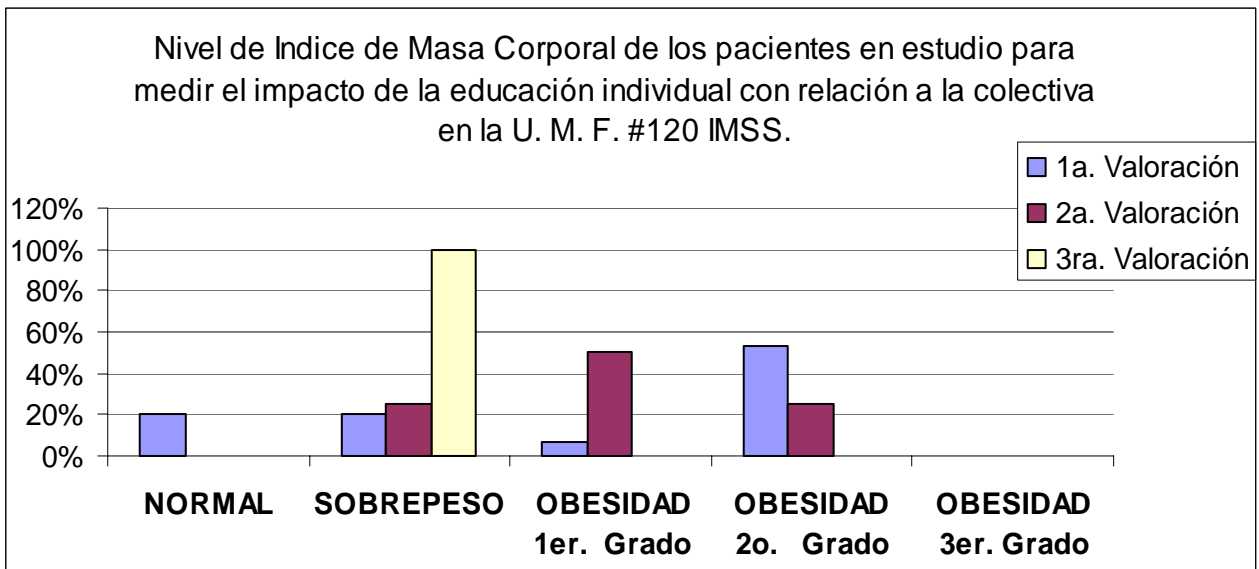
Nivel del Índice de Masa Corporal de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

PARAMETROS	1a. Valoración	2a. Valoración	3ra. Valoración
NORMAL	(3) 20%	(0) 0%	(0) 0%
SOBREPESO	(3) 20%	(2) 25%	(2) 100%
OBESIDAD 1er. Grado	(1) 7%	(4) 50%	(0) 0%
OBESIDAD 2o. Grado	(8) 53%	(2) 25%	(0) 0%
OBESIDAD 3er. Grado	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 16.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 20% tiene un sobrepeso, el 60% pasa por obesidad, en la segunda valoración el 25% tiene sobrepeso el 75% presenta obesidad y en la tercera valoración dos pacientes presentaron un IMC de sobrepeso; recordando

que se encontraban en obesidad de 2º Grado lo cual nos indica que lograron mejorar sus parámetros.

CUADRO 17.

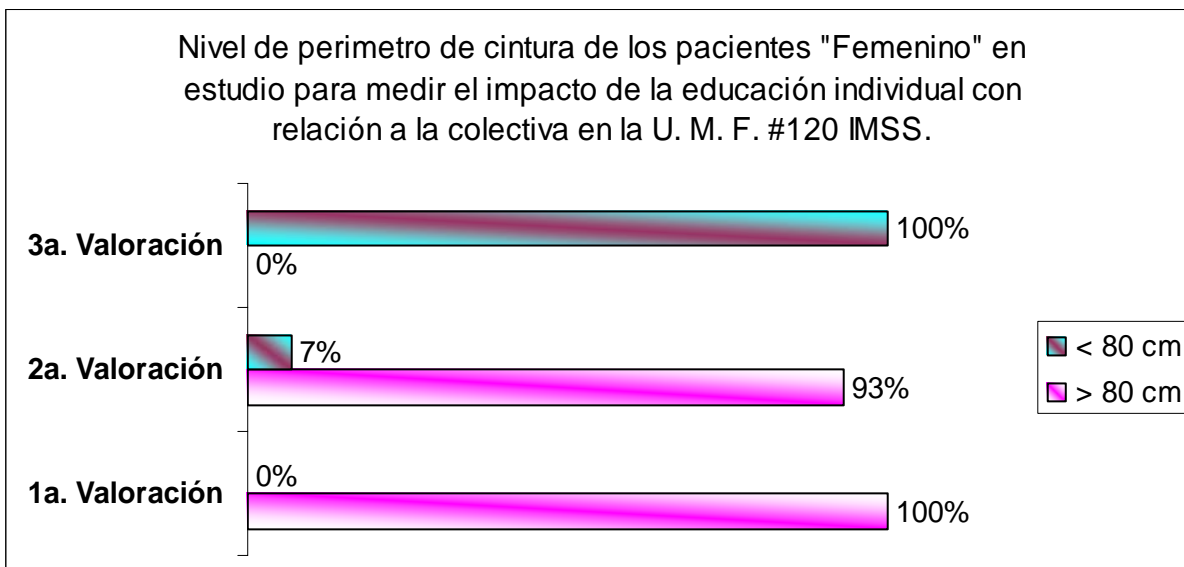
Nivel de perímetro de cintura de los pacientes “Femenino” en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

PARAMETROS	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
>80 cm.	(14) 100%	(6) 93%	(0) 0%
<80 cm.	(0) 0%	(1) 7%	(1) 100%
TOTAL	(14) 100%	(7) 100%	(1) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 17.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el 100% de los pacientes “femenino” se observó un perímetro de cintura >80cm, en la segunda valoración el 93% y en la tercera valoración la paciente bajo su parámetro de cintura <80cm.

CUADRO 18.

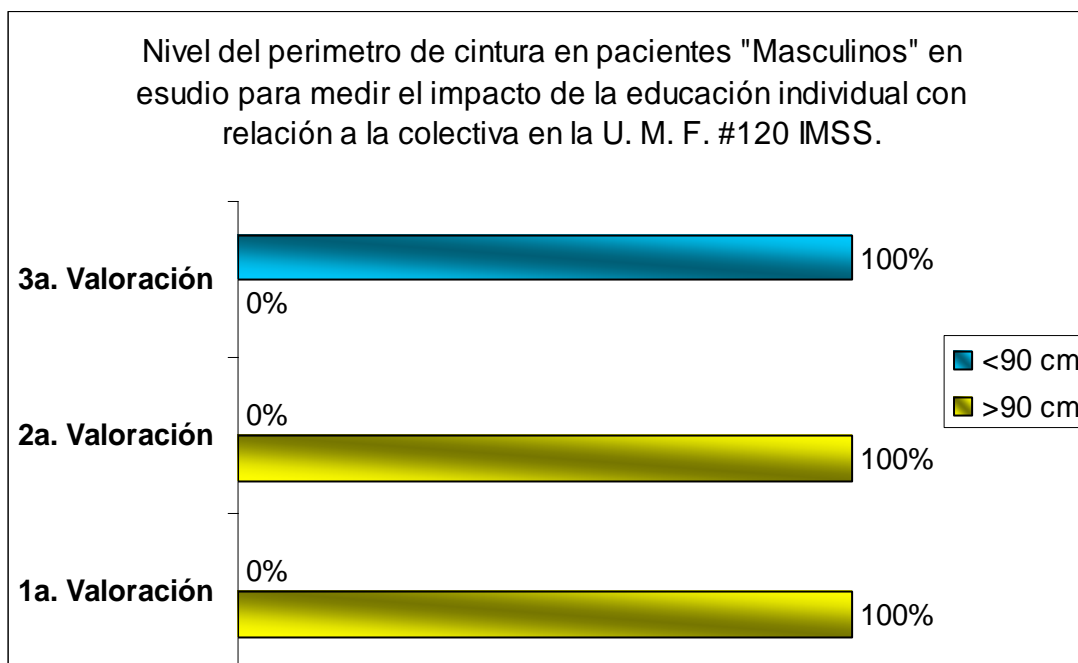
Nivel de perímetro de cintura de los pacientes “Masculino” en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

PARAMETROS	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
>90 cm.	(1) 100%	(1) 100%	(0) 0%
<90 cm.	(0) 0%	(0) 0%	(1) 100%
TOTAL	(1) 100%	(1) 100%	(1) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

GRAFICA 18.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS.

En la primera valoración el paciente “masculino” obtuvo un perímetro de cintura >90cm, en la segunda valoración el 100% y en la tercera valoración logro bajar su medida de su cintura a <90cm.

CUADRO 19.

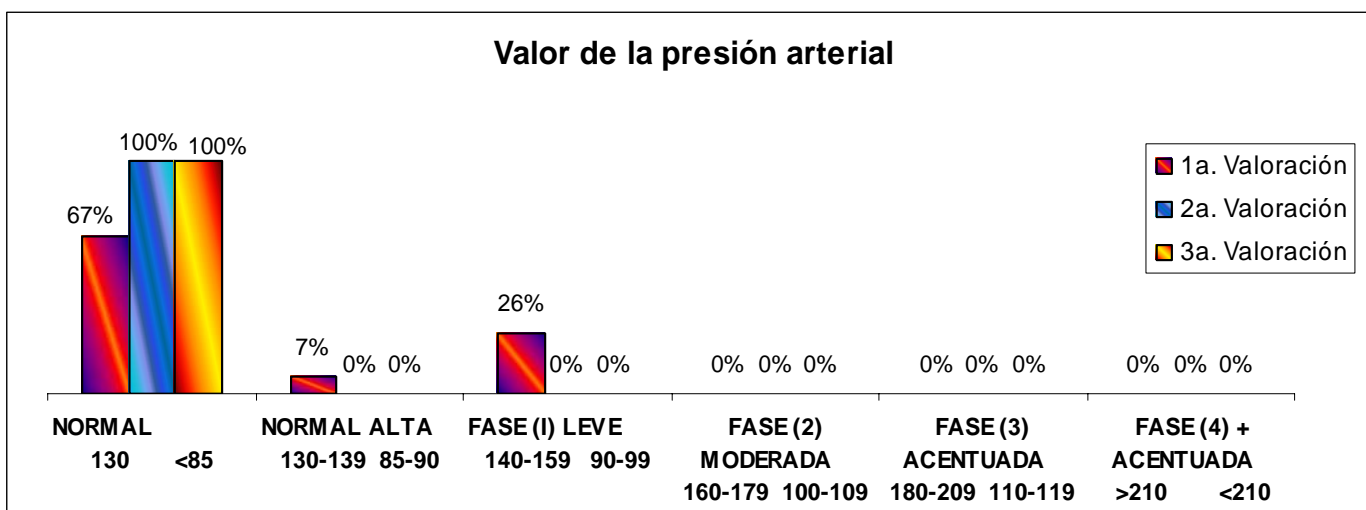
Nivel de presión arterial de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

PARAMETROS	S	D	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
NORMAL	130	<85	(10) 67%	(8) 100%	(2) 100%
NORMAL ALTA	130-139	85-90	(1) 7%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (I) LEVE	140-159	90-99	(4) 26%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (2) MODERADA	160-179	100-109	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (3) ACENTUADA	180-209	110-119	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
FASE (4) + ACENTUADA	>210	<210	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL			(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 19.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observó un incremento significativo y principalmente a la intervención de educación colectiva a pesar de la deserción de los pacientes. En la primera valoración el 26% presentó un parámetro de hipertensión en fase (1) leve, el 7% presentó un nivel normal alto, en la segunda valoración el 100%

presento niveles normales y en la tercera valoración con dos pacientes que representan el 100% bajo a parámetros normales de presión arterial.

CUADRO 20.

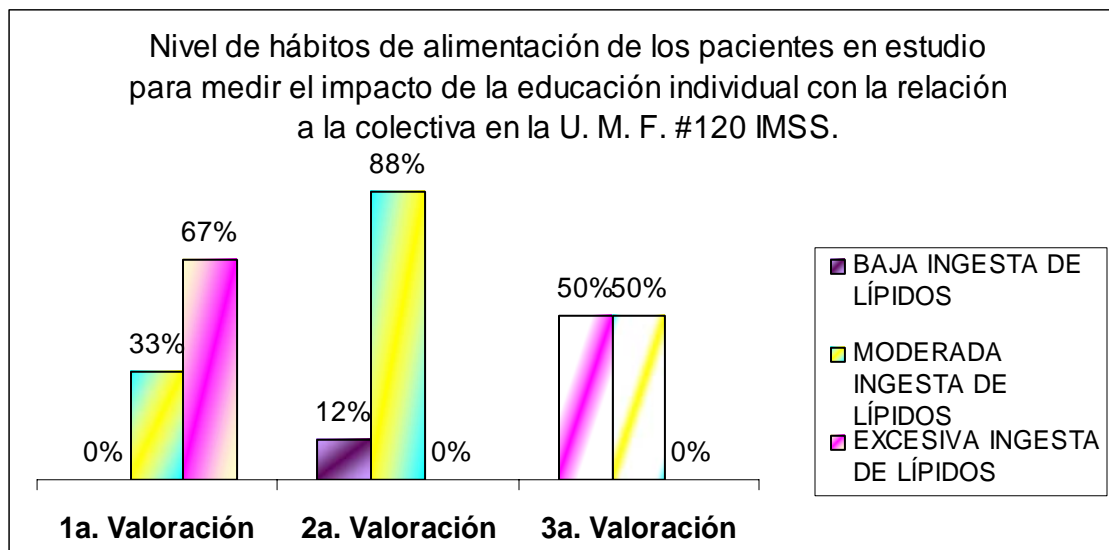
Nivel de hábitos de alimentación de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
BAJA INGESTA DE LÍPIDOS	(0) 0%	(1) 12%	(1) 50%
MODERADA INGESTA DE LÍPIDOS	(5) 33%	(7) 88%	(1) 50%
EXCESIVA INGESTA DE LÍPIDOS	(10) 67%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2)100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 20.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

En la primera valoración el 67% de los pacientes con dislipidemias tenían una ingesta excesiva de lípidos, en la segunda valoración el 88% moderaron su ingesta y en la tercera valoración el 100% que son dos pacientes lograron un balance en sus hábitos de alimentación.

CUADRO 21.

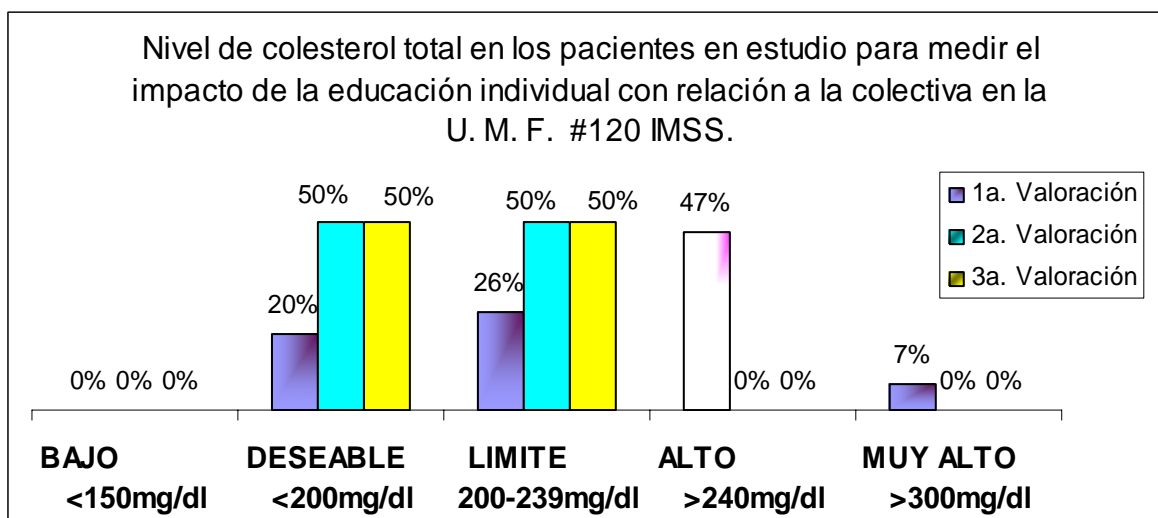
Nivel de Colesterol Total de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

NIVELES (CT)	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
BAJO <150mg/dl	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
DESEABLE <200mg/dl	(3) 20%	(4) 50%	(1) 50%
LIMITE 200-239mg/dl	(4) 26%	(4) 50%	(1) 50%
ALTO >240mg/dl	(7) 47%	(0) 0%	(0) 0%
MUY ALTO >300mg/dl	(1) 7%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 21.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

A pesar de la deserción de los pacientes (controles), se observó que el total obtuvo resultados favorables de acuerdo al estudio. En la primera valoración el 54% presentó altos niveles de colesterol total, en la segunda valoración el 50% llegaron al límite de los niveles y en la tercera valoración el 100% mejoró sus niveles de colesterol.

CUADRO 22.

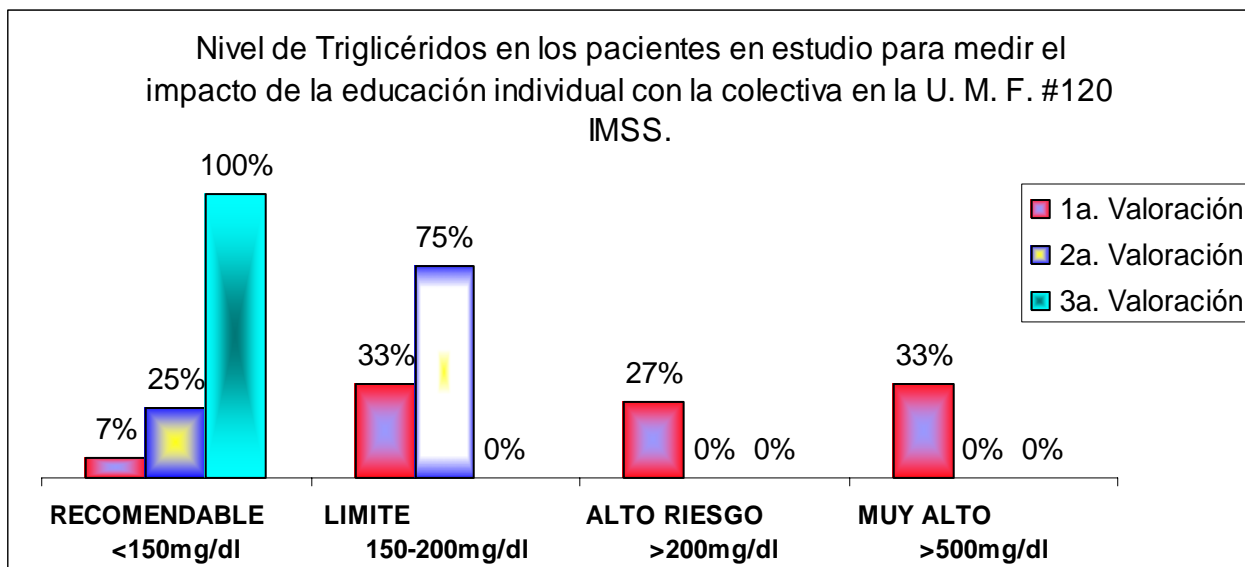
Nivel de Triglicéridos de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

NIVELES (TG)	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
RECOMENDABLE <150mg/dl	(1) 7%	(2) 25%	(2) 100%
LIMITE 150-200mg/dl	(5) 33%	(6) 75%	(0) 0%
ALTO RIESGO >200mg/dl	(4) 27%	(0) 0%	(0) 0%
MUY ALTO >500mg/dl	(5) 33%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 22.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

En la primera valoración 60% obtuvo alto nivel de triglicéridos, en la segunda valoración con 75% llegaron al nivel límite y en la tercera valoración el 100% llegó

a mejorar sus parámetros por la persistencia y voluntad que presentaron durante el estudio.

CUADRO 23.

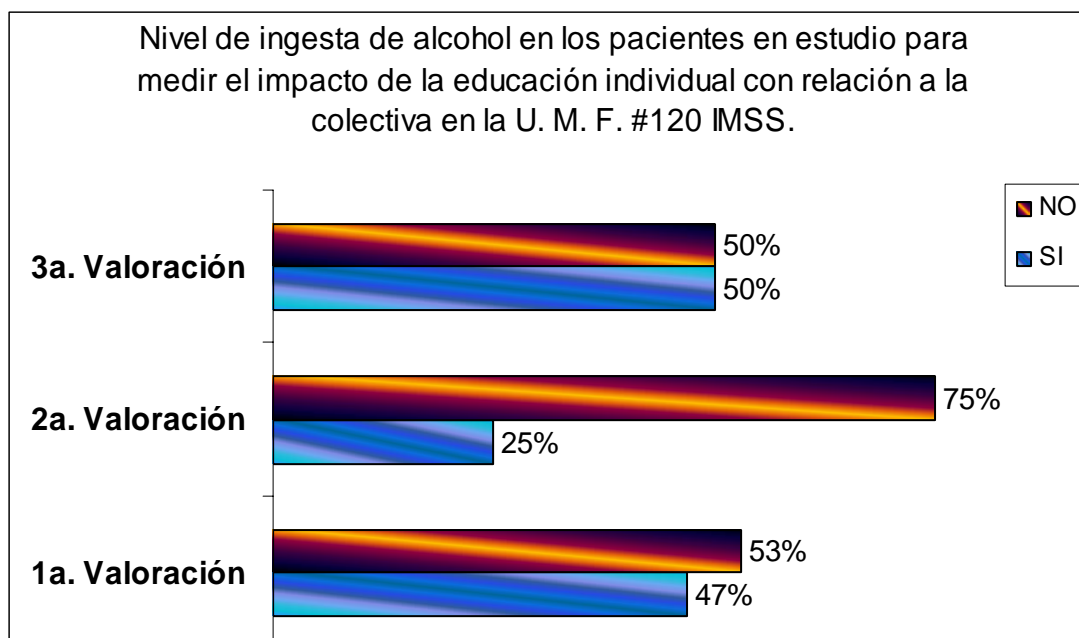
Nivel de ingesta de alcohol de los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

ALCOHOL	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
SI	(7) 47%	(2) 25%	(1) 50%
NO	(8) 53%	(6) 75%	(1) 50%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 23.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

En la primera valoración el 47% de los pacientes ingería alcohol, en la segunda valoración continua un 25% y en la tercera solo un 50% continuó.

CUADRO 24.

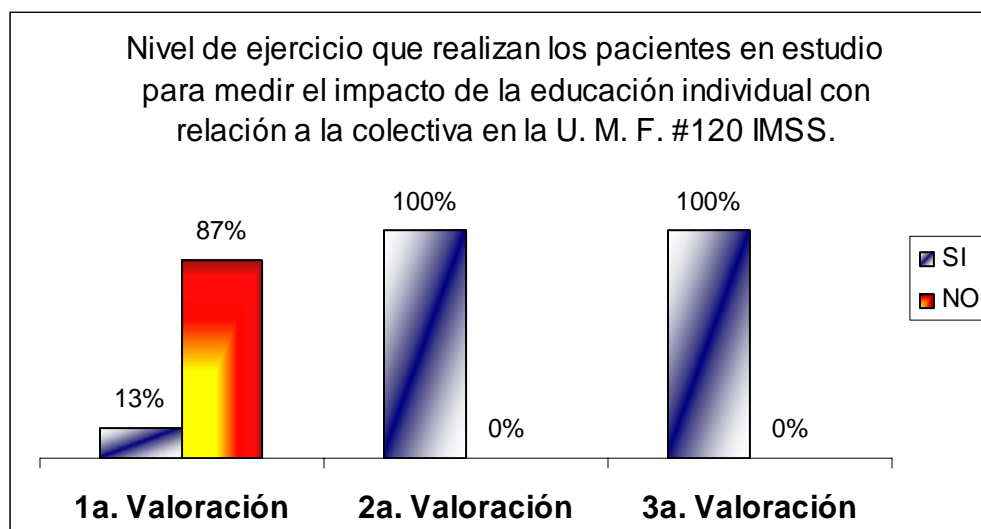
Nivel de ejercicio que realizan los pacientes en estudio para medir el impacto de la educación individual con relación a la colectiva en la U. M. F. #120 IMSS.

VALORACIÓN: (CASOS).

EJERCICIO	1a. Valoración	2a. Valoración	3a. Valoración
SI	(2) 13%	(8) 100%	(2) 100%
NO	(13) 87%	(0) 0%	(0) 0%
TOTAL	(15) 100%	(8) 100%	(2) 100%

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA 24.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observa una deserción en los pacientes (controles). En la primera valoración solo el 13% lo realizaban, en la segunda y tercera valoración el 100% de los pacientes con dislipidemias ya realizan ejercicio.

**CONCENTRADO DE TODOS LOS ESTUDIOS DE CONTROL CON
DISLIPIDEMIAS.**

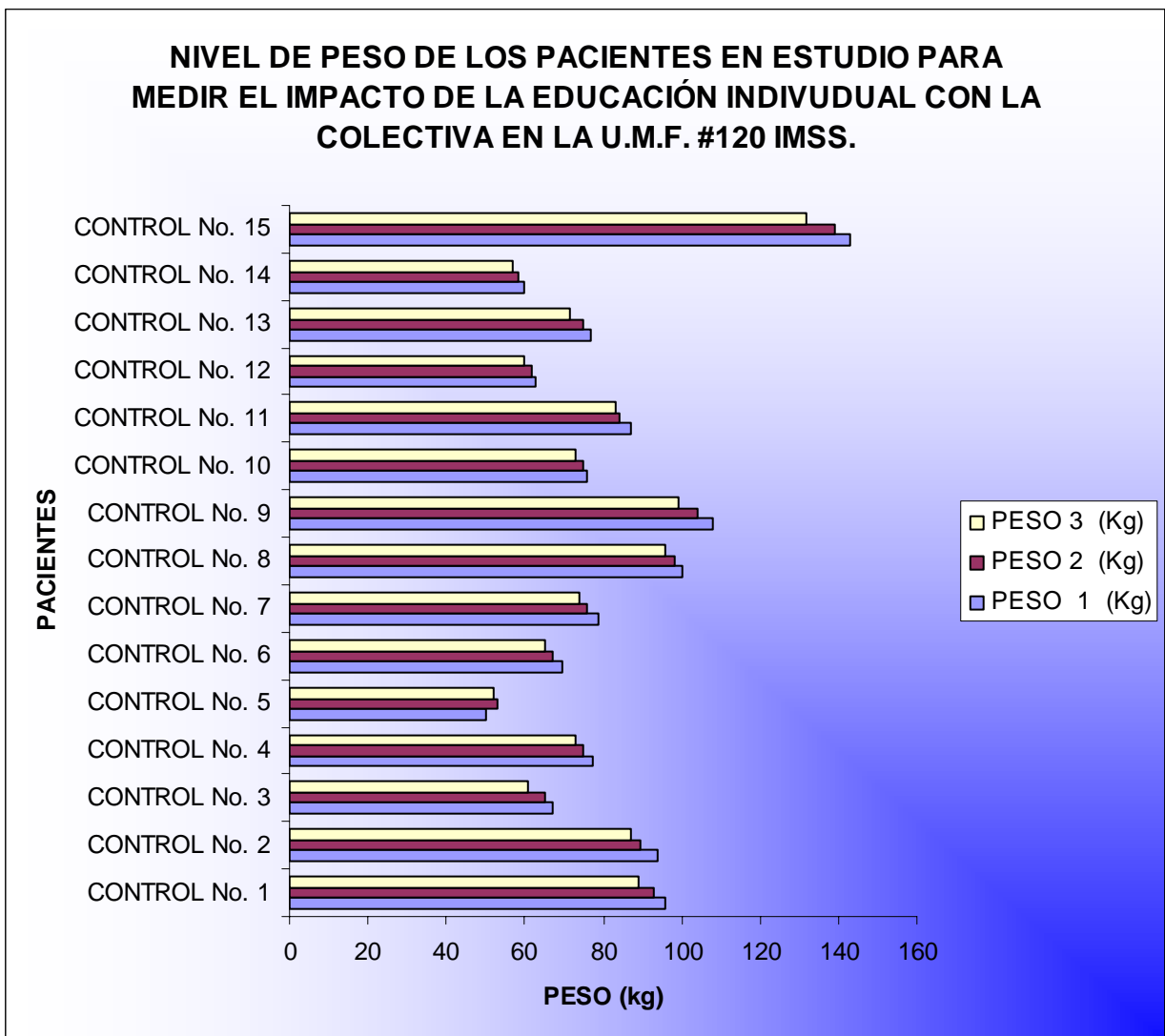
CUADRO No. 25

NIVEL DE PESO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO
DE LA EDUACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA
U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	PESO 1 (Kg.)	PESO 2 (Kg.)	PESO 3 (Kg.)	PESO TOTAL (Kg.)
CONTROL No. 1	96	93	89	7
CONTROL No. 2	94	89.6	87	7
CONTROL No. 3	67	65	61	6
CONTROL No. 4	77.5	75	73	4.5
CONTROL No. 5	50	53	52	2
CONTROL No. 6	69.5	67	65	4.5
CONTROL No. 7	79	76	74	5
CONTROL No. 8	100	98	96	4
CONTROL No. 9	108	104	99	9
CONTROL No. 10	76	74.8	73.1	2.9
CONTROL No. 11	87	84	83	4
CONTROL No. 12	62.5	62	60	2.5
CONTROL No. 13	77	75	71.5	5.5
CONTROL No. 14	60	58.6	57	3
CONTROL No. 15	143	139	132	11

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA No. 25



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con respecto al peso de los pacientes con dislipidemias denominados como (controles) se observó que hubo una modificación favorable con relación al estudio. En la primera valoración el 31% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 100% mejoro sus parámetros de peso.

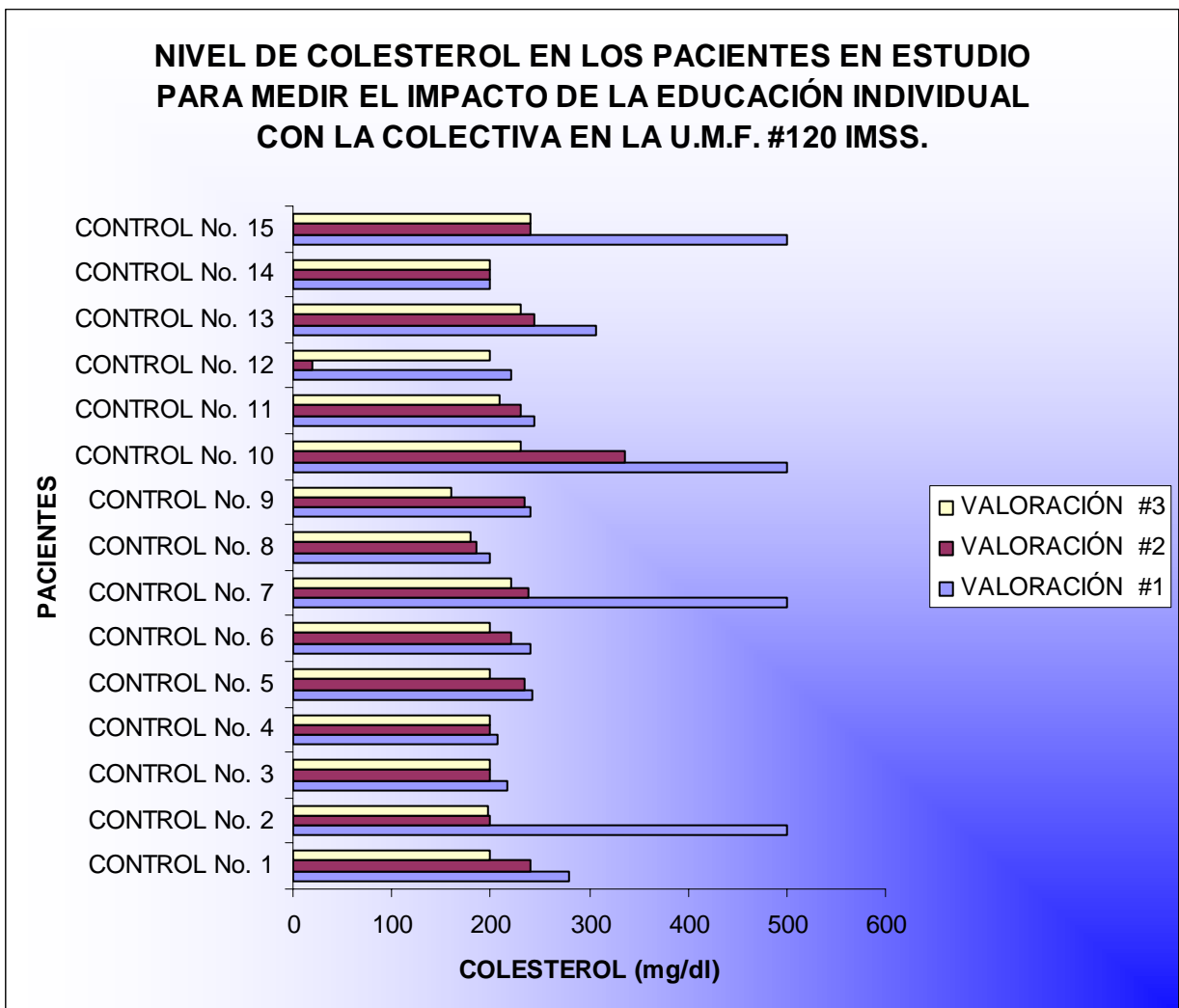
CUADRO No.26

NIVEL DE COLESTEROL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CONTROL No. 1	280	240	200
CONTROL No. 2	500	200	198
CONTROL No. 3	217	200	200
CONTROL No. 4	208	200	200
CONTROL No. 5	242	235	200
CONTROL No. 6	240	220	200
CONTROL No. 7	500	239	220
CONTROL No. 8	200	185	180
CONTROL No. 9	240	234	160
CONTROL No. 10	500	337	230
CONTROL No. 11	245	230	210
CONTROL No. 12	220	20	200
CONTROL No. 13	307	245	230
CONTROL No. 14	200	200	200
CONTROL No. 15	500	240	240

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA No.26



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a intervención individual de salud en los pacientes en (control). En la primera valoración el 60% presentaron altos niveles de colesterol, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 86% mejoro sus niveles a parámetros normales.

CUADRO No.27

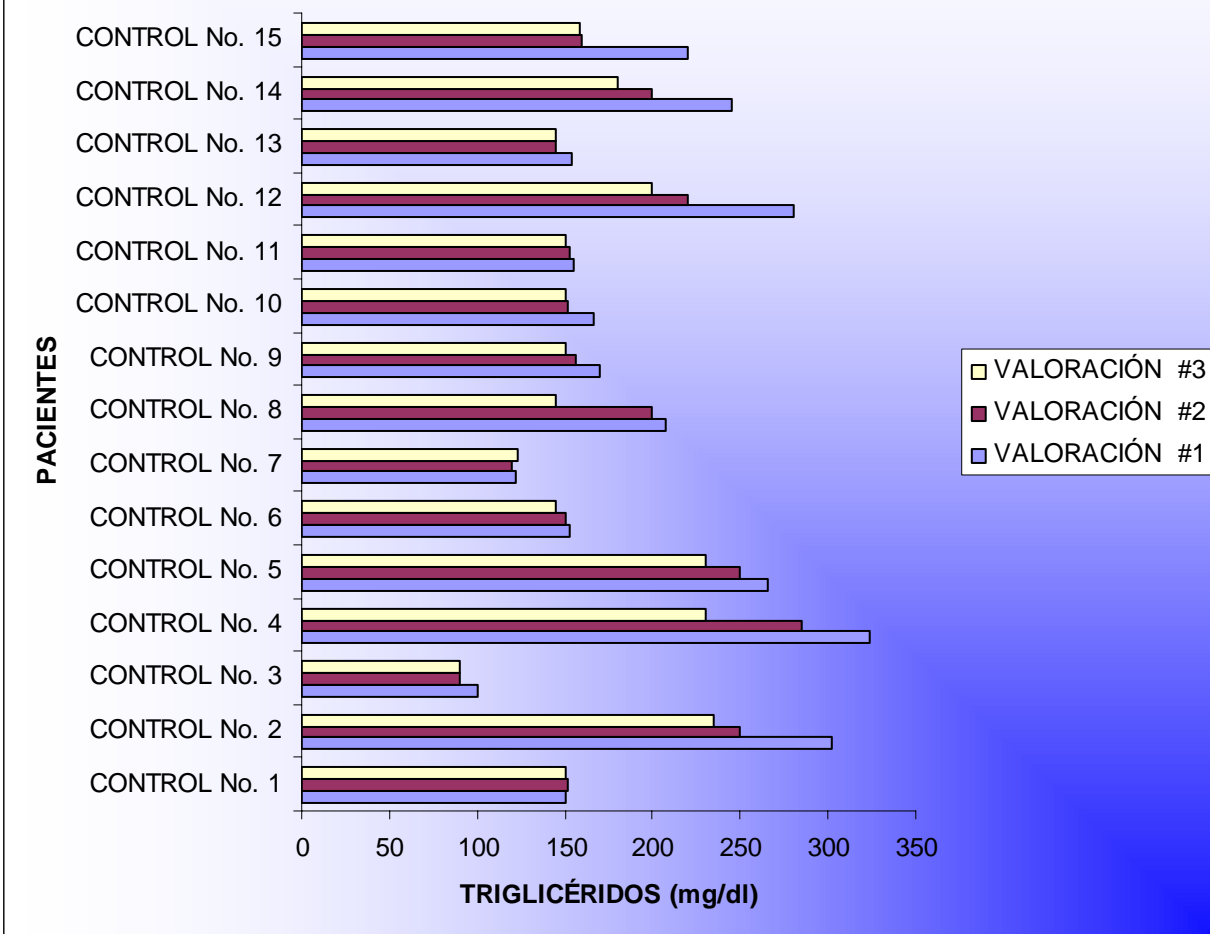
NIVEL DE TRIGLICÉRIDOS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA DE LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CONTROL No. 1	150	152	150
CONTROL No. 2	302	250	235
CONTROL No. 3	100	90	90
CONTROL No. 4	324	285	230
CONTROL No. 5	266	250	230
CONTROL No. 6	153	150	145
CONTROL No. 7	122	120	123
CONTROL No. 8	207	200	145
CONTROL No. 9	170	156	150
CONTROL No. 10	167	152	150
CONTROL No. 11	155	153	150
CONTROL No. 12	280	220	200
CONTROL No. 13	154	145	145
CONTROL No. 14	245	200	180
CONTROL No. 15	220	160	159

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA No. 27

**NIVEL DE TRIGLICÉRIDOS EN LOS PACIENTES EN ESTUDIO
PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL
CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U.M.F. #120 IMSS.**



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención individual de salud en los pacientes en (control). En la primera valoración el 33% presento niveles altos de triglicéridos, en la segunda valoración el 34%, en la tercera valoración solo el 7% y el 94% obtuvo un éxito presentando parámetros normales.

CUADRO No. 28

NIVEL DE EJERCICIO QUE REALIZAN LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U. M. F. No. 120 IMSS.

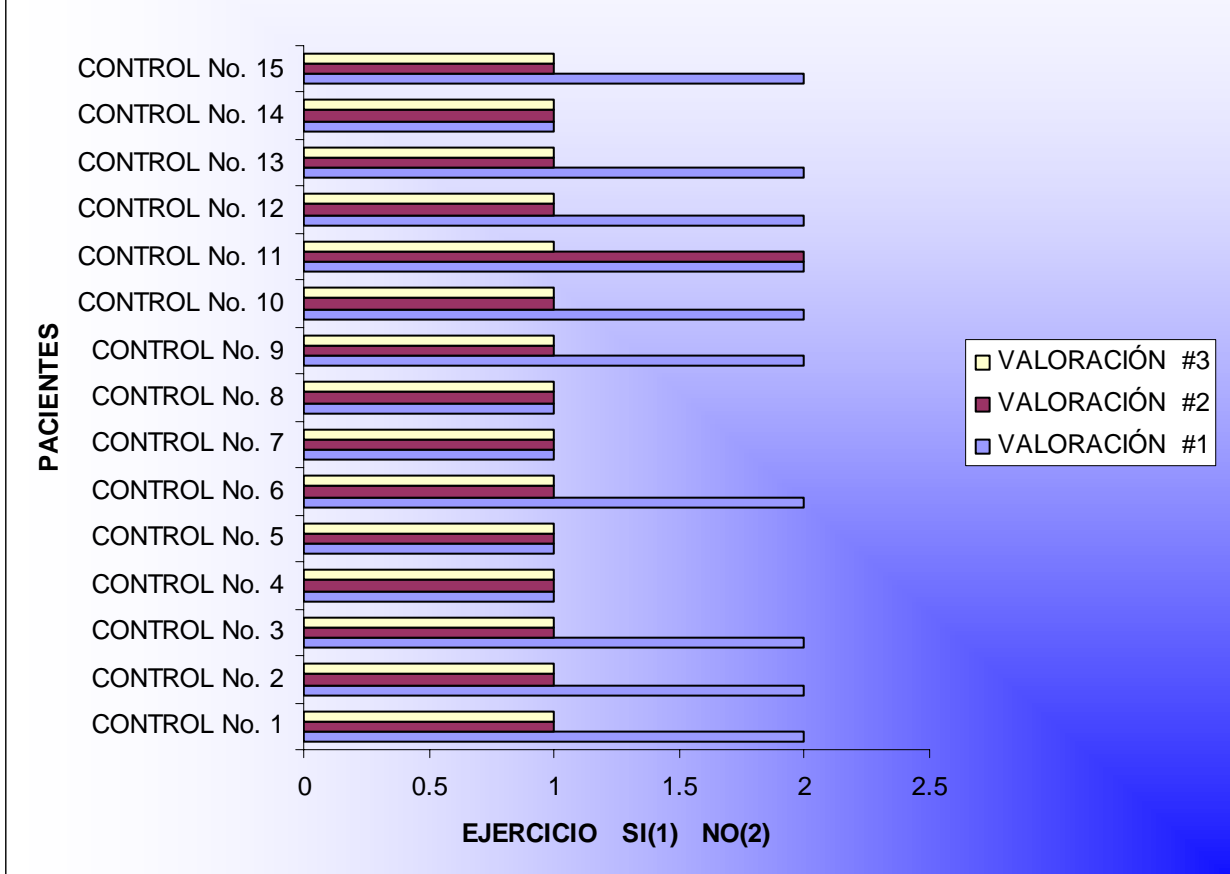
PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CONTROL No. 1	2	1	1
CONTROL No. 2	2	1	1
CONTROL No. 3	2	1	1
CONTROL No. 4	1	1	1
CONTROL No. 5	1	1	1
CONTROL No. 6	2	1	1
CONTROL No. 7	1	1	1
CONTROL No. 8	1	1	1
CONTROL No. 9	2	1	1
CONTROL No. 10	2	1	1
CONTROL No. 11	2	2	1
CONTROL No. 12	2	1	1
CONTROL No. 13	2	1	1
CONTROL No. 14	1	1	1
CONTROL No. 15	2	1	1

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

- SI REALIZAN EJERCICIO (1)
- NO REALIZAN EJERCICIO (2)

GRAFICA No.28

NIVEL DE EJERCICIO QUE REALIZAN LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U.M.F. #120 IMSS.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observa un incremento significativo con relación al estudio y principalmente a la intervención educativa en los pacientes en (control). En la primera valoración solo el 20% lo realizaba, en la segunda intervención aumento en un 93% y en la tercera valoración el 100% de los pacientes con dislipidemias ya realizaban ejercicio.

CONCENTRADO DE TODOS LOS ESTUDIOS DE CASOS CON DISLIPIDEMIAS.

CUADRO No.29

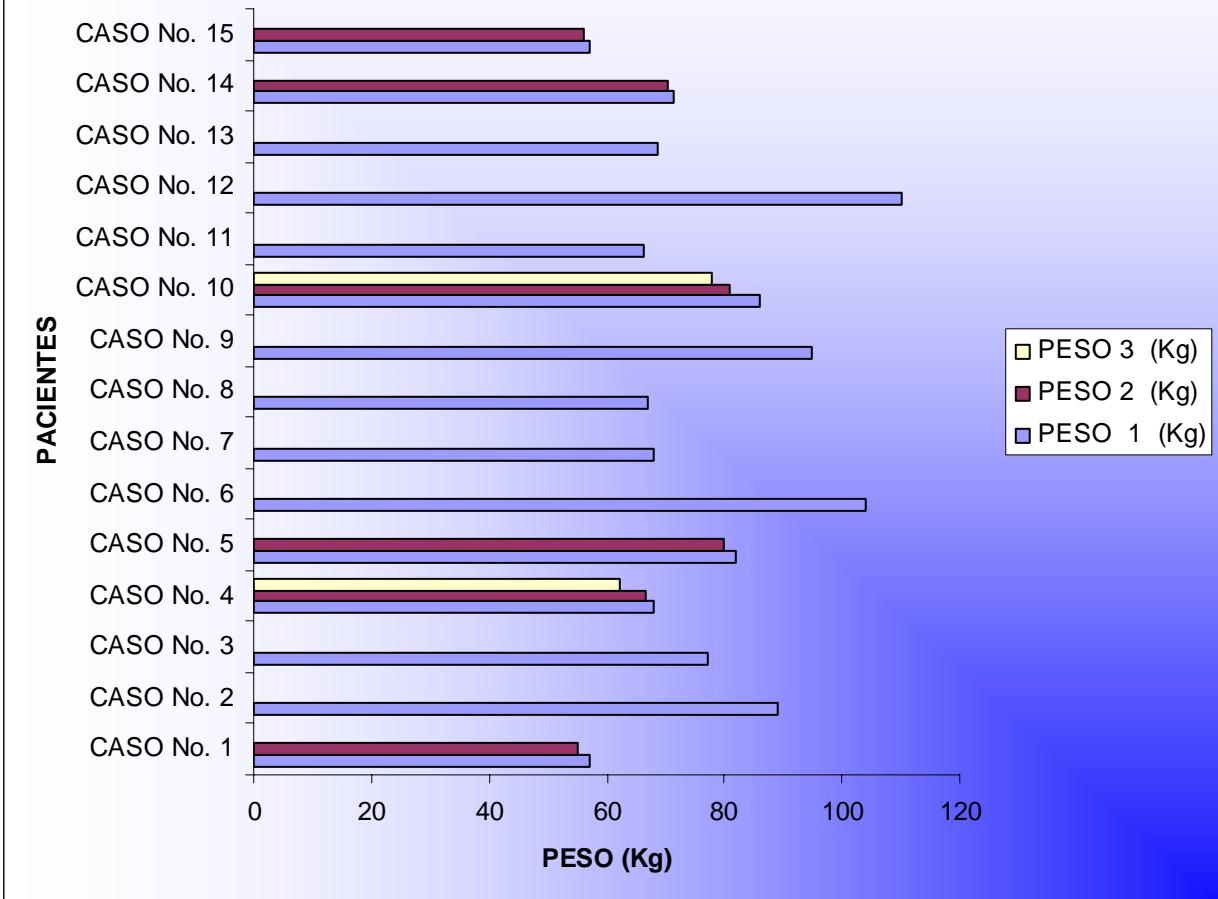
NIVEL DE PESO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	PESO 1 (Kg.)	PESO 2 (Kg.)	PESO 3 (Kg.)	PESO TOTAL (Kg.)
CASO No. 1	57	55.1	NO ASISTIO	1.9
CASO No. 2	89	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 3	77	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 4	68	66.5	62.1	5.9
CASO No. 5	82	80	NO ASISTIO	2
CASO No. 6	104	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 7	68	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 8	67	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 9	95	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 10	86	81	78	8
CASO No. 11	66.2	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 12	110	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 13	68.5	NO ASISTIO	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 14	71.5	70.5	NO ASISTIO	1
CASO No. 15	57	56	NO ASISTIO	1

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

GRAFICA No. 29

**NIVEL DE PESO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA
MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON
RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U.M.F. #120 IMSS.**



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observó una deserción significativa del 87% de los pacientes con dislipidemias como (casos) con relación a la intervención colectiva lo cual es un hallazgo para esta investigación. En la primera valoración el 40% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 25% (8 pacientes) y en la tercera valoración con tan solo 2 pacientes se obtuvo el 100% en baja de peso.

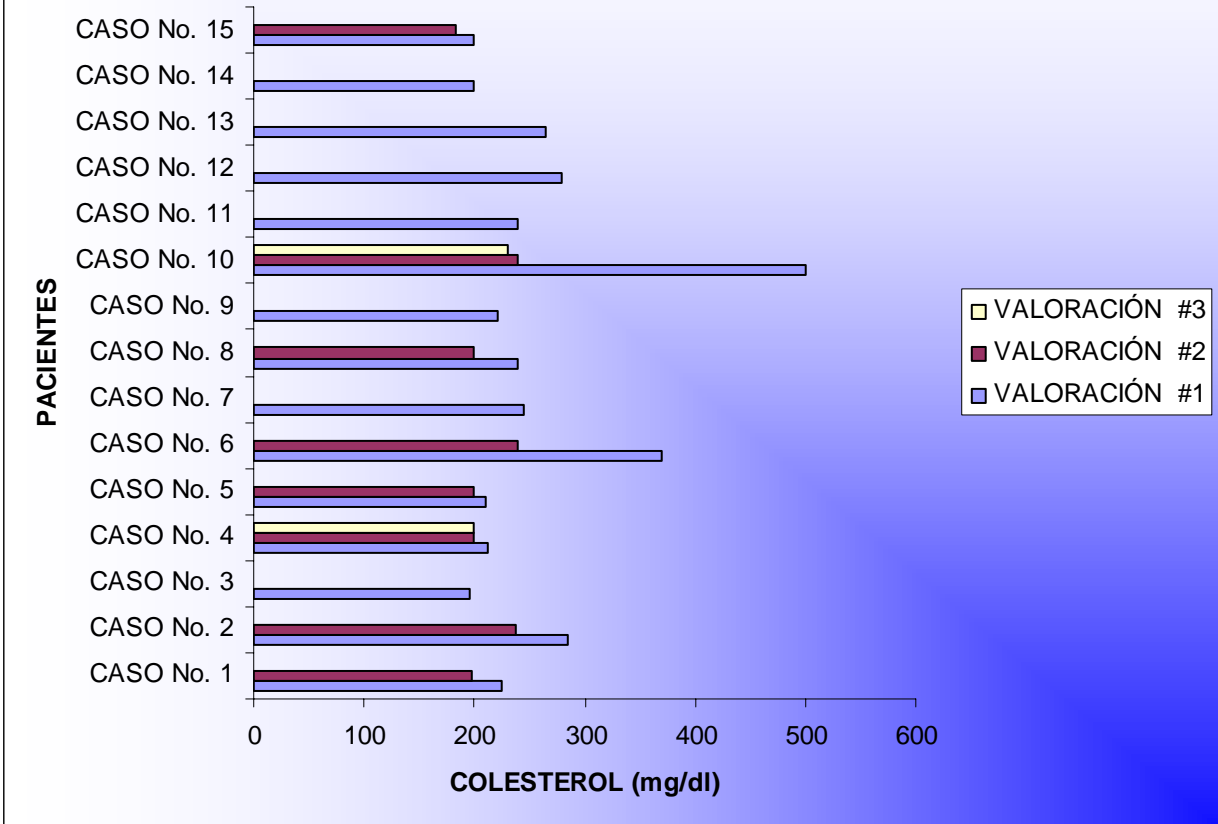
CUADRO No. 30

NIVEL DE COLESTEROL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CASO No. 1	225	198	NO ASISTIO
CASO No. 2	285	238	NO ASISTIO
CASO No. 3	195	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 4	212	200	200
CASO No. 5	210	200	NO ASISTIO
CASO No. 6	369	239	NO ASISTIO
CASO No. 7	245	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 8	240	200	NO ASISTIO
CASO No. 9	222	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 10	500	240	230
CASO No. 11	240	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 12	280	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 13	265	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 14	200	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 15	200	183	NO ASISTIO

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

**NIVEL DE COLESTEROL EN LOS PACIENTES EN ESTUDIO
PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL
CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U.M.F. #120 IMSS.**



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

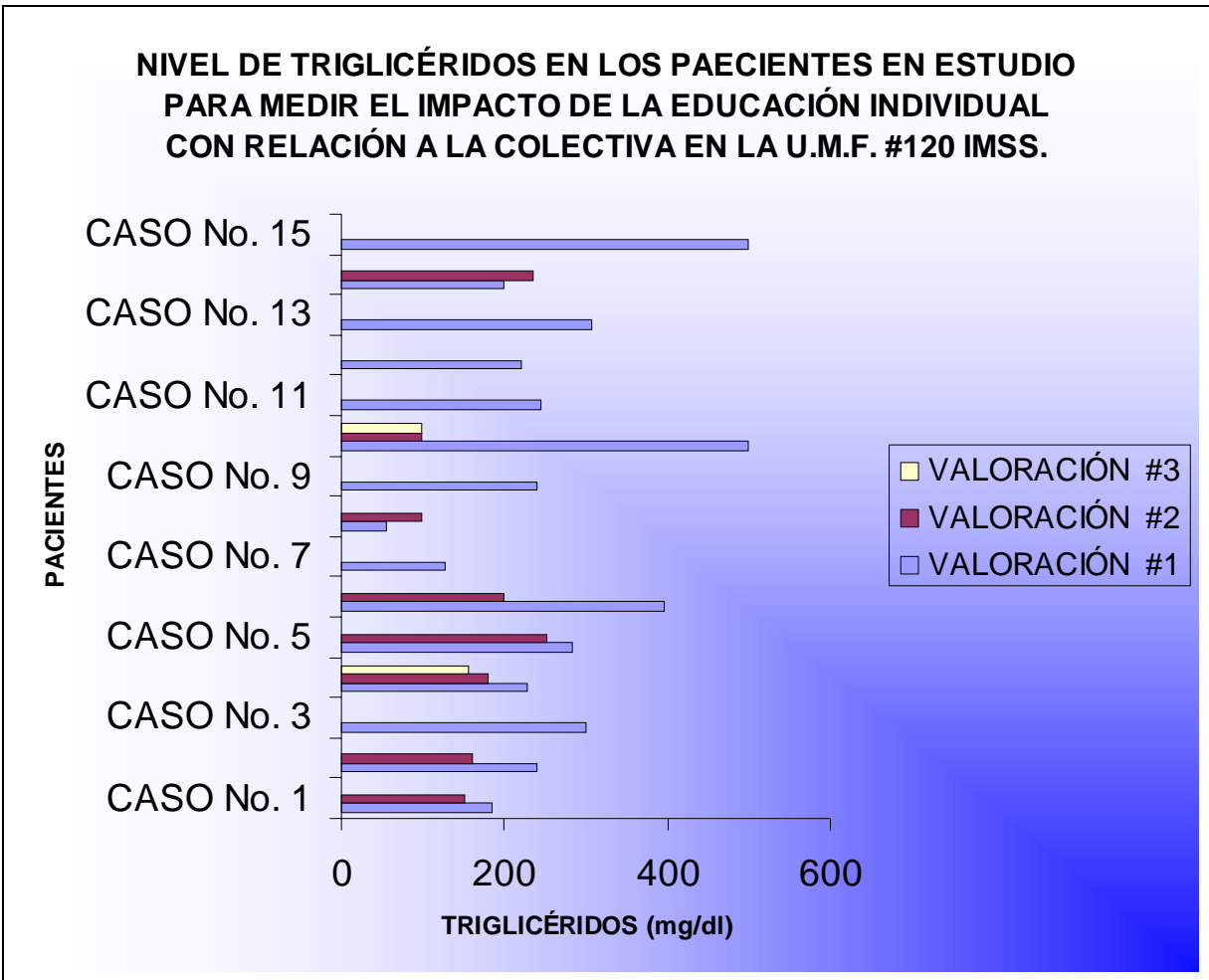
A pesar de la deserción de los pacientes (casos), se observó que el total obtuvo resultados favorables de acuerdo al estudio. En la primera valoración el 54% presentó altos niveles de colesterol total, en la segunda valoración el 50% (8 pacientes) llegaron al límite de los niveles y en la tercera valoración el 100% (2 pacientes) mejoró sus niveles de colesterol.

CUADRO No.31

NIVEL DE TRIGLICÉRIDOS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR
EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA
COLECTIVA DE LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CASO No. 1	185	150	NO ASISTIO
CASO No. 2	240	160	NO ASISTIO
CASO No. 3	299	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 4	228	180	156
CASO No. 5	283	253	NO ASISTIO
CASO No. 6	396	200	NO ASISTIO
CASO No. 7	126	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 8	54	98	NO ASISTIO
CASO No. 9	240	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 10	500	98	98
CASO No. 11	245	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 12	220	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 13	307	NO ASISTIO	NO ASISTIO
CASO No. 14	200	235	NO ASISTIO
CASO No. 15	500	NO ASISTIO	NO ASISTIO

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

En la primera valoración 60% obtuvo alto nivel de triglicéridos, en la segunda valoración con 75% (8 pacientes) llegaron al nivel límite y en la tercera valoración el 100% (2 pacientes) llegó a mejorar sus parámetros por la persistencia y voluntad que presentaron durante el estudio en los pacientes denominados como casos.

CUADRO No. 32

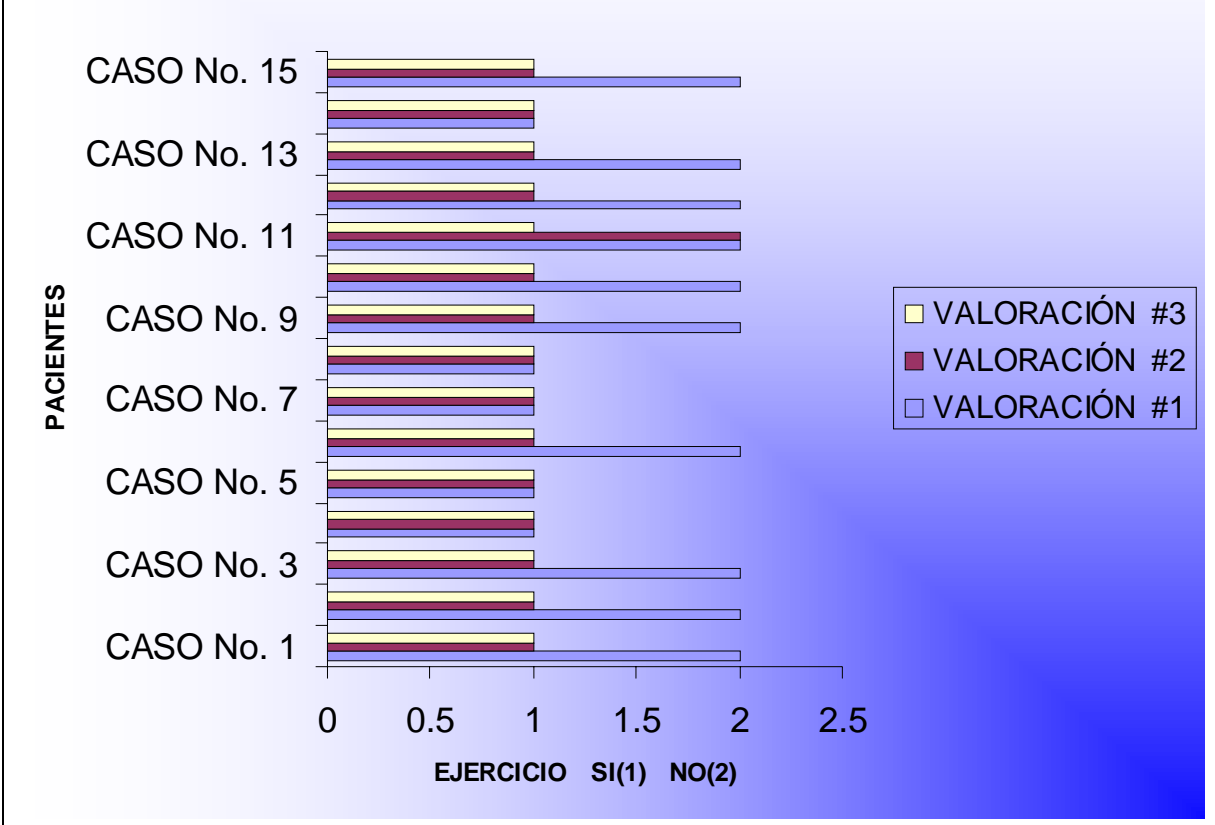
NIVEL DE EJERCICIO QUE REALIZAN DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO
 PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A
 LA COLECTIVA EN LA U. M. F. No. 120 IMSS.

PACIENTES	VALORACIÓN #1	VALORACIÓN #2	VALORACIÓN #3
CASO No. 1	2	1	1
CASO No. 2	2	1	1
CASO No. 3	2	1	1
CASO No. 4	1	1	1
CASO No. 5	1	1	1
CASO No. 6	2	1	1
CASO No. 7	1	1	1
CASO No. 8	1	1	1
CASO No. 9	2	1	1
CASO No. 10	2	1	1
CASO No. 11	2	2	1
CASO No. 12	2	1	1
CASO No. 13	2	1	1
CASO No. 14	1	1	1
CASO No. 15	2	1	1

FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

- SI REALIZAN EJERCICIO (1)
- NO REALIZAN EJERCICIO (2)

NIVEL DE EJERCICIO QUE REALIZAN DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON RELACIÓN A LA COLECTIVA EN LA U.M.F. #120 IMSS.



FUENTE: Encuestas y valoraciones realizadas en la U. M. F. #120 IMSS

Con relación al estudio se observa una deserción en los pacientes (casos). En la primera valoración solo el 13% lo realizaban, en la segunda (8 pacientes) y tercera valoración el 100% (2) de los pacientes con dislipidemias denominados como (casos) ya realizan ejercicio.

5. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LOS PACIENTES EN (CONTROL) CON EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y UTILIZANDO EL PROCESO DE ENFERMERÍA:

- De los resultados obtenidos se observó que el grupo de edad que predominó es de 51 a 60 años con 26.6%.
- De los resultados obtenidos se observó que predominó en la muestra el sexo femenino con el 80%, mientras que el sexo masculino tuvo un 20%.
- Con relación al estado civil se detectó que el 47% correspondió al grupo de los casados, 33% a divorciados, 13% es de solteros y el 7% al de viudez.
- Respecto a la ocupación se observa que el 33% de la población se dedica al hogar, el 20% es comerciante, el 13% ejerce una carrera técnica, el 13% es profesionalista, el 13% es pensionado y el 7% es empleado público. Lo que nos indica el 60% es económicamente activo y el 40% es económicamente inactivo.
- Con respecto al peso de los pacientes con dislipidemias denominados como (controles) se observó que hubo una modificación favorable con relación al estudio. En la primera valoración el 31% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 100% mejoró sus parámetros de peso.
- En la primera valoración el 7% tenía un sobrepeso, el 86% presenta obesidad, en la segunda valoración el 86% pasaba por obesidad y en la tercera valoración solo el 73% presentó obesidad.

- En la primera valoración el 93% de los pacientes “femenino” en control tenía un perímetro de cintura >80cm, en la segunda valoración el 72% y en la tercera valoración solo el 64%.
- En la primera valoración el paciente “masculino” en (control) obtuvo un perímetro de cintura >90cm con un 100%, en la segunda valoración bajo pocos centímetros pero siguió rebasando los límites y en la tercera valoración siguió bajando centímetros aunque no llegó a <90cm.
- Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención educativa en los pacientes en (control). En la primera valoración el 13% presentó un parámetro normal alto, en la segunda valoración el 7% y en la tercera valoración el 100% presentó una presión arterial normal.
- En la primera valoración el 66% de los pacientes con dislipidemias en (control) tenían una ingesta excesiva de lípidos, en la segunda valoración el 20% y en la tercera valoración el 100% mejoró sus hábitos de alimentación.
- Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a intervención individual de salud en los pacientes en (control). En la primera valoración el 60% presentaron altos niveles de colesterol, en la segunda valoración el 27% y en la tercera valoración el 86% mejoró sus niveles a parámetros normales.
- Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención individual de salud en los pacientes en (control). En la primera valoración el 33% presentó niveles altos de triglicéridos, en la segunda valoración el 34%, en la tercera valoración solo el 7% y el 94% obtuvo un éxito presentando parámetros normales.

- En la primera valoración el 27% de los pacientes en (control) que ingería alcohol, en la segunda valoración continua, teniendo un éxito con el 20% de la población posterior a la intervención individual de salud.
- Con relación al estudio se observa un incremento significativo con relación al estudio y principalmente a la intervención educativa en los pacientes en (control). En la primera valoración solo el 20% lo realizaba, en la segunda intervención aumento en un 93% y en la tercera valoración el 100% de los pacientes con dislipidemias ya realizaban ejercicio.

- **RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LOS PACIENTES CONSIDERADOS (CASOS) EN LA EDUCACIÓN COLECTIVA:**

- Con relación al estudio se observo una deserción significativa del 87% de los pacientes con dislipidemias como (casos) con relación a la intervención colectiva lo cual es un hallazgo para esta investigación. En la primera valoración el 40% se encontró en un peso elevado con relación a su altura, en la segunda valoración el 25% (8 pacientes) y en la tercera valoración con tan solo 2 pacientes se obtuvo el 100% en baja de peso.
- En la primera valoración el 20% tiene un sobrepeso, el 60% pasa por obesidad, en la segunda valoración el 25% tiene sobrepeso el 75% presenta obesidad y en la tercera valoración dos pacientes presentaron un IMC de sobrepeso; recordando que se encontraban en obesidad de 2º grado lo cual nos indica que lograron mejorar sus parámetros en los pacientes (casos).

- En la primera valoración el 100% de los pacientes “femenino” como (casos) se observó un perímetro de cintura >80cm, en la segunda valoración el 93% (8 pacientes) y en la tercera valoración la paciente bajó su parámetro de cintura <80cm.
- En la primera valoración el paciente “masculino” como (casos) obtuvo un perímetro de cintura >90cm, en la segunda valoración el 100% (1 paciente) y en la tercera valoración logró bajar su medida de su cintura a <90cm.
- Con relación al estudio se observa un incremento significativo y principalmente a la intervención de educación colectiva a pesar de la deserción de los pacientes como casos. En la primera valoración el 26% presentó un parámetro de hipertensión en fase (1) leve, el 7% presentó un nivel normal alto, en la segunda valoración el 100% (8 pacientes) presentó niveles normales y en la tercera valoración con dos pacientes que representan el 100% bajó a parámetros normales de presión arterial.
- En la primera valoración el 67% de los pacientes con dislipidemias denominados como casos tenían una ingesta excesiva de lípidos, en la segunda valoración el 88% (8 pacientes) moderaron su ingesta y en la tercera valoración el 100% que son dos pacientes lograron un balance en sus hábitos de alimentación.
- A pesar de la deserción de los pacientes (casos), se observó que el total obtuvo resultados favorables de acuerdo al estudio. En la primera valoración el 54% presentó altos niveles de colesterol total, en la segunda valoración el 50% (8 pacientes) llegaron al límite de los niveles y en la tercera valoración el 100% (2 pacientes) mejoró sus niveles de colesterol.

- En la primera valoración 60% obtuvo alto nivel de triglicéridos, en la segunda valoración con 75% (8 pacientes) llegaron al nivel límite y en la tercera valoración el 100% (2 pacientes) llegó a mejorar sus parámetros por la persistencia y voluntad que presentaron durante el estudio en los pacientes denominados como casos.
- En la primera valoración el 47% de los pacientes ingería alcohol, en la segunda valoración continúa un 25% (8 pacientes) y en la tercera solo un 50% (1 paciente) continuó.

Con relación al estudio se observa una deserción en los pacientes (casos). En la primera valoración solo el 13% lo realizaban, en la segunda (8 pacientes) y tercera valoración el 100% (2) de los pacientes con dislipidemias denominados como (casos) ya realizan ejercicio.

6. DISCUSIÓN.

De acuerdo con la distribución por edad de los pacientes con dislipidemias se encontró que el 80% fue femenino y el 20% masculino, en donde la población presento altos niveles de colesterol y triglicéridos lo que tenía un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares. Esto significa que la mayor parte de la muestra sin importar el sexo coincide con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993)³ puesto entre la población con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia fue en población adulta (20 a 70años) por lo que nuestra muestra coincide con este rango de años y la problemática de salud.

Con relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) se observó que las mujeres presentaron un IMC >29 Kg./m en donde tenían un factor de riesgo, peligrando su salud, coincide con el estudio que se realiza en Estados Unidos⁴ en donde se encontró más de la mitad defunciones ocurridas entre las mujeres con un IMC >29 Kg./m podían atribuirse directamente a su obesidad.

De acuerdo con el impacto de la educación individualizada que se impartió a los pacientes con dislipidemias se obtuvo éxito y se lograron los objetivos planteados, ya que la mayoría logro modificar favorablemente sus niveles de colesterol y triglicéridos gracias a que se comprometieron a modificar su estilo de vida coincidiendo con el Programa de Salud (1998)⁵ enfatiza en su contexto clínico que las intervenciones deben estar dirigidas a tratar el exceso de peso, los cambios en los hábitos de alimentación y ejercicio físico y así pueden reducir los factores de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares.

Con relación al impacto de la educación individual que se les dio a los pacientes con dislipidemias se observa que la orientación para la salud fue exitosa ya que se logro modificar algunos factores de riesgo para prevenir enfermedades cardiacas. Esto coincide con el estudio de Suárez de Ronderos Ma. Del Pilar (2003)⁹ en donde impartieron una educación a los pacientes con métodos de orientación para la salud los cuales fueron efectivo debido a la mejor aplicación de uso de técnicas y recursos didácticos dando como resultado la modificación de factores de riesgo para que el paciente de tenga un mejor estilo de vida.

7. CONCLUSIONES.

De acuerdo con el impacto de la educación individualizada que se les impartió a los pacientes (casos) con dislipidemias se obtuvo un éxito ya que normalizaron sus niveles de colesterol y triglicéridos, Índice de Masa Corporal y circunferencia de cintura, hábitos de alimentación y realizar ejercicio; los cuales son datos objetivos y que se establecieron como indicadores en el estudio. También modificaron sus hábitos de vida como: la alimentación, el realizar ejercicio esto fue gracias a la educación impartida al paciente lo que favoreció la adherencia para modificar sus hábitos de vida y evita la progresión de la enfermedad o riesgo de desarrollar otras enfermedades crónicas.

Con relación a la educación colectiva se observó que no obtuvimos éxito ya que hubo una deserción por parte de los pacientes (casos), puesto que primero teníamos 15 pacientes y para la segunda valoración regresaron 8 y solo quedaron 2 en la tercera valoración en donde presentaron resultados favorables.

Lo anterior indica que tuvo mayor impacto la educación individualizada con relación a la tradicional (colectiva), esto demuestra que cada persona tiene factores diferentes que influyen en la modificación del estilo de vida y cada paciente se motiva más cuando se siente atendido y escuchado para tratar los problemas que ponen en riesgo su salud.

8. RECOMENDACIONES.

- Continuar la línea de investigación de educación a la salud de manera individual y con base al proceso de enfermería en función de los resultados obtenidos en el estudio, aunado que en ciertas instituciones como el IMSS , donde los programas preventivos tiene prioridad y se están operativizando.
- Utilizar el proceso de enfermería con base a Orem, por la sistematización de los pasos del mismo y la facilidad para que lo entiendan los pacientes.
- Establecer los objetivos de manera conjunta con los pacientes, en función al respeto al mismo y también que al verse involucrado en el establecimiento de estos, los hace suyos y se tiene mayor éxito en lo propuesto.
- Proporcionar educación continua al personal de enfermería con respecto a dislipidemias para que asistan a las personas con dislipidemias que se presentan a consulta en la U. M. F No. 120 IMSS, en el reforzamiento de su auto cuidado y aclare sus dudas.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. American Journal of kidney Diseases, Treating Dislipidemias, Vol. 41 Number 4, April 2003; p. 1 – 5
2. www.insp.mx bajado: 22/junio/2005
3. www.insp.mx.salud bajado: 22/junio/2005
4. www.fihu-kiagnostico.org bajado: 23/junio/2005
5. www.medicinafamiliares.cl bajado: 23/junio/2005
6. Howard Barbara V, Ph D y Col. "Endocrinol Metab Clin, 32 (2003) 855-867; p. 1-9.
7. Green L. Michael, MD, MSc Prim Care Clin Office Pract, 30 (2003) 641-669 p. 1-4.
8. Xydakis Antonios M.,MD, and Cristie m. Ballantyne Am J. ; 90 (suppl) 2002 p.21, 22,28.
9. Suárez de Ronderos Ma. Del Pilar N. D, MSc, Rev. Constrarric Salud Pública, San José V.12 n.22, Jul. 2003 p.1-2
10. Chinnock, A. Diario de consumo de alimentos. Universidad de Costa Rica, INCIENSA, 1996, p.36.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington. D. C, Publicación Científica N.576, OPS, 2000 p.132. Salud. La obesidad en la pobreza: Un nuevo reto para la salud.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la de la Salud. La obesidad en la pobreza prevención, tratamiento y control de las dislipidemias; p.1-4

13. Casa Nuevo Esther, "Nutriología Médica, 2ª. Edición México 2000, Ed. Panamericana p.312
14. Ibidem, p.313
15. Ibidem, p. 314
16. Ibidem, p.315
17. Ibidem, p.316
18. Ibidem, p.317
19. Ibidem, p.318
20. Logan Tierney, Modelo de enfermería, 3ª ed. México 1993, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, p.23, 24
21. Kershaw Betty, Salvage Jane. "Modelos de Enfermería", Ed. DOYMA, Madrid España 1998 p. 1-7.21, 22,28
22. Álvarez Alva Rafael, Educación para la salud, Ed. El Manual Moderno, S. V de C. V, México, DF, Santa fe de Bogotá, 1995. p.45
23. Ibidem, p.46
25. Ibidem, p.28
26. Ibidem, p.33
27. Ibidem, p.34
28. Biblioteca de Consulta Microsoft, Encarta, 2004.
29. Diccionario de Medicina Océano Mosby, Ed. 4, Edit. Océano Barcelona 1998

FORMATO DE VALORACIÓN PARA REQUISITOS UNIVERSALES

AIRE

Se pregunta si fuma y cuantos cigarros al día en caso de ser afirmativa la respuesta.

- ¿Presenta algún problema para respirar?
- ¿Sufre problemas respiratorios o enfermedades respiratorias frecuentemente?
- ¿Cuáles han sido los síntomas que han presentado durante la enfermedad?
- ¿Qué hace para disminuirlos?
- ¿Acude al médico o que hace en estos casos?

AGUA

Aproximadamente ¿Cuántos litros de líquidos bebe en 24 hrs?
¿Qué tipo de líquido bebe? (Especificar, agua simple, de frutas, instantáneas, jugos, té o refresco.)

Promedio de la observación se valoró el estado de hidratación del encuestado.
¿Presenta alguna alteración de ingerir algún líquido?
¿Tiene alguna restricción para tomar algún tipo de líquido? Especificar.

ALIMENTACIÓN

Que fue lo que: desayuno, comió y cenó, el día de ayer.
¿Cuál es el alimento que más prefiere?
¿Cuál es el alimento que más le desagrada?
¿Tiene alguna modificación o restricción en su alimentación por órdenes médicas, culturales y/o religiosas?
¿Cuánto gasta para hacer de comer en una semana?
¿Presenta problemas al ingerir y digerir algún alimento en especial?
¿Ha presentado pérdida o aumento de peso últimamente?
¿Dónde prepara sus alimentos?

Se valora por medio de la observación el estado de la boca, dientes, encías, limpieza u si presenta halitosis.

➤ CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

HABITOS DE ALIMENTACIÓN	SI	NO	CON QUE FRECUENCIA
Verduras y frutas			
*Consume de tres a cinco raciones de verdura por día			
*Consume de dos a cuatro raciones de fruta por día			
Productos lácteos			
*Consume leche descremada o no toma leche			
*Consume queso cottage			
*Consume nieve o helados de yogur			
*Utiliza sustitutos de crema como aceite de olivo			
Cereales y tubérculos			
*Consume tortillas de maíz o pan blanco o dulce			
*Prefiere las galletas integrales			
Leguminosos y carnes			
*Consume carne grasa (falda, bistec, cuete)			
*Consume más de 180 gramos x día de carne, pollo o pescado			
*Consume los productos de salchichonería (jamón, salchicha, chorizo).			
*Consume vísceras o chicharrón de puerco menos de una vez al mes			
*Le quita la grasa a la carne y el pellejo al pollo			
*Come pescado al menos dos veces por semana			
*Consume más de tres yemas de huevo a la semana			
*Por lo menos dos veces al día consume leguminosas			
*Consume cacahuates, nueces o almendras			
Grasas y aceites			
*Utiliza grasas para guisar			
*Cuando usa aceite para condimentar las ensaladas prefiere el de oliva			
*Usa aceites vegetales para guisar			
*Adereza sus ensaladas con limón o yogur			
*Cocinar con manteca			
*Consume chocolate (una o dos veces por semana)			
*Consume botanas ricas en grasa, como las papas fritas			

Fuente: “Nutriología Médica”, Autor: Casa Nueva Esther, 2ª. Edición, Editorial Panamericana, 2000.

Multiplique las respuestas **SI** por uno, las **NO** por dos y las **NUNCA** por tres.

Si sumó 26 puntos o menos, su dieta es baja en lípidos; si sumó de 27 a 34 puntos, su alimentación puede mejorar si disminuye sus fuentes de lípidos, y si sumó 35 o más Puntos, ¡cuidado!, puede estar en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces al día evacua?

¿Cuántas veces al día orina?

>Características de sus evacuaciones y orina (color, olor, cantidad, consistencia).

>Requiere de alguna ayuda para evacuar u orinar (agua, medicamentos, alimentos, enema, sondas)

>Presenta algún problema relacionado con la eliminación intestinal o vesical (dolor, ardor, estreñimiento, diarrea, no puede orinar o defecar, orinar muy frecuentemente etc.

ACTIVIDAD Y REPOSO

Además de sus labores en el hogar o trabajo.

¿Practica algún deporte? Si su respuesta es afirmativa se pregunta :

¿Cuál, donde, horas al día y frecuencia a la semana y si requiere de cuidados especiales?

¿Cuántas horas duerme?

¿Toma periodos de siesta?

¿Presenta problemas para conciliar el sueño?

¿Requiere de apoyo para dormir? (medicamentos, ingesta de alimentos, fumar, beber, leer, etc.)

SOLEDADE E INTERACCIÓN

¿Que hace usted cuando terminó con todas sus labores y se encuentra solo (a)?

Sexualidad:

¿Es sexualmente activa (o)?

¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?

¿Es satisfactorio para ambos?

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

¿Utiliza condón?

>Número de parejas sexuales:

¿Presenta algún problema usted o su pareja en sus relaciones sexuales?

>Interacción sexual:

¿Asiste a algún grupo de reunión social (amigos, religioso, escolar u otros)?

PELIGROS PARA LA SALUD

- ¿Tiene alguna adicción? (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, comedores compulsivos, anorexia o bulimia)
- ¿Cuánta con todos los servicios públicos? (agua, alumbrado público e intra domiciliario, drenaje, etc.)
- ¿Cuántas veces al año se realiza un chequeo médico, sin presentar enfermedad?

Mujer:

- ¿Cuántas veces en 1 año se realiza Papanicolaou y exploración de mamas?

Hombres: (mayor de 40 años)

- ¿Cuántas veces al año se realiza una exploración prostática?

AUTOCONCEPTO E IMAGEN

- ¿Se siente usted conforme con su aspecto físico?
Sí, No, ¿Por qué?

Por medio de la observación valorar la ubicación en tiempo, espacio lugar y persona, además de su estado de animo

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Etapa de desarrollo, se identifica la etapa de su ciclo de vida en donde se encuentra de la siguiente manera:

Adulto joven 18 a 40 años

Adulto mayor 41 a 60 años

Adulto senil 61 años a más

- ¿Qué hace usted para recuperarse como persona y profesionalmente?

Algún impedimento que tenga para desarrollar sus actividades de superación

REQUISITOS POR CRISIS

- ¿Cómo actúa usted ante algún conflicto o problema grave?
- ¿Cuál fue el último problema que tuvo y como actuó y cual es su estado de animo actual?

DESVIACIÓN DE LA SALUD

- ¿Padece alguna enfermedad que altere su estado de salud?

Se enlistan los problemas de salud que presente, el tiempo de padecimiento y los factores relacionados que presenta

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación sobre **“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN A LA SALUD INDIVIDUALIZADA A PACIENTES CON DISLIPIDEMIAS DE LA U. M. F. No. 120 IMSS”**.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la educación individualizada de dislipidemias a empleados de la Unidad de Medicina Familiar No. 120 del IMSS.

Declaro que se me ha informado ampliamente que se trata de una investigación observacional, descriptiva y que los datos vertidos en la ficha de investigación se manejaran en forma confidencial y se mantendrá el anonimato. Se comprende si conserva el derecho de no participar en el estudio si así lo considerará.

Mi participación consiste en contestar la encuesta proporcionada por el investigador así como de acudir a Laboratorio para que me realicen una muestra de química sanguínea para verificar el nivel de colesterol y triglicéridos en ayuno cada mes durante tres meses, a los cuales no se verán dañada mi integridad física.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

testigo

testigo