



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



Descripción de la calidad de vida
de los usuarios revascularizados coronarios
que se asisten en la consulta externa
de un hospital del subsector público
en el período noviembre-diciembre de 2006

Autores:

Br. Corbo, Andrea
Br. Corrales, Silvana
Br. Galli, Fiorella
Br. Saldivia, Mercedes

Tutores:

Prof. Agdo. (S) Lic. Enf Alicia Bracco
Prof. Adj. Q. F. Rosa Eiraldi

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

Agradecimientos

- Prof. Dra. Laura Schwartzmann
- Dr. Jordi Alonso
- Lic. Enf. Miriam Gorrassi, División Enfermería
- Lic. Enf. Estela Gasso
- Lic. Enf. Marta Dafond, Auxiliares de Enf. Marta Segain y Luz Rios.
- Técnico en Registros Médicos Álvaro Pérez
- Prof. Adj. Lic. Enf. Gloria Piñero
- Psicóloga Mirian Rodríguez

Glosario

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ISOQOL: Sociedad Internacional de Investigación en Calidad de Vida

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

LDL: Low density lipoproteins (lipoproteínas de baja densidad)

HDL: High density lipoproteins (lipoproteínas de alta densidad)

SF- 36: Short Form 36

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RVM: Revascularización miocárdica.

CI: Cardiopatía Isquémica

FNR: Fondo Nacional de Recursos

FA: Frecuencia absoluta.

Índice

Resumen	6
Introducción	9
Planteamiento del problema	12
Objetivos	13
Revisión Bibliográfica	14
Calidad de Vida	14
Enfermedades Cardiovasculares y cirugía de Revascularización coronaria:	18
Aspectos Metodológicos	21
Diseño del estudio	21
Ámbito	21
Población en estudio	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión	21
Variables	22
Análisis estadístico	24
Recogida de datos	24
Resultados y Análisis	25
Conclusiones	50
Referencias Bibliográficas	52
Bibliografía	54
Sugerencias	56
Anexo	57

Anexo Nº 1: Protocolo de Investigación.

Resumen

El trabajo de investigación pretendió describir la calidad de vida de los usuarios revascularizados coronarios que se asistieron en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, caracterizando la población usuaria en base a las siguientes variables: Edad, sexo, nivel de instrucción, tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía, relaciones familiares, relaciones sociales, situación laboral, actividad sexual, actividades y ejercicio, sueño y descanso, empleando un instrumento elaborado por el grupo investigador.

Para evaluar la Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) se utilizó como instrumento el SF-12, v1. El mismo proporciona un perfil del estado de salud, permitiendo medir la CVRS.

Dentro de los hallazgos encontrados se destacan los siguientes:

Se encuestó un total de 17 individuos, en su mayoría hombres, con una media de edad de 66 años (desvío estándar de 0.5), nivel primario de escolaridad, desvinculación laboral (jubilados) y revascularizados hace más de 6 meses (desvío estándar de 1 año).

Dentro de las variables con mejores resultados fueron: la percepción del estado de salud general, donde fue percibido como bueno por la mayoría de los encuestados (65%); el 59% no realizó menos de lo deseado a causa de su salud física. El 71% no hizo menos de lo deseado a causa de un problema emocional. El dolor les ha dificultado un poco o nada el trabajo habitual al 65% de los encuestados. Otra de las variables con mejor puntuación fue el tiempo que han permanecido con mucha energía, donde el 47% ha permanecido siempre y el 12% casi siempre. El 59% refirió que nunca los problemas emocionales o su salud física han interferido en sus actividades sociales.

En cuanto a la realización de actividad y ejercicio, los hombres, jubilados, revascularizados coronarios hace más de 6 meses fueron quienes percibieron mejores resultados en relación al sexo femenino.

El 94% del total de encuestados refirió presentar relaciones familiares satisfactorias. Para el 88% las relaciones sociales fueron percibidas como satisfactorias. El 76,5% no percibió alteraciones en el patrón de sueño y descanso.

Las variables más afectadas correspondieron a:

La presencia de limitaciones ante la realización de esfuerzos moderados y mayores esfuerzos.

La actividad sexual ha sido una de las más afectadas, donde los peores resultados los obtuvieron las mujeres, mayores de 65 años, revascularizadas hace más de 6 meses.

Se destaca que de la totalidad de los encuestados el 82 % no realizó su trabajo tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional, lo cual podría indicar la presencia de variables espúreas, dado que la mayoría refirió no presentar problemas emocionales. Otra de las variables que mostró peores resultados fue "calmado y tranquilo", donde el 41% refirió nunca sentirse calmado y tranquilo, y un 23%, sólo alguna vez.

Introducción

Si bien el tema de calidad de vida tiene sus antecedentes en la época de los antiguos griegos (Aristóteles), es a partir de la década de los 90 cuando este concepto adquiere relevancia en el campo de la salud. Desde entonces, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha logrado atraer la atención de investigadores, intentando estudiar con profundidad la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los individuos respecto de su bienestar.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el avance de la tecnología, sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, dejando de lado en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no solo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar, incorporando la medida de la CVRS como una medida necesaria e innovadora en las evaluaciones de la calidad de los servicios de salud (Guyatt, G. H. ; Feeny, D. H. , Patrick, D. , 1993)¹.

La toma de decisiones en el sector salud por ende, deberá considerar los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), y los costos, así como debería tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del usuario (Schwartzmann, L., 2003)².

El concepto "calidad de vida" es difícil de definir y medir, principalmente porque se trata de un concepto dinámico, en donde cada individuo va modificando y adaptando una serie de factores inherentes al medio ambiente social y a la propia condición de ser humano (Alonso, J.; Schwartzmann, L.; Pccci, C. 2006)³.

Un aspecto relevante al momento de evaluar "calidad de vida", es la apreciación subjetiva del individuo respecto a su nivel de bienestar. Esto nos lleva a pensar que el término salud-enfermedad no solo puede ser medido por parámetros objetivos, sino que es importante también tener en cuenta otros factores, como el estado anímico y la actitud con la cual cada uno percibe y afronta las situaciones, los cuales a su vez se ven influenciados por factores culturales, sociales, económicos, políticos, familiares, la edad, etc. Estos aspectos son de máxima importancia en la vida de los seres humanos y serán los que más influyan a la hora de que los individuos evalúen su calidad de vida.

Según J. Alonso (2006) el término calidad de vida es más comprensivo que el de estado de salud. El estado de salud afecta la calidad de vida y la calidad de vida está influenciada por factores ajenos al ámbito de la salud pero que tienen influencia sobre ella⁴.

Planteamiento del problema.

¿Cómo es la calidad de vida de los individuos mayores de 35 años revascularizados coronarios a partir de los 30 días de intervenidos quirúrgicamente que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006?

Objetivos

Objetivo General:

Conocer la calidad de vida percibida por la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria que se asiste en la consulta externa de un hospital del subsector público a través de la cuantificación de estado de salud durante el período noviembre-diciembre de 2006.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población usuaria en base a las siguientes variables: Edad, Sexo, Nivel de instrucción, Tiempo transcurrido luego de la cirugía, Relaciones familiares, Relaciones sociales, Actividad sexual, Actividades y ejercicio, y Sueño y descanso mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el grupo de investigadores para tal fin.
2. Aplicar el cuestionario de salud SF-12 ("Short Form-12") al momento del corte.
3. Describir la población en base a las siguientes variables: Salud General, Limitación para la realización de esfuerzos moderados, Limitación para subir varios pisos, menos de lo deseado a causa de su salud física, Dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física, Menos de lo deseado a causa de algún problema emocional, Realización de actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional, Dolor, Tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo, Tiempo en que ha permanecido con mucha energía, Tiempo que ha permanecido desanimado y triste, y con que Frecuencia los problemas emocionales o su salud física han dificultado sus actividades sociales.
4. Describir la percepción de la Salud General en conjunto con las variables Edad, Sexo, Nivel de instrucción y Tiempo transcurrido luego de la cirugía.
5. Describir la percepción de la Actividad Sexual y Actividad y Ejercicio junto con Situación laboral, Sexo y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía.
6. Describir las variables esfuerzos moderados y varios pisos junto con la variable tiempo transcurrido luego de la cirugía.

A continuación conoceremos lo que dice la literatura en relación a la calidad de vida relacionada con la salud, sus antecedentes, conceptos, la importancia de su medición en la investigación y en la práctica clínica, instrumentos para su medición. Así como también se describen aspectos de la cirugía de revascularización miocárdica y sus indicaciones.

Revisión Bibliográfica

Calidad de Vida

El tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles). La instalación de este concepto dentro del campo de la salud es reciente, con un auge a partir de la década de los 90. Desde entonces, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud ha logrado atraer la atención de investigadores, intentando estudiar con profundidad la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los individuos respecto de su bienestar. Por otra parte según Laura Schwartzmann, (2003) en su artículo “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, hace referencia que la vida actual caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a una mejor calidad de vida. En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud – paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud.

La toma de decisiones en el sector salud por ende, deberá considerar los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), y los costos, así como debería tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

El esquema de Donabedian (1966) para la evaluación en salud incorpora justamente éstos distintos aspectos.

Tabla N° 1: Evaluación en salud.

Estructura	Proceso	Resultados
Características de la comunidad	Excelencia técnica	Situación Clínica
Características de la organización sanitaria	- Tecnología apropiada	- Morbilidad
Características de los proveedores de salud	- Conocimiento científico	- Mortalidad
Características de la población	Excelencia interpersonal	Calidad de Vida
	- Relación médico – paciente	Satisfacción con la atención en salud
	- Eficiencia	Sobrecarga familiar
	Evaluación del proceso de adaptación del paciente a su enfermedad y sus determinantes	Expectativa de vida
		Costos

El concepto “calidad de vida” es difícil de definir y medir, principalmente porque se trata de un concepto dinámico, en donde cada individuo va modificando y adaptando una serie de factores inherentes al medio ambiente social y a la propia condición de ser humano (Alonso, J.; Schwartzmann, L.; Pecci, C. 2006)⁹.

Un aspecto relevante al momento de evaluar “calidad de vida”, es la apreciación subjetiva del individuo respecto a su nivel de bienestar. Esto nos lleva a pensar que el término salud-enfermedad no solo puede ser medido por parámetros objetivos, sino que es importante también tener en cuenta otros factores, como el estado anímico y la actitud con la cual cada uno percibe y afronta las situaciones, los cuales a su vez se ven influenciados por factores culturales, sociales, económicos, políticos, familiares, la edad, etc. Estos aspectos son de máxima importancia en la vida de los seres humanos y serán los que más influyan a la hora de que los individuos evalúen su calidad de vida.

Según Schwartzmann, L. (2003) “la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar”¹⁰. Para Schumaker & Naughton (1996) “es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”¹¹.

Según Schwartzmann, L. (2003) la esencia de este concepto se encuentra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Para ésta autora es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana relacionada con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas¹².

Según J. Alonso (2006) el término calidad de vida es más comprehensivo que el de estado de salud. El estado de salud afecta la calidad de vida y la calidad de vida está influenciada por factores ajenos al ámbito de la salud pero que tienen influencia sobre ella¹³. Por tanto para este autor la calidad de vida relacionada con la salud, implica la evaluación en distintas esferas, al ser éste un concepto multidimensional.

La OMS realizó una clasificación, a través de su grupo de calidad de vida en 1995, que tiene bastante aceptación. La define como “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.” Así mismo, Donald Patrick

ISOQOL es la sigla en inglés de la Sociedad Internacional de Investigación en Calidad de Vida, cuya función es promover el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, a través de la promoción de la investigación, al nivel científico más elevado.

Además promueve el intercambio de información ofreciendo ámbitos de discusión y presentación de trabajos científicos en sus conferencias anuales.

En relación al movimiento de investigadores iberoamericanos, su origen estuvo estrechamente ligado a la figura del Doctor Jordi Alonso, quien como organizador de la sexta conferencia internacional de ISOQOL, en Barcelona, 1999, organizó la primer reunión española en calidad de vida y obtuvo financiación para otorgar becas a investigadores latinoamericanos que comenzaban a interesarse en el tema.

En el 2001, se realizó en Montevideo, con apoyo de ISOQOL y la OPS, la primera reunión iberoamericana de calidad de vida relacionada con la salud, contando con la presencia de prestigiosos expertos internacionales, como los profesores Donald Patrick (miembro fundador de ISOQOL), Ivan Barofsky, en ese momento presidente de ISOQOL. En el 2004, ya integrando la directiva de ISOQOL, la doctora Laura Schwartzmann, se realiza la segunda reunión iberoamericana de CVRS en Porto Alegre. En ésta reunión se acordó la realización en Buenos Aires, en el 2006, de la tercera Reunión Iberoamericana de CVRS. En éste encuentro se propone difundir en América Latina la importancia y factibilidad de incorporar la medición de Calidad de Vida, como una medida de resultado habitual, tanto en la investigación como en la práctica clínica, así como en la evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario.

Enfermedades Cardiovasculares y Cirugía de Revascularización coronaria:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las áreas de investigación más extensas de la epidemiología y la salud pública, siendo un factor determinante de la calidad de vida de las personas adultas y adultas mayores (Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. 2004)¹⁸.

De acuerdo con el informe de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, las afecciones cardiovasculares han venido ocupando el primer lugar entre las causas de muerte en el Uruguay a lo largo de los últimos cuarenta años, variando la proporción en los últimos diez años entre el 41% y 38% del total de defunciones. El conjunto de todas las enfermedades isquémicas cardíacas es la causa de más de 3800 fallecimientos anuales, observándose una tendencia descendente muy moderado en el periodo 1988 – 1997.

Según un informe publicado por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) en su Programa de seguimiento de cirugías de revascularización,¹⁹ la revascularización miocárdica (RVM) para la cardiopatía isquémica (CI) causada por aterosclerosis coronaria es uno de los avances más importantes de la medicina del siglo XX. Este procedimiento se realiza con el objetivo de aliviar la angina, mejorar la tolerancia al ejercicio, y aumentar la supervivencia de los pacientes con enfermedad coronaria severa.

La cirugía de RVM consiste en sortear la obstrucción al flujo sanguíneo coronario mediante la realización de puentes. Los puentes habitualmente utilizados son puentes venosos (safena) y/o arteriales (mamario y radial).

En el Uruguay la cirugía de RVM se realiza en cuatro centros, uno universitario y tres privados. La cobertura financiera se realiza a través del FNR, el que a lo largo del año 2000 financió la realización de 2243 procedimientos de cirugías cardíacas, de ellos 1677 (74,8%) incluyeron la realización de uno o más puentes coronarios, 1388 (61,9%) correspondieron a cirugías coronarias puras, asociando el porcentaje restante a otro procedimiento quirúrgico.

A pesar de los demostrados beneficios en el tratamiento de la enfermedad cardíaca isquémica, de la mejoría continua de las técnicas quirúrgicas y del uso de nueva tecnologías que ha permitido a los pacientes progresivamente más complejos ser sometidos a cirugía de RVM, éste procedimiento lleva asociado un riesgo significativo de morbimortalidad.

En la década del 70 se demostró que la cirugía de RVM permitía mayor alivio de la sintomatología y mejoraba la calidad de vida en los pacientes sintomáticos comparado con el tratamiento médico exclusivo.

La mortalidad operatoria global es del 2 al 0,5%, con tasas mayores en mujeres, ancianos, pacientes que asocian un procedimiento valvular o sobre ventrículo izquierdo, cirugías de emergencia, inestabilidad hemodinámica y ciertas comorbilidades. Esta mortalidad global tienen amplias variaciones que oscilan entre menos de 1% en los grupos de bajo riesgo y más de 10% en los grupos de alto riesgo.

La complejidad de la cirugía de RVM determina posibles complicaciones, dentro de las cuales las más frecuentes son: compromiso hemodinámico, asistencia respiratoria mecánica prolongada y disturbios neurológicos. Otro grupo de complicaciones menos frecuentes pero de mayor gravedad comprenden las reintervenciones por sangrado, mediastinitis, complicaciones neurológicas mayores e insuficiencia renal severa.

Factores de riesgo Cardiovascular, Clasificación y caracterización^a:

1. Factores personales no modificables.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Herencia o antecedentes familiares.

2. Factores controlables directos (los que intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular).
 - Niveles de colesterol total y LDL elevados.
 - Niveles de colesterol HDL, bajos.
 - Tabaquismo.
 - Hipertensión.
 - Diabetes.
 - Tipo de alimentación.

3. Factores controlables indirectos (los que se han relacionado por estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedades del aparato circulatorio pero que no intervienen directamente en la génesis de las mismas, sino mediante otros factores de riesgo directos).
 - Sedentarismo.
 - Obesidad.
 - Estrés.
 - Consumo de anticonceptivos orales.

4. Circunstancias especiales consideradas como de riesgo.
 - Haber padecido anteriormente un accidente cardiovascular.
 - Hipertrofia ventricular izquierda.
 - Apnea del sueño.

^a Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. "Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay". En: Rev Med Uruguay, 2004.

Aspectos metodológicos

Diseño del estudio:

El tipo de estudio realizado corresponde a un diseño descriptivo, de corte transversal.

Ámbito:

El estudio fue llevado a cabo en Uruguay departamento de Montevideo, en un Hospital del subsector público en el ámbito de consulta externa.

Población en estudio:

La población universo correspondió a la totalidad de los usuarios revascularizados coronarios que asistieron a la consulta externa en un período de 30 días (15 de noviembre al 15 de diciembre de 2006) cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Todos los datos necesarios para evaluar los objetivos previstos en el protocolo se registraron durante una única entrevista a cada uno de los usuarios encuestados.

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos, mayores de 35 años.
- Usuarios con confirmación diagnóstica de cardiopatía isquémica que hayan sido revascularizados coronarios con un tiempo mayor a 30 días.
- Usuarios que acepten su participación en el estudio y que hayan otorgado su consentimiento informado en forma verbal para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que posean posterior a la cirugía cardíaca otro tipo de intervención quirúrgica.
- Usuarios de los que no se dispongan datos de su historia clínica.
- Usuarios que en el momento de la realización del estudio presenten cualquier impedimento físico y/o psíquico grave que impidiera la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Variables:

- La variable *Calidad de vida* relacionada con la salud fue medida mediante el cuestionario de salud SF-12 (Anexo N° 1: Protocolo de Investigación).

El cuestionario de Salud SF – 12 es la adaptación realizada para España por Alonso J. y cols. del SF – 12 Health Survey. El SF – 12 es una versión reducida del cuestionario de salud SF – 36. Está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. El mismo valora:

1. Salud General
2. Limitación para la realización de esfuerzos moderados
3. Limitación para subir varios pisos
4. Menos de lo deseado a causa de su salud física
5. Dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física
6. Menos de lo deseado a causa de algún problema emocional
7. Realización de actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional
8. Dolor
9. Tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo
10. Tiempo en que ha permanecido con mucha energía
11. Tiempo que ha permanecido desanimado y triste
12. Frecuencia con que los problemas emocionales o su salud física han dificultado sus actividades sociales.

Para todos los usuarios incluidos en el estudio se recogerán también las siguientes variables en un cuestionario elaborado para tal fin (Anexo N° 1: Protocolo de Investigación):

- Datos demográficos (edad y sexo).
- Nivel de instrucción
- Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca
- Relaciones familiares
- Relaciones sociales
- Situación laboral
- Actividad sexual

- Actividad que realiza y ejercicio.
- Sueño y descanso

Este cuestionario consta de 8 ítem que valoran las variables anteriormente citadas. Fue creado por el grupo investigador, basándose en los 11 patrones de salud descritos por Marjory Gordon ^b.

^b Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^o: Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001.

Análisis estadístico

Recogida de datos:

Las variables con distribución continua se resumieron mediante las medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana y desviación tipo), y las variables cualitativas mediante tablas de frecuencias.

Respecto al cuestionario SF-12 se realizó una descripción por dimensiones, determinándose Frecuencia Absoluta y frecuencia porcentual.

Resultados y Análisis

Tabla N° 1
Distribución de la población encuestada según Edad

Edad (años)	FA	FR %
36 - 64	6	35
> 65	11	65
Total	17	100

Según muestra la tabla, se encuestaron un total de 17 individuos revascularizados coronarios, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, donde la media de edad se correspondió con la franja etaria de adultos mayores, seguida de los adultos medios. El desvío estándar calculado para la edad fue de 0.5, presentando por ende, poca dispersión de los datos respecto al comportamiento promedio.

Tabla N° 2
Distribución de la población encuestada según Sexo

Sexo	FA	FR %
Masculino	9	53
Femenino	8	47
Total	17	100

La tabla muestra que la mayoría (53 %) de los usuarios encuestados eran hombres.

Tabla N° 3
Distribución de la población encuestada según Nivel de Instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR %
Primaria incompleta	5	29
Primaria completa	7	41
Secundaria incompleta	4	24
Secundaria completa	1	6
Total	17	100

La mayoría (70%) posee nivel primario de escolarización. Niveles superiores alcanzan el 6% del total de encuestados.

Tabla N° 4
Distribución de la población según Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca.

Tiempo Transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 meses	1	6
5 a 6 meses	1	6
Mayor de 6 meses	15	88
Total	17	100

Se destaca que el promedio de tiempo transcurrido luego de la etapa post operatoria encontrado fue aproximadamente de 4 años (mayor de 6 meses), lo cual coincide con la mediana. El desvío típico correspondió a 1 año.

De acuerdo con la bibliografía consultada esta variable es de importancia dado que a medida que transcurre el tiempo, la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud sufriría modificaciones, aumentaría el nivel de independencia y se elevaría el grado de satisfacción que posee consigo mismo. Por lo tanto, todos estos elementos influirían en la calidad de vida percibida.

Tabla N° 5
Distribución de la población según Relaciones familiares.

Relaciones familiares	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfactorias	1	6
Satisfactorias	16	94
Total	17	100

Teniendo en cuenta la importancia de las redes de soporte familiar, en el afrontamiento a una nueva situación de salud – enfermedad, se destaca que el 94% de los individuos encuestados refirieron contar con éste soporte, presentando relaciones familiares satisfactorias. Este tipo de vínculo según la bibliografía consultada oficia de red de apoyo inmediata con la que cuenta la persona para satisfacer sus necesidades.

Tabla N° 6
Distribución de la población según Percepción de sus Relaciones Sociales.

Relaciones sociales	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorias	15	88
Insatisfactorias	2	12
Total	17	100

Los individuos refirieron percibir sus relaciones sociales de forma satisfactoria en un 88%, hecho que es considerado positivo, dado que son un elemento decisivo para la satisfacción personal, laboral o social según Callista Roy.²⁰ De acuerdo con ésta autora, las redes de soporte social y familiar son factores que influyen en el funcionamiento de los patrones de salud y que contribuyen a satisfacer las necesidades y enfrentar las situaciones críticas, dando lugar a percepciones satisfactorias e insatisfactorias.

Tabla N° 7
Distribución de la población según Sueño y descanso.

Sueño y descanso	Frecuencia	Porcentaje
Sueño interrumpido	4	23,5
Sin problemas	13	76,5
Total	17	100

Más del 76 % de los usuarios no presentan alteraciones en el patrón sueño y descanso, de acuerdo con los porcentajes obtenidos en ambas categorías para dicha variable. Debido a la existencia de diversos factores que pueden afectar la normalidad del patrón sueño y descanso, se resalta como positivo los porcentajes obtenidos.

Para aquellos encuestados que declararon alteración en dicho patrón, no se indagó las atribuciones causales ni las acciones llevadas a cabo por ellos para reestablecer el problema.

Tabla N° 8
Distribución de la población según Actividad Sexual y Sexo.

		Actividad Sexual			
		Satisfactoria	Insatisfactoria	No posee	
Sexo	Masculino	3 (33%)	2 (22%)	4 (44%)	9 (53%)
	Femenino	0	3 (37%)	5 (62%)	8 (47%)
	Total	3	5	9	17(100%)

Para el grupo de los hombres, la mayoría (55,5%) de estos poseen actividad sexual, a diferencia de las mujeres, quienes en su mayoría (62%) no poseen actividad sexual. El 100% de las mujeres que poseen actividad sexual la perciben como insatisfactoria. A diferencia de los hombres, quienes refieren presentar en su mayoría actividad sexual satisfactoria. No se indagó respecto de los posibles motivos de insatisfacción, aunque reconocemos su importancia en la valoración de este patrón.

Se desconoce la distribución de esta variable (Actividad Sexual) de acuerdo al estado civil de los encuestados, dado que ésta última variable no fue considerada en el estudio. Además no se tuvieron en cuenta otros factores que pueden alterar el patrón de sexualidad tales como cambios en la imagen corporal, alteración o pérdida en la capacidad reproductiva, trastornos afectivos o del estado de ánimo, ambientes socioculturales rígidos respecto a las expresiones sexuales, etc, siendo una debilidad del estudio.

Gráfico N° 8
Representación de la población según Actividad sexual y Sexo.

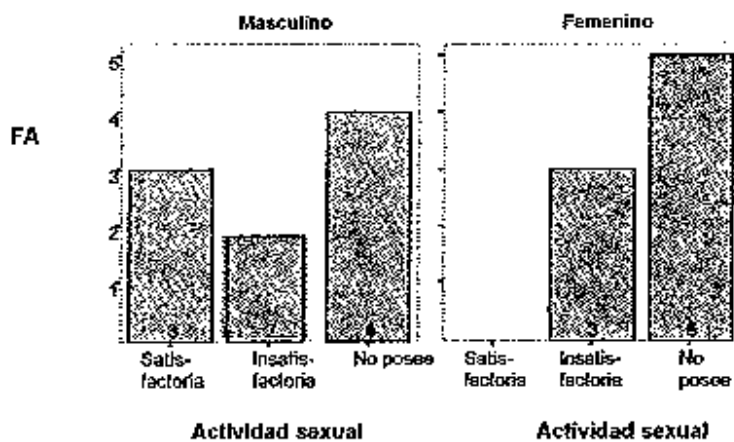


Tabla N° 9
Distribución de la población según Actividad sexual y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca.

		Actividad sexual			
		Satisfactoria	Insatisfactoria	No posee	
Tiempo transcurrido luego de Realizada la cirugía cardíaca	1 a 2 meses	0	1 (100%)	0	1(100%)
	5 a 6 meses	0	0	1 (100%)	1(100%)
	> 6 meses	3 (20%)	4 (27%)	8 (53%)	15(100%)
	Total	3	5	9	17(100%)

Para el grupo de individuos con tiempo transcurrido luego de la realización de la cirugía mayor a seis meses, se destaca que el 53% no posee actividad sexual, y del porcentaje restante que si posee, la mayoría (27%) percibe sus relaciones sexuales como insatisfactorias.

Gráfico N° 9

Actividad sexual y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca

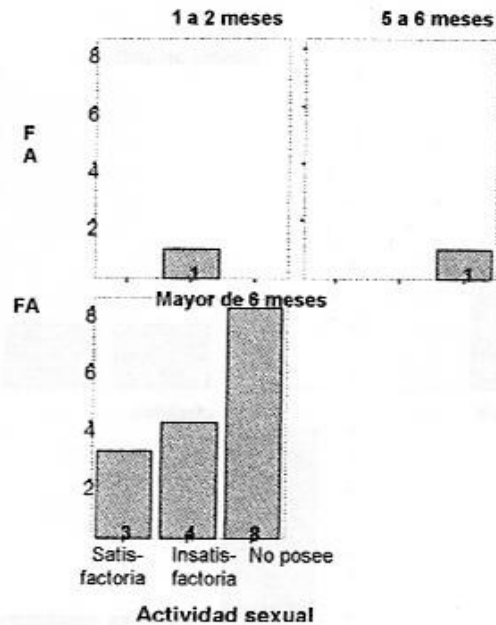


Tabla N° 10

Distribución de la población según Actividad Sexual y Situación laboral.

		Actividad Sexual			
		Satisfactoria	Insatisfactoria	No posee	
Situación Laboral	Empleo estable	1 (33%)	1 (20%)	0	2
	Desocupada	0	2 (40%)	1 (11%)	3
	Jubilado	2 (67%)	2 (40%)	5 (56%)	9
	Pensionista	0	0	3 (33%)	3
Total		3 (100%)	5 (100%)	9 (100%)	17

En cuanto a la situación laboral, la mayoría (53%) son jubilados, de los cuales el 56% de ellos refiere no poseer actividad sexual.

De los encuestados que refieren poseer actividad sexual (47%), la mayoría de estos la percibe como insatisfactoria (63%), siendo Jubilados y desocupados en la mayoría (80%).

La edad tiene un importante papel en la funcionalidad del patrón de sexualidad, pues las diferentes etapas del proceso de maduración por las que pasa la persona y el ambiente donde se desarrolla, imprimen un sello en la expresión de la sexualidad individual según la bibliografía consultada.

Gráfico N° 10
Distribución de la población según Actividad Sexual y Situación laboral

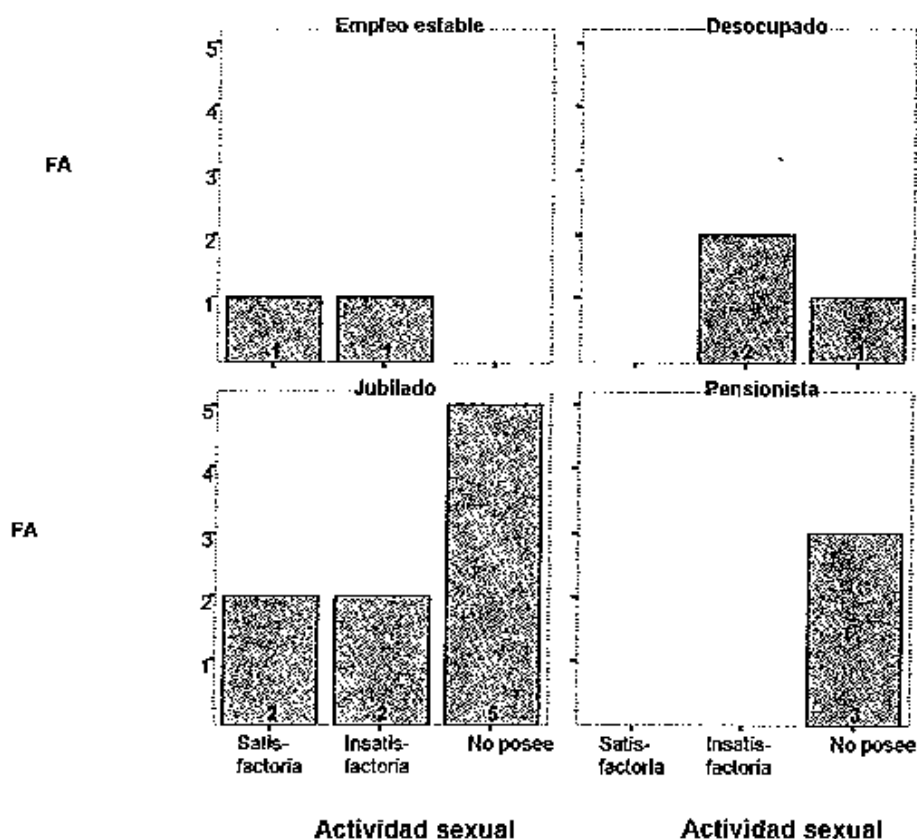


Tabla N° 11
Distribución de la población según Actividad - Ejercicio y sexo.

		Actividad y Ejercicio		
		Si	No	
Sexo	Masculino	8 (73%)	1 (17%)	9
	Femenino	3 (27%)	5 (83%)	8
	Total	11 (100%)	6 (100%)	17

La mayoría de los encuestados (65%) realizan actividades y ejercicio, siendo el grupo de los hombres quienes presentaron mejor resultado (73%). Para el grupo de las mujeres sólo el 27% lleva a cabo algún tipo de actividad física, lo cual nos muestra que los hombres tienen un estilo de vida más activo, o que las mujeres adoptaron un estilo de vida más sedentario siendo un factor de riesgo cardiovascular controlable indirecto.

Gráfico N° 11
Distribución de la población según Actividad y Ejercicio y sexo.

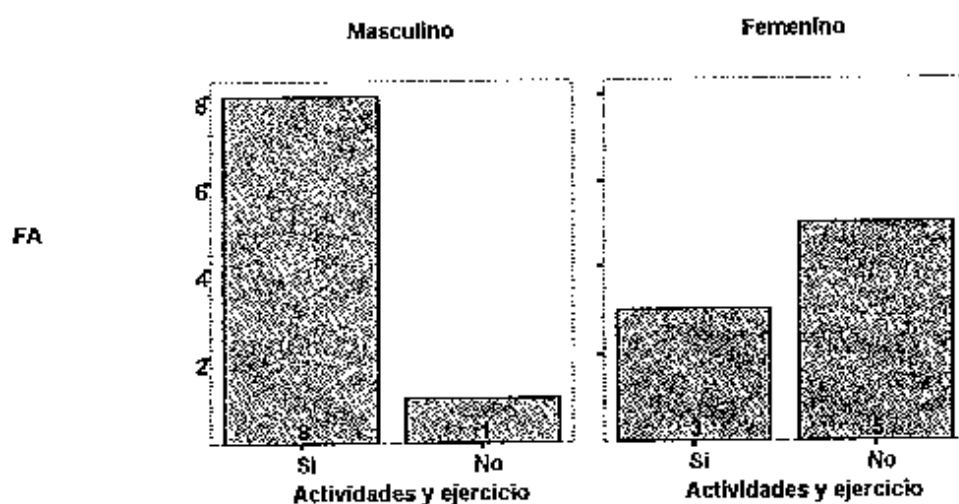


Tabla N° 12
Distribución de la población según Actividad - Ejercicio y Situación laboral.

		Actividad y Ejercicio		
		Si	No	
Situación Laboral	Empleo estable	2 (18%)	0	2
	Desocupado	2 (18%)	1 (17%)	3
	Jubilado	7 (64%)	2 (33%)	9
	Pensionista	0	3 (50%)	3
	Total	11 (100%)	6 (100%)	17

El 65% de los encuestados realizó actividades y ejercicio, siendo el 64 % de los mismos jubilados. El 35 % del total de encuestados refirió no realizar dicha actividad.

El 50% de los individuos que no realizan ejercicio, corresponden a quienes perciben pensión.

La mayoría de los encuestados con empleo estable y desocupados realizan actividades y ejercicio.

Gráfico N° 12
Distribución de la población según Actividad y Ejercicio y Situación laboral.

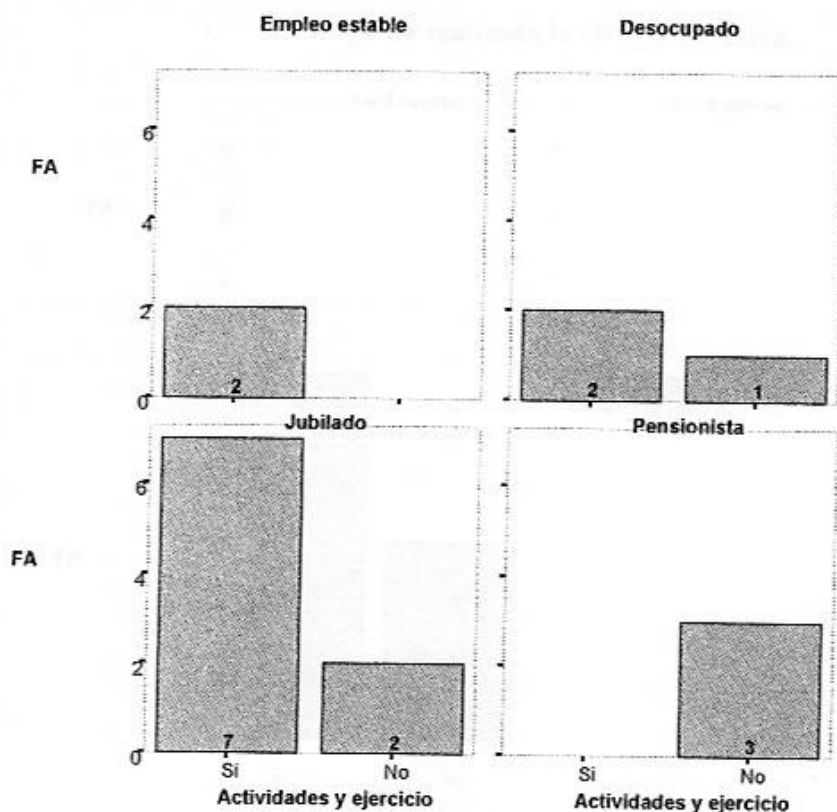


Tabla N° 13
Distribución de la población según Actividad - Ejercicio y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca.

		Actividad y Ejercicio		
		Si	No	
Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca	1 a 2 meses	1 (9%)	0	1
	5 a 6 meses	1 (9%)	0	1
	Mayor de 6 meses	9 (82%)	6 (100%)	15
	Total	11 (100%)	6 (100%)	17

Cabe destacar que el 100% de los individuos que no realizaron ningún tipo de actividad física, fueron revascularizados en un periodo mayor de seis meses. Quienes refirieron realizar actividad y ejercicio aproximadamente el 82% se encuentran en igual categoría de tiempo.

Gráfico N° 13

Distribución de la población según Actividad y Ejercicio y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca.

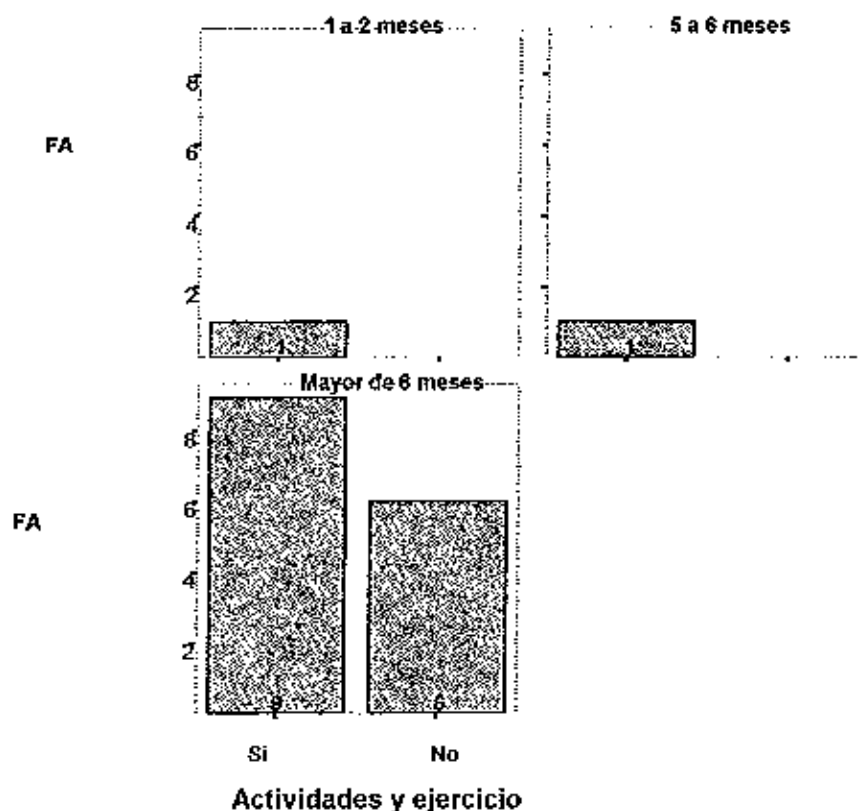


Tabla N° 14

Distribución de la población según percepción de su Salud General.

Salud General	Frecuencia	Porcentaje
Regular	4	23
Buena	11	65
Excelente	2	12
Total	17	100

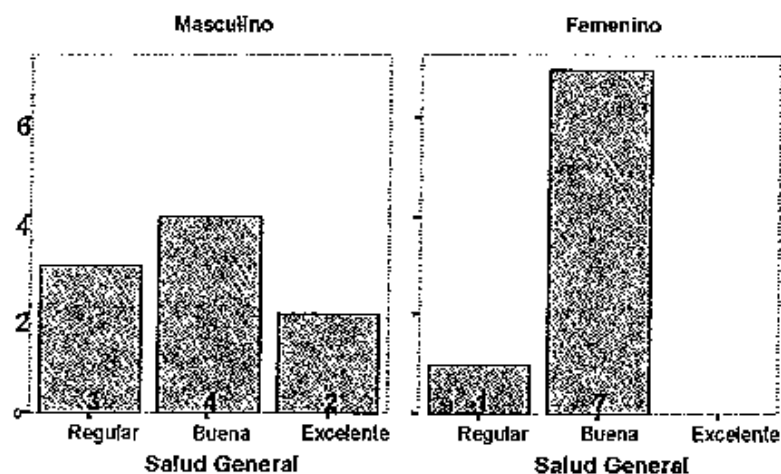
Se observa que el 65% de los encuestados percibe su salud general como "Buena", lo cual era esperado por el grupo investigador; dado que cuando se plantea mediante la cirugía de revascularización coronaria mejorar la capacidad funcional del individuo, y por ende su calidad de vida, se espera que éste perciba su estado de salud como "buena" o categorías superiores.

Tabla N° 15
Distribución de la población según Salud General percibida y Sexo.

		Salud General					
		Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	
Sexo	Masculino	0	3 (33,3%)	4 (44,4%)	0	2 (22,2%)	9 (100%)
	Femenino	0	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0	8 (100%)	
	Total	0	4	11	0	2	17

En cuanto a la percepción del estado de salud general en relación al sexo, se destaca que ambos grupos refirieron buena salud general, siendo el grupo de las mujeres quienes presentaron mejores resultados (60%).

Gráfico N° 15
Distribución de la población según Salud General y Sexo.



Según Hederle Valero, C, en su artículo "Atención Primaria. Indicadores de Calidad de Vida. Un estudio de crónicos."²¹, señala que la percepción del estado de salud depende de múltiples factores, entre ellos la edad y el sexo. Este último ha sido consignado por tal motivo en esta investigación como una variable de interés al momento de describir las características de la población. Se destaca que la misma se encuentra dividida en dos grupos, los hombres y las mujeres, siendo este último grupo quien percibió mejor su estado de salud general, en relación al segundo.

Tabla N° 16
Distribución de la población según Salud General y Edad.

		Salud General					
		Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	
Edad (años)	36-64	0	0	4 (67%)	0	2 (33,3%)	6 (100%)
	≥65	0	4 (36%)	7 (64%)	0	0	11 (100%)
	Total	0	4	11	0	2	17 (100%)

En el funcionamiento de los patrones de salud influyen múltiples factores entre ellos la edad, como se señaló anteriormente. Esta constituye una categoría de interés dado que en cada una de las etapas del desarrollo la persona posee ciertas características y debilidades que la hacen más o menos vulnerables, entre ellos la senectud.

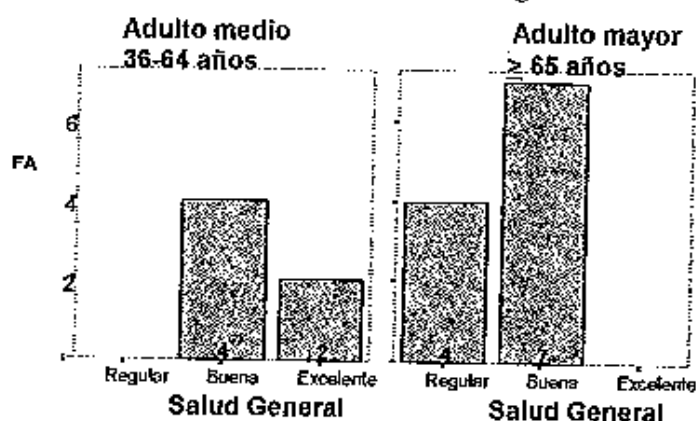
Los datos hallados muestran que la mayoría de los individuos son adultos mayores, los cuales perciben su salud general como "buena", a pesar de que teóricamente se conoce que son individuos con múltiples comorbilidades y a los cuales se les ha realizado una cirugía mayor. Este hecho guarda relación con lo que afirma la Dra. L. Schwartzmann que el aumento de la longevidad obliga a considerar los resultados en salud en términos no meramente de vivir más, sino también de vivir mejor.

Según indica la tabla, del total de encuestados, el 65% son adultos mayores y el 35% restante adultos medios. Ambos grupos afirman que su salud general es buena para la mayoría de ellos. Los datos fueron comparados mediante frecuencias relativas debido a la diferencia de tamaños de ambos grupos.

Se destaca que los adultos medios perciben mejor su estado de salud general en relación al grupo de los adultos mayores.

Gráfico N° 16

Distribución de la población según Salud General y Edad.



La representación gráfica muestra dos grupos etarios de diferente tamaño, de los cuales, los adultos mayores representan a la mayoría. En ambos grupos predomina la percepción de buena salud general. La percepción de salud general excelente se observó en forma exclusiva en el grupo de adultos medios.

Tabla N° 17
Distribución de la población según Salud General y Nivel de Instrucción.

		Salud General					
		Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	
Nivel de Instrucción	Primaria Incompleta	0	2 (40%)	1 (20%)	0	2 (40%)	5 (100%)
	Primaria Completa	0	1 (14%)	6 (86%)	0	0	7 (100%)
	Secundaria Incompleta	0	1 (25%)	3 (75%)	0	0	4 (100%)
	Secundaria Completa	0	0	1	0	0	1 (100%)
	Total	0	4	10	0	2	17

El mayor porcentaje de individuos encuestados (41%) tiene como nivel de instrucción primaria completa. De éstos, el 86% percibió Buena salud general. Recordando lo expuesto anteriormente por Hederle, C. (1991) en relación a la percepción de la calidad de vida, ésta depende de variables tales como sexo y edad, así como también del nivel de instrucción de los individuos. En este estudio se destaca que la mayoría de los individuos encuestados presentaron nivel primario de escolarización, y percibieron su salud general como buena. No se observó diferencias significativas en cuanto al nivel secundario de instrucción, donde la mayoría también percibió su salud general como buena. De ello podemos decir entonces, que para los diferentes niveles de instrucción (primario y secundario, sin discriminar en completo o incompleto) la población encuestada percibió en su mayoría buena salud general al momento del estudio.

Gráfico N° 17

Distribución de la población según Salud General y Nivel de Instrucción.

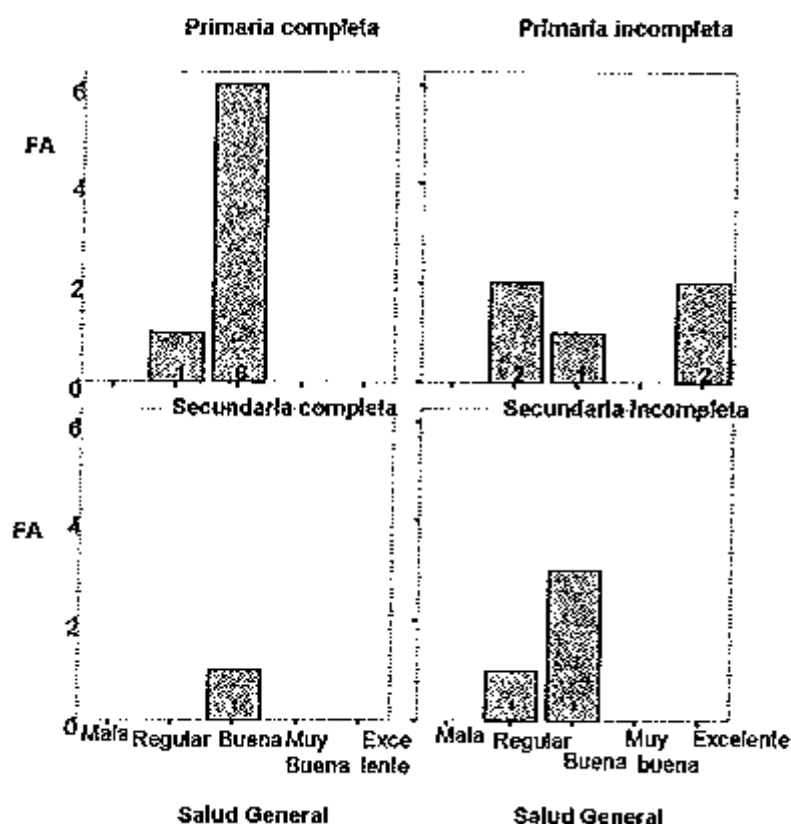


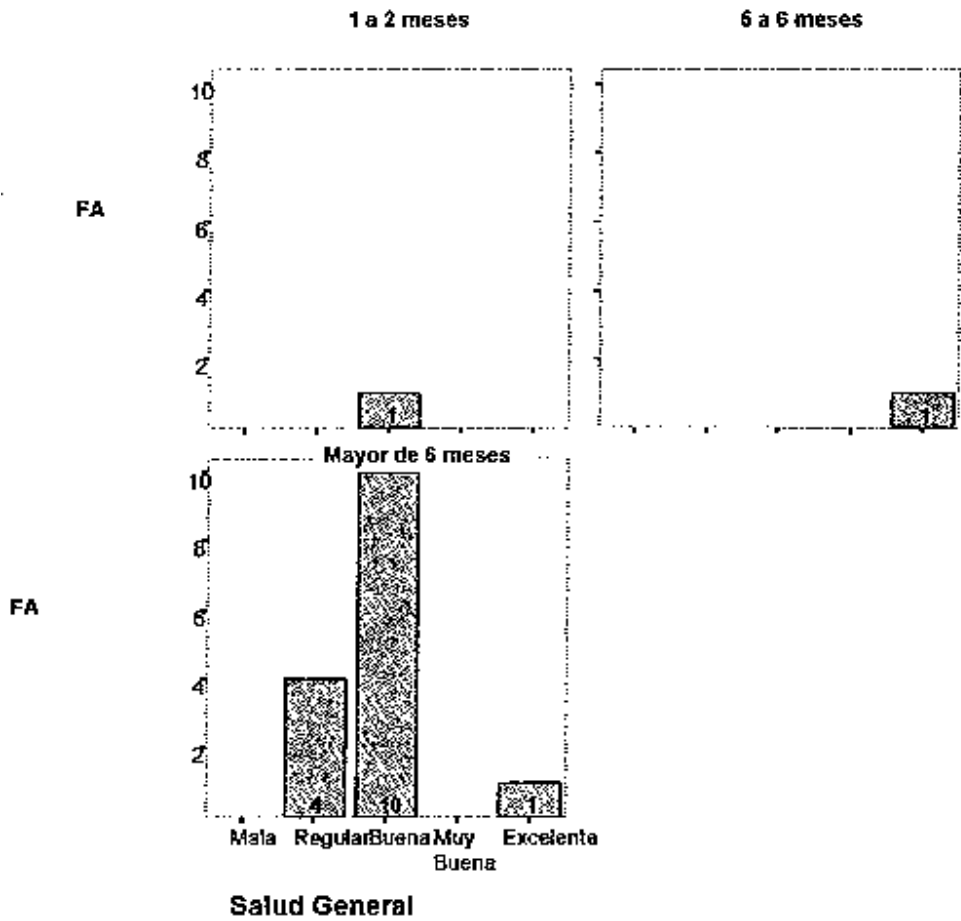
Tabla N° 18

Distribución de la población según Salud General y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca

		Salud General					
		Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	
Tiempo transcurrido luego de la cirugía cardiaca	1 a 2 meses	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)
	5 a 6 meses	0	0	0	0	1 (100%)	1
	Mayor a 6 meses	0	4 (27%)	10 (67%)	0	1 (7%)	15
	Total	0	4	11	0	2	17

Casi el 90 % de la población fue encuestada cuando cursaba un período de tiempo mayor a 6 meses de la intervención quirúrgica. De éstos, aproximadamente el 74 % percibió que su salud general era buena y categorías superiores a ésta. Se destaca a diferentes tiempos luego de la cirugía individuos perciben su salud general como “buena” e incluso “excelente”, existiendo un 27% de los revascularizados hace más de 6 meses que perciben su salud general “regular”.

Gráfico N° 18
Distribución de la población según Salud General y Tiempo transcurrido
luego de la realizada la cirugía



Si tenemos en cuenta que la percepción de los individuos respecto de su estado de salud, se relaciona con el grado de satisfacción que tienen con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, etc., donde se producen interacciones continuas entre el individuo y su medio ambiente, incidiendo negativamente sucesos vitales estresantes como ser la propia enfermedad, es de esperar que todos estos factores influyeran en la percepción de la salud general, presentando la mayoría de los individuos una salud general buena, e incluso excelente en las diferentes etapas luego del post operatorio.

Tabla N° 19
Distribución de la población según Salud General y Actividad Sexual.

		Actividad Sexual			
		Satisfactoria	Insatisfactoria	No posee	
Salud General	Regular	0	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)
	Buena	2 (18%)	4 (36%)	5 (45%)	11 (100%)
	Excelente	1 (50%)	0	1 (50%)	2 (100%)
	Total	3	5	9	17

La tabla muestra que un 36% percibió buena salud general refiriendo que su actividad sexual era insatisfactoria. El 45% de quienes presentaron buena salud general refirieron no poseer actividad sexual. Sólo el 18% de los mismos, poseen actividad sexual satisfactoria.

No se indagaron las razones por las cuales la actividad sexual fue insatisfactoria o no poseían al momento del corte, aunque hubiese sido interesante conocer los factores que influyeron en los resultados obtenidos dado que existirían múltiples causas que condicionaran a esta situación, entre ellas podría encontrarse las inherentes al acto quirúrgico o derivadas del mismo. Se conoce además que una multiplicidad de factores podrían influir en este patrón²².

Gráfico N° 19
Distribución de la población según Salud General y Actividad Sexual.

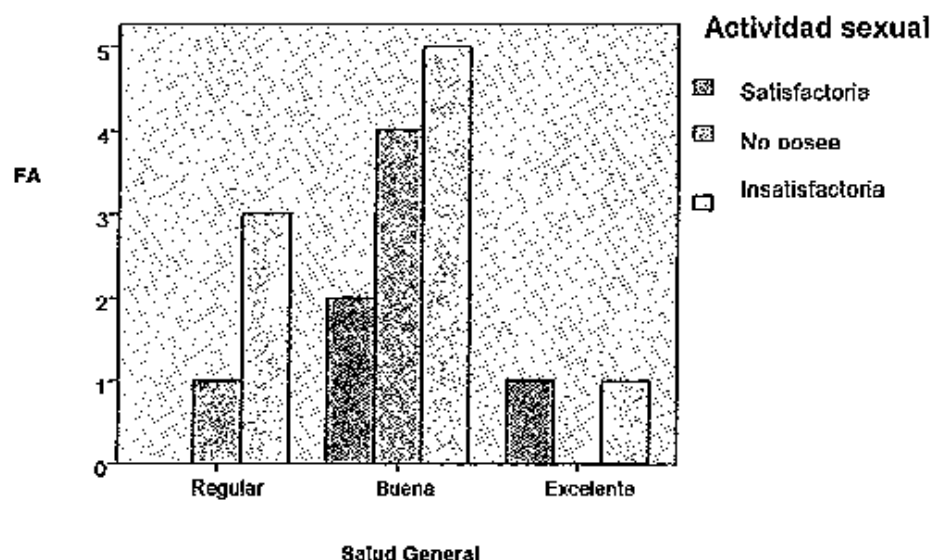


Tabla N ° 20
Distribución de la población según limitación para la realización de esfuerzos moderados

Limitación para la realización de esfuerzos Moderados	Frecuencia	Porcentaje
Sí, limita mucho	4	23,5
Sí, limita un poco	8	47,1
No, no limita nada	5	29,4
Total	17	100

El mayor porcentaje de encuestados presentó poca limitación frente a la realización de esfuerzos moderados tales como, mover una mesa, pasar aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora, etc.

Tabla N ° 21
Distribución de la población según Salud General y limitación frente a la realización de esfuerzos Moderados.

		Esfuerzos Moderados			
		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no limita nada	
Salud General	Regular	1 (25%)	1 (12,5%)	2 (40%)	4
	Buena	3 (75%)	7 (87,5%)	1 (20%)	11
	Excelente	0	0	2 (40%)	2
	Total:	4 (100%)	8 (100%)	5 (100%)	17

En este estudio observamos que el 47% de los encuestados presentaron poca limitación frente a esfuerzos moderados, donde la mayoría de estos (87,5%) refirió tener buena salud general. Un 29% refirió no presentar ningún tipo de limitación para la realización de dichos esfuerzos. El 75% de quienes presentaron mucha limitación (23%), refirió que su salud general era buena. Según Leplège y Hunt (1998)²³ existen evidencias de que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena.

Gráfico N° 21

Distribución de la población según Salud General y limitación frente a la realización de esfuerzos Moderados.

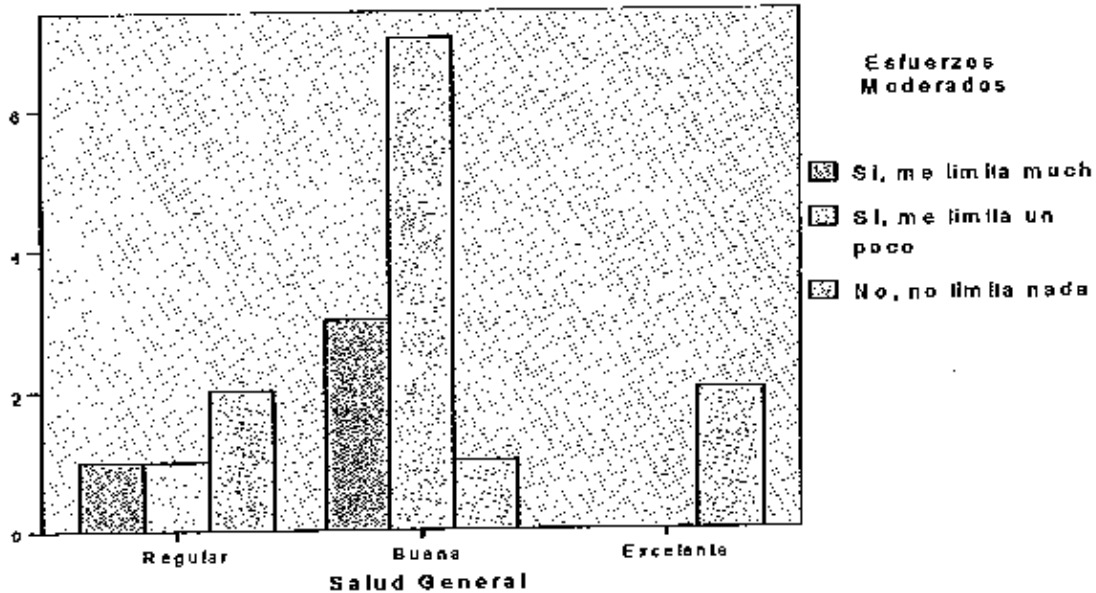


Tabla N° 22

Distribución de la población según limitación frente a la realización de Esfuerzos moderados y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca

		Esfuerzos Moderados			
		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no limita nada	
Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca	1 a 2 meses	0	1 (12,5%)	1 (20%)	2
	5 a 6 meses	0	0	0	0
	Mayor de 6 meses	4 (100%)	7 (87,5%)	4 (80%)	15
	Totales:	4 (100%)	8 (100%)	5 (100%)	17

Para la categoría mayor de 6 meses, se observa una diferencia de las proporciones de dicha variable en relación con los diferentes estratos de la variable esfuerzos moderados. Correspondiéndose el porcentaje más alto (47%) a los que presentaron poca limitación; seguido de un 27% aprox. a los cuales les limita mucho y el 27% restante refirieron no presentar ninguna limitación. Ésta distribución nos indica que luego de la cirugía, la mayoría de los pacientes logran realizar las actividades de la vida diaria con una mejora clínica de la capacidad funcional, permitiendo controlar su entorno físico más inmediato. Además es un buen indicador del estado emocional de la persona ²⁴.

Gráfico N° 22

Distribución de la población según limitación frente a la realización de Esfuerzos moderados y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca

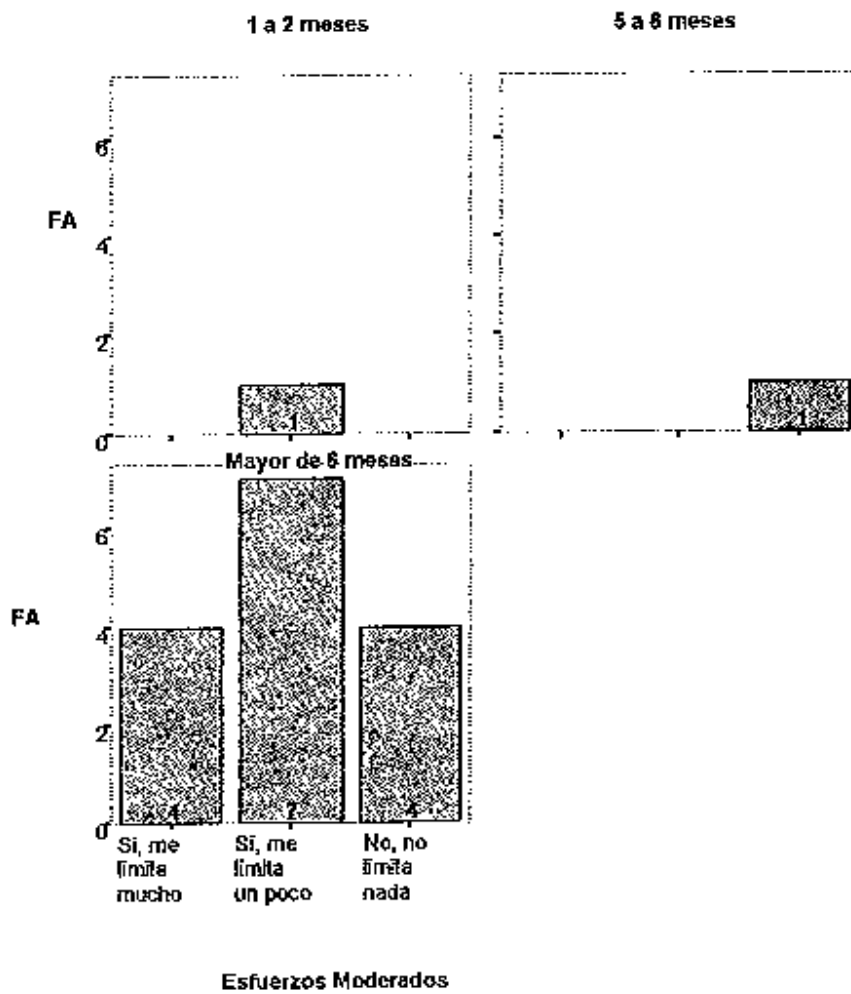


Tabla N° 23

Distribución de la población según limitación para subir Varios Pisos.

Limitación para subir varios pisos	Frecuencia	Porcentaje
Si, limita mucho	5	29,4
Si, limita un poco	8	47,1
No, no limita nada	4	23,5
Total	17	100

Al mayor porcentaje de encuestados su salud física le ofreció poca limitación frente a la realización de mayores esfuerzos tales como subir varios pisos por escalera.

Tabla N° 24
Distribución de la población según Salud General y limitación
para subir varios pisos

		Varios Pisos			
		Sí, limita mucho	Sí, limita un poco	No, no limita nada	
Salud General	Regular	1 (20%)	2 (25%)	1 (25%)	4
	Buena	4 (80%)	6 (75%)	1 (25%)	11
	Excelente	0	0	2 (50%)	2
	Total:	5 (100%)	8 (100%)	4 (100%)	17

En éste tabla puede apreciarse que los individuos que perciben su salud general como buena (65%), expresaron frente a la acción de subir varios pisos, poca o mucha limitación. Identificándonos con la visión de Leplège y Hunt (1998), citada anteriormente.

Gráfico N° 24
Distribución de la población según Salud General y limitación
para subir varios pisos

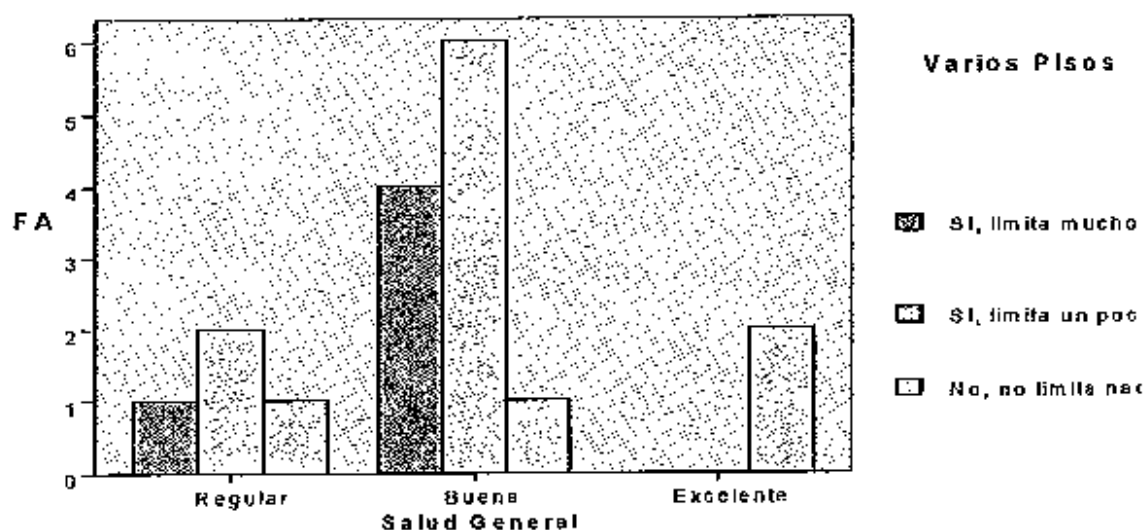


Tabla N° 25
Distribución de la población según limitación a subir Varios Pisos por escalera y
Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca

		Varios Pisos			
		Sí, limita mucho	Sí, limita un poco	No, no limita nada	
Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía	1 a 2 meses	0	1 (12,5%)	0	1
	5 a 6 meses	0	0	1 (25%)	1
	Mayor de 6 meses	5 (100%)	7 (87,5%)	3 (75%)	15
	Total:	5 (100%)	8 (100%)	4 (100%)	17

Para la variable limitación a subir varios pisos por escalera ocurre similar comportamiento que para la variable limitación frente a esfuerzos moderados para igual etapa de tiempo transcurrido luego de la cirugía.

Se destaca que del total de encuestados que afirman no presentar ningún tipo de limitación, el 75% fueron revascularizados en un período de tiempo mayor a seis meses.

Gráfico N° 25
Distribución de la población según limitación a subir Varios Pisos por escalera y Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardiaca

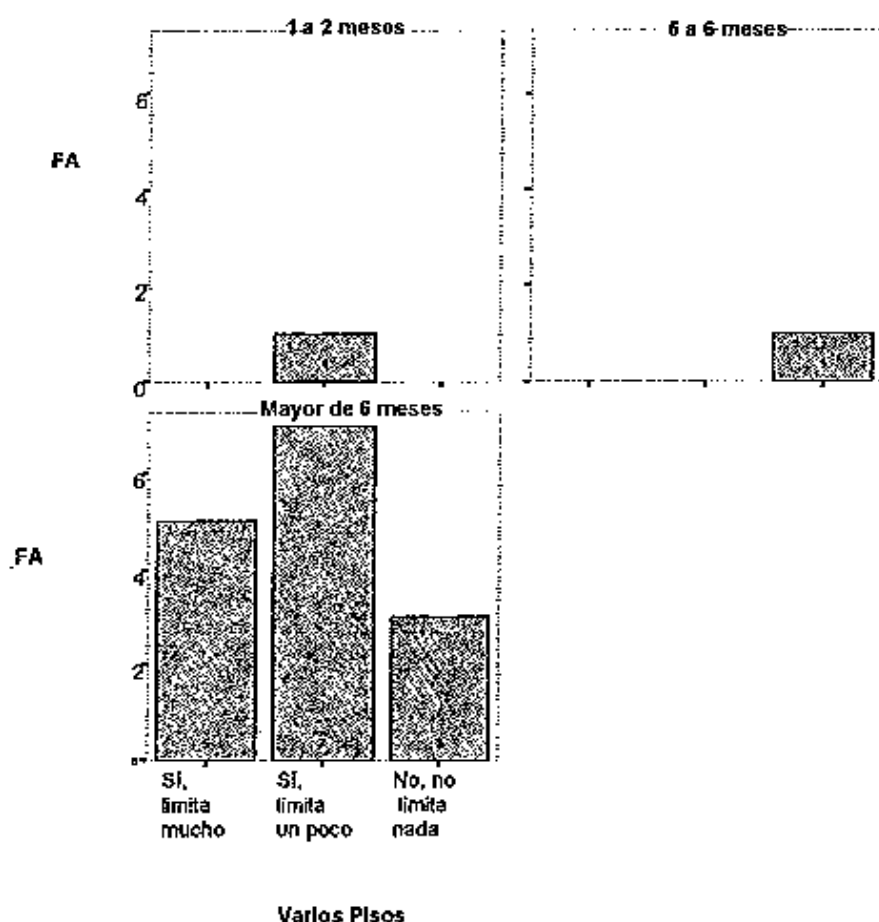


Tabla N° 26
Distribución de la población según Menos de lo deseado a causa de su salud física.

Menos de lo deseado a causa de su salud física	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	41
No	10	59
Total	17	100

Es esperable que la mayoría de los individuos no hubiera realizado menos de lo deseado a causa de su salud física dada la poca limitación manifiesta frente a esfuerzos moderados. Cabe destacar la existencia de un porcentaje del 41% quienes relatan haber realizado menos de lo deseado a causa de su salud física.

Tabla N° 27
Distribución de la población según Dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física.

Dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	53
No	8	47
Total	17	100

No se observaron diferencias en relación con el resultado obtenido en las categorías que conforman a la variable mencionada.

Impresiona la proporción de usuarios que dejan de realizar tareas a causa de su salud física, dado que la mayoría de los encuestados refirieron una buena salud general y poca limitación frente a la realización de esfuerzos moderados y mayores esfuerzos.

Tabla N° 28
Distribución de la población según Menos de lo deseado a causa de algún problema emocional.

Menos de lo deseado a causa de algún problema emocional	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	29
No	12	71
Total	17	100

La existencia de redes de apoyo a nivel social y familiar le permiten a los individuos oficiar de soporte emocional; por ende el porcentaje encontrado de estos, que no realizan menos de lo deseado a causa de algún problema emocional es esperable ya que se enmarcan en el establecimiento de redes familiares y sociales efectivas. Éstas constituyen un elemento básico para la satisfacción de cualquier actividad personal, laboral o social, según sostiene Callista Roy (1993)²⁵.

Tabla N° 29
Distribución de la población según Realización de actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional.

Realización de actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	18
No	14	82
Total	17	100

La mayor proporción de los individuos encuestados refirieron no realizar las actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional. Se destaca que la información obtenida presenta inconsistencias dado que la mayoría de los encuestados refirió no presentar problemas emocionales, y aquí se evidencia que existe un amplio número de individuos que no realizaron sus actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de la existencia de un problema emocional.

Tabla N° 30
Distribución de la población según dolor dificulta trabajo.

Hasta que punto el dolor dificulta su trabajo habitual	Frecuencia	Porcentaje
Bastante	5	29
Regular	1	6
Un poco	2	12
Nada	9	53
Total	17	100

Más del 50% de los encuestados refirieron que el dolor en nada les ha dificultado su trabajo habitual fuera de la casa y actividades domésticas. Existe un porcentaje a señalar de individuos (29%) a los cuales el dolor les dificultó bastante la realización de su trabajo habitual. No se indagaron las causas de la presencia de dolor en los encuestados, pudiendo estar asociado con el acto quirúrgico o con factores ajenos a éste según los autores consultados en relación al tema.

Tabla N° 31
Distribución de la población según tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo.

Tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6
Muchas veces	5	29
Solo alguna vez	4	24
Nunca	7	41
Total	17	100

La mayoría de los individuos (41%) nunca han permanecido calmados y tranquilos luego de haber sido revascularizados. Esto puede deberse a múltiples factores entre ellos el medio ambiente social, familiar, laboral, etc., como se establece en la bibliografía consultada. Los diferentes autores citados coinciden en la idea de que el entorno puede influir positiva o negativamente en el estado anímico, y este último puede condicionar a la autosatisfacción e influir en el estado de salud. Es por eso que podemos decir que puede condicionar la percepción que éste tenga de su calidad de vida.

Tabla N° 32
Distribución de la población según tiempo que ha tenido mucha energía.

Tiempo que ha tenido mucha energía	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	6
Solo alguna vez	1	6
Algunas veces	5	29
Casi siempre	2	12
Siempre	8	47
Total	17	100

El 47% de los encuestados siempre ha permanecido con mucha energía, mientras que el 29% algunas veces. De acuerdo con el tiempo que ha permanecido con mucha energía para realizar aquellas actividades consideradas por ellos como importantes, se verá influenciada la percepción que tenga el individuo sobre su estado de salud actual, donde se requiere consumo de energía para llevar a término dichas actividades.

Tabla N° 33
Distribución de la población según tiempo que ha permanecido desanimado y triste.

Tiempo que ha permanecido desanimado y Triste	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	18
Casi siempre	1	6
Muchas veces	1	6
Algunas veces	5	29
Solo alguna vez	3	18
Nunca	4	23
Total	17	100

La mayoría de la población encuestada refirió permanecer desanimado y triste algunas veces o nunca, lo cual podemos asociarlo con el apoyo familiar y social percibido por estos, dado que se obtuvieron buenas puntuaciones en estas dos variables para la mayoría de la población encuestada. Este apoyo oficia de red de soporte frente a las diferentes situaciones por las cuales atraviese, fortaleciendo su autoestima (percepción de cómo se siente uno consigo mismo).

Tabla N° 34
Distribución de la población según frecuencia con que su salud física o problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.

Frecuencia con que su salud física o problemas emocionales le ha dificultado sus actividades sociales	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	17
Casi siempre	2	12
Algunas veces	1	6
Solo alguna vez	1	6
Nunca	10	59
Total	17	100

En cuanto a la realización de las actividades sociales, al 60 % del grupo de encuestados aproximadamente nunca su salud física o problemas emocionales les han dificultado la realización de dichas actividades.

Esto es visto como positivo, dado que como se mencionó anteriormente el establecimiento de vínculos sociales satisfactorios actúan como redes de soporte social. Lo cual contribuiría a que los individuos pudieran percibir su estado de salud en forma satisfactoria, afectando la percepción de su calidad de vida, junto con otros elementos

que tienen influencia sobre ella (contexto cultural, sistema de valores en los que vive, objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones del propio individuo.)²⁶.

Conclusiones:

- La totalidad de usuarios encuestados fue de 17, en su mayoría hombres, con una media de edad de 66 años (desvío estándar de 0.5), nivel primario de escolaridad, desvinculación laboral (jubilados) y tiempo transcurrido luego de la intervención quirúrgica mayor de 6 meses (desvío de 1 año).
- Las variables con mejores resultados fueron: la percepción del estado de salud general, donde fue percibido como bueno por la mayoría de los encuestados (65%); el haber realizado menos de lo deseado a causa de su salud física, donde el 59% no realizó menos de lo deseado. El 71% no hizo menos de lo deseado a causa de un problema emocional. El dolor ha dificultado un poco o nada el trabajo habitual al 65% de los encuestados. Otra de las variables con mejor puntuación fue el tiempo que han permanecido con mucha energía, donde el 47% ha permanecido siempre y el 12% casi siempre. El 59% refirió que nunca los problemas emocionales o su salud física han interferido en sus actividades sociales.
- En cuanto a la realización de actividad y ejercicio, los hombres, jubilados, revascularizados hace más de 6 meses, fueron quienes percibieron mejores resultados en relación al sexo femenino, donde el 73% de los hombres realiza algún tipo de actividad física.
- La mayoría de los encuestados poseen redes de soporte familiar y social, evidenciado por el 94% del total de encuestados quienes refirieron presentar relaciones familiares satisfactorias, y un 88% relaciones sociales satisfactorias.
- El 76,5% expresó no presentar alteraciones en el patrón de sueño y descanso.
- Las variables más afectadas correspondieron a: La presencia de limitaciones ante la realización de esfuerzos moderados y mayores esfuerzos, donde la mayoría de los individuos habían sido intervenidos hace más de 6 meses.
- La actividad sexual ha sido una de las más afectadas, donde los peores resultados los obtuvieron las mujeres mayores de 65 años revascularizadas hace más de 6 meses.
- Se destaca que el 82 % no realizó su trabajo de forma tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional, lo cual indicaría la existencia

de variables espúreas, dado que la mayoría refirió no presentar problemas emocionales.

- Otra de las variables que mostró peores resultados fue “calmado y tranquilo”, donde solo el 6% del total de encuestados permaneció calmado y tranquilo siempre.

- En cuanto al alcance de los objetivos planteados en el proyecto de investigación se destaca el logro de los mismos en su totalidad, surgiendo la necesidad de elaborar nuevos objetivos específicos durante el análisis de los datos, dado que éstos últimos permitieron el procesamiento de la información en mayor profundidad. Esto contribuyó en el logro de un mayor alcance del objetivo general.

- Existiendo durante la ejecución algunos vacíos en relación a la medición de determinadas variables, las cuales de haber sido incluidas previamente hubieran permitido un mayor enriquecimiento de la investigación. Dentro de estas variables se destacan: el estado civil, síntomas clínicos, nivel de independencia, causas de insatisfacción sexual, así como también las causas de inactividad física.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Schartzmann, L. Ciencia y Enfermería: Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos Conceptuales. Uruguay, 2003, v. 2. p.3
- ² Schartzmann, L. Ciencia y Enfermería: Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos Conceptuales. Uruguay, 2003, v. 2.
- ³ Schartzmann, L. Op. cit.
- ⁴ Artículo: "¿Sabe usted que es "Calidad de Vida"?". Daniel F. Mayo 2006. [http:// www.cardtranenfacs.org.ar](http://www.cardtranenfacs.org.ar).
- ⁵ Daniel F. Op. cit. p 2.
- ⁶ Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Octubre de 2003 Instituto Nacional de Estadística
- ⁷ Hederle Valero, C. Revista de Enfermería ROL: Atención Primaria. Indicadores de Calidad de Vida. Un estudio de crónicos. Febrero 1991. Número 150. p 15.
- ⁸ Curto, S. ; Prats, O. ; Ayestarán, R. "Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay".Revista Médica del Uruguay. Vol 20. Nº 1. 2004.
- ⁹ Schartzmann, L. Op. cit.
- ¹⁰ Schartzmann, L. Op. cit. p.6
- ¹¹ Schartzmann, L. Op. cit. p.6
- ¹² Schartzmann, L. Op. cit. p.6
- ¹³ Daniel F. Mayo 2006. Op. cit. p.4
- ¹⁴ Daniel F. Mayo 2006. Op. cit. p.2
- ¹⁵ Daniel F. Mayo 2006. Op. cit. p.2
- ¹⁶ Schartzmann, L. Op. cit. p.12
- ¹⁷ Schartzmann, L. Op. cit. p.10
- ¹⁸ Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. Op. cit.
- ¹⁹ Artículo "Programa de Seguimiento Cirugía de Revascularización Coronaria". Gambogi, R. Debenediti, A. Publicado por Fondo Nacional de Recursos Agosto 2003. [http:// www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy).
- ²⁰ Fornés Vives, J; Carballeda Balsa, M^a.: Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001. p 91.

²¹ Hederle Valero, C. *Op. cit.*

²² Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^a *Op. cit.* p 98-99.

²³ Schartzmann, L. *Op. cit.* p.13.

²⁴ Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^a. *Op cit.* p 63.

²⁵ Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^a. *Op. cit.* p 91.

²⁶ Daniel F. *Op. Cit.* p 4.

Bibliografía

- Alpert, J; Francis, G. Rehabilitación y curso ulterior de los pacientes después de salir del hospital. En: Alpert, J; Francis, G. Manual de cuidados coronarios. 5ª ed. Barcelona: Masson; 1995. p 195 – 198
- Armenta Galán, J. Mejora de la calidad de vida de personas colostomizadas con métodos continentales. Revista de Enfermería Rol, 1999; 22 (1): 17-18.
- Boden, W; Capone, R. Rehabilitación cardíaca. En: Boden, W; Capone, R. Cuidados coronarios. Madrid: Interamericana; 1985. p 211-215.
- Canobbio, M. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Trastornos cardiovasculares. Barcelona: Doyma; 1993. p 73 y p 231.
- Colección de enfermería Nursing Review 3. Problemas cardiovasculares. Barcelona: Masson S.A; 1991. p 27-88.
- Cuixart, C. Monografías clínicas en atención primaria. Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Barcelona: Ediciones Doyma S.A; 1991
- Desmond, J. Cardiopatía Isquémica. En: Desmond, J. Cardiología. Barcelona: Doyma; 1990. p 140-149.
- Escornia, E; Tenorio, M. Enfermedad cardíaca isquémica. En: Vélez, H; Rojas, W, Barrero, J. et. al. Fundamentos de medicina. 5ª ed. Medellín: Mario Montoya Toro; 1997. p 273-297.
- Fornés Vives, J; Carballal Balsa, Mª; Gordon, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001.
- Giménez Navascués, L; La Fuente Mateo, D; Hernández Romero, B, et. al. Ancianos: Calidad de vida y necesidades básicas. Revista de Enfermería Rol, 1999; 22 (11): 473-475.
- Heierle Balero, C. Indicadores de calidad de vida. Un estudio de crónicos. Revista de Enfermería Rol, 1991; 14 (150): 13-17.
- Hyett, J. Cuidados postoperatorios a un paciente intervenido de revascularización coronaria. Revista Nursing, 2005; 23 (5): 18-20.
- Ignatavicius, D; Varner Bayne, M. Enfermería médico-quirúrgica. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1995. p 2309-2324.
- Long, B; Phipps, W; Cassemeyer, V. Cirugía cardíaca para la isquemia de miocardio. En: Long, B; Phipps, W; Cassemeyer, V. Enfermería médico-quirúrgica. 3ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1997. p 683-697.
- Mario, H; Jaramillo, U. Rehabilitación cardíaca. En: Vélez, H; Rojas, W, Barrero, J. et. al. Fundamentos de medicina. 5ª ed. Medellín: Mario Montoya Toro; 1997. p 427-436.

- Michans, R. Juan. Patología Quirúrgica. Buenos Aires: El Atenco; 1987. p 449 – 452
- Nogué Aliguer, M; Saigi Grau, E; Cuadras Lacasa, M, et. al. Índice de Karnofsky para medir la calidad de vida. Revista de enfermería Rol, 1998; 21 (233): 18-22.
- Ordoñez Ortigoza, E; Creus L.Lorens, G; Avina Vergara, M. Cirugía extracorpórea coronaria: Estudio sobre la calidad de vida. Revista de enfermería Rol, 2001; 24 (7-8): 497-501.
- Oto Cavero, I; Arque Blanco, M; Borrachina Belles, J. Enfermería medico-quirúrgica. Barcelona: Salvat Editorcs S.A; 1990. p 199-212.
- Pineda, B; Alvarado, F; Canales, F. Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p 1 – 200.
- Polit, D; Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México.D.F: McGraw – Hill Interamericana; 2000.
- Pont Rivas, A; Granollers Mercader, S. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. Revista de Enfermería Rol, 1992; 15 (165): 21-24.
- Renou, P. Patología del corazón y de los vasos. En: Renou, P. Cuadernos de la enfermera. Aparato cardiovascular. Barcelona: Toray-Masson S.A; 1980. p 93-102.
- Rulliere, R. Cardiopatías isquémicas. En: Rulliere, R. Manual de cardiología. Barcelona: Toray-Masson S.A; 1974. p 117-119.
- Swearinger, P. Enfermería médico-quirúrgica. Guías profesionales de enfermería. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p 23-27

Sugerencias

- Realizar el estudio de CVRS aplicando como instrumento el SF-36, debido a que éste permite obtener una mayor precisión para investigaciones en donde el universo es menor a 500 participantes.
- Comparar las mediciones de CVRS en usuarios que se asisten en el subsector público y privado, dado que permitiría identificar las diferentes variables que estarían influyendo en la percepción del estado de salud, de acuerdo con las distintas características constituyentes de ambos grupos poblacionales.
- Aplicar además del SF- 36 una escala de depresión y de síntomas clínicos para conocer como éstas variables pueden influir en la percepción de la calidad de vida. Una visión pragmática de la CVRS en la práctica clínica debería incluir una escala de síntomas clínicos.²⁷

Si se aplicara ésta medida en la práctica clínica, sería deseable evaluar el nivel de independencia de los participantes dado que las enfermedades crónicas pueden afectar radicalmente la vida de las personas que la padecen alterando no sólo la salud física sino el nivel de independencia.²⁸

- Aplicar a nivel clínica la evaluación de la CVRS en conjunto con la medición del nivel de satisfacción de los usuarios, ya que ambos son indicadores de resultado de la evaluación de la calidad asistencial

Anexos

Anexo N° 1

Protocolo de investigación:

**Calidad de vida en usuarios
revascularizados coronarios
que se asisten en consulta externa
de un hospital del subsector público**

*Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento de Salud del Adulto y el Anciano*

**Calidad de vida en usuarios
revascularizados coronarios
que se asisten en consulta externa
de un hospital del subsector público**

Tutoras:

Prof. Agdo. (S) Lic. Enf. Alicia Bracco.
Prof. Adj. Q. F. Rosa Eiraldi.

Montevideo, 8 de noviembre de 2006.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	4
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
III. OBJETIVOS	7
III. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.	8
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
2. ÁREA DE ESTUDIO	28
3. UNIVERSO Y MUESTRA	28
4. DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	28
5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
a) Autorizaciones.	36
b) Proceso.	36
c) Tiempo y Cronograma de Actividades	37
d) Recursos	37
e) Presupuesto	38
VI. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	39
REFERENCIAS	46
BIBLIOGRAFÍA	28

Anexo N° 1: Cuestionario de salud SF-12

Anexo N° 2: Cuestionario de caracterización de la población

Anexo N° 3: Información Estadística de Producción, año 2005.

Anexo N° 4: Caracterización de la población usuaria de consulta externa de la Policlínica de Cardiología, año 2005

Anexo N° 5: Entrevista a Lic. en Eaf, Marta Dafond.

Anexo N° 6: Solicitud de autorización al Dpto. de Enfermería.

L Introducción

El proyecto de investigación se plantea dar respuesta al siguiente problema de investigación: ¿Cómo es la calidad de vida de los individuos mayores a 35 años revascularizados coronarios a partir de los 30 días de intervenidos quirúrgicamente que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006?

El objetivo de la puesta en marcha de la investigación es determinar la calidad de vida en la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria a través de la cuantificación del estado de salud, mediante la aplicación de un cuestionario genérico (SF-12) (Anexo 1) y un cuestionario elaborado por el grupo investigador para la caracterización de la población (Anexo N° 2).

Para el desarrollo del proyecto de investigación se implementará un estudio de tipo descriptivo, de cohorte transversal.

Nuestra población objetivo está compuesta por la totalidad de los usuarios revascularizados coronarios a partir de los 30 días de intervenidos quirúrgicamente que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006.

El cuestionario de Salud SF – 12 es la adaptación realizada para España por Alonso J. y cols. del SF – 12 Health Survey. El SF – 12 (Short Form) es una versión reducida del cuestionario de salud SF – 36 diseñado para usos en los que éste sea demasiado extenso.

Está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36.

El cuestionario elaborado por el grupo investigador (“Calidad de vida en el usuario revascularizado coronario en consulta externa de un hospital del subsector público”) fue realizado sobre la base de los 11 patrones de salud descriptos por Marjory Gordon¹. Consta de 8 ítem que valoran: edad, sexo, nivel de instrucción, tiempo transcurrido

¹ Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^a; Gordon, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001.

luego de la etapa post operatoria, relaciones familiares, relaciones sociales, actividad sexual, actividades y ejercicio, y sueño y descanso.

El análisis estadístico para las variables de distribución continua se hará a través de medidas de resumen (media y mediana) y de dispersión (desviación tipo y valores extremos). Las variables cualitativas se analizarán mediante tablas de frecuencias.

Respecto al cuestionario SF-12 se realizará una descripción por dimensiones. Se determinará frecuencia absoluta y frecuencia porcentual.

II. Planteamiento del Problema

¿Cómo es la calidad de vida de los individuos mayores de 35 años revascularizados coronarios a partir de los 30 días de intervenidos quirúrgicamente que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público en el período noviembre-diciembre de 2006?

Objetivos

Objetivo General:

Conocer la calidad de vida percibida por la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria que se asiste en la consulta externa de un hospital del subsector público a través de la cuantificación de estado de salud durante el período noviembre-diciembre de 2006.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población usuaria en base a las siguientes variables: Edad, Sexo, Nivel de instrucción, Tiempo transcurrido luego de la etapa postoperatoria, Relaciones familiares, Relaciones sociales, Actividad sexual, Actividades y ejercicio, y Sueño y descanso mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el grupo de investigadores para tal fin.
2. Aplicar el cuestionario de salud SF-12 ("Short Form-12") al momento del corte.
3. Describir la población en base a las siguientes variables: Salud General, Limitación para la realización de esfuerzos moderados, Limitación para subir varios pisos, menos de lo deseado a causa de su salud física, Dejar de hacer algunas tareas a causa de su salud física, Menos de lo deseado a causa de algún problema emocional, Realización de actividades tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional, Dolor, Tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo, Tiempo en que ha permanecido con mucha energía, Tiempo que ha permanecido desanimado y triste, y con qué frecuencia los problemas emocionales o su salud física han dificultado sus actividades sociales.

III. Importancia del Problema.

Si bien el tema de calidad de vida tiene sus antecedentes en la época de los antiguos griegos (Aristóteles), es a partir de la década de los 90 cuando este concepto adquiere relevancia en el campo de la salud. Desde entonces, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud ha logrado atraer la atención de investigadores, intentando estudiar con profundidad la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los individuos respecto de su bienestar.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el avance de la tecnología, sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, dejando de lado en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no solo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar, incorporando la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria e innovadora en las evaluaciones de la calidad de los servicios de salud (Guyatt, G. H. ; Feeny, D. H. , Patrick, D. , 1993).

La toma de decisiones en el sector salud por ende, deberá considerar los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), y los costos, así como debería tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del usuario.

El concepto "calidad de vida" es difícil de definir y medir, principalmente porque se trata de un concepto dinámico, en donde cada individuo va modificando y adaptando una serie de factores inherentes al medio ambiente social y a la propia condición de ser humano (Alonso, J.; Schwartzmann, I.; Pecci, C. 2006).

Un aspecto relevante al momento de evaluar "calidad de vida", es la apreciación subjetiva del individuo respecto a su nivel de bienestar. Esto nos lleva a pensar que el término salud-enfermedad no solo puede ser medido por parámetros objetivos, sino que es importante también tener en cuenta otros factores, como el estado anímico y la actitud con la cual cada uno percibe y afronta las situaciones, los cuales a su vez se ven influenciados por factores culturales, sociales, económicos, políticos, familiares, la edad, etc. Estos aspectos son de máxima importancia en la vida de los seres humanos y serán los que más influyan a la hora de que los individuos evalúen su calidad de vida.

Según J. Alonso (2006) el término calidad de vida es más comprehensivo que el de estado de salud. El estado de salud afecta la calidad de vida y la calidad de vida está

influenciados por factores ajenos al ámbito de la salud pero que tienen influencia sobre ella.

La OMS (1995) define la calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones."

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, reflejados en los cambios del perfil epidemiológico de las poblaciones, junto al aumento de la longevidad, obliga a considerar los resultados en salud en términos no meramente de vivir más sino también de vivir mejor (Alonso, J.; Schwartzmann, L.; Pecci, C. 2006).

Por otro lado, la atención eficiente de las condiciones crónicas requiere el logro de la adhesión por parte de los pacientes a tratamientos de largo plazo y cambios en el comportamiento y en estilo de vida. Estos componentes tienen que ser supervisados por el equipo de salud tratante. Se torna necesario conocer por ende, la opinión de los individuos que utilizan servicios de salud, debido al avance de nuevas tecnologías capaces de prolongar la vida, así como la existencia del dilema de cantidad versus calidad de vida. Estas nuevas tecnologías médicas requieren evaluar el impacto del tratamiento sobre la salud funcional, psicológica y social de los individuos con enfermedades crónicas.

A la hora de valorar la calidad brindada por parte de los servicios sanitarios, se debe conocer los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida.

En este proceso de brindar un servicio de salud integral, las evaluaciones de la calidad de vida son las medidas de resultado que permitirán interpretar desde el punto de vista del individuo, el alcance del cumplimiento de los objetivos terapéuticos trazados; en que aspectos mejoró, en que se mantiene igual en que empeoró.

Por ser la CVRS un concepto multidimensional y colocar al paciente como eje de la evaluación, introduce cambios en el tipo de relación médico -- paciente, dejando atrás el modelo paternalista, dando renovado impulso al trabajo de equipos interdisciplinarios, que suman las competencias necesarias para responder las necesidades de los usuarios.

En la práctica la preferencia del usuario sobre su calidad de vida debe ser tenida en cuenta para tomar decisiones compartidas con él, poder monitorizar su evolución e identificar si hay necesidad de introducir cambios terapéuticos.

La Sociedad Internacional de investigación en Calidad de Vida (ISOQOL) propone en la Reunión Iberoamericana de CVRS realizada en Buenos Aires (2006), difundir en América Latina la importancia y factibilidad de incorporar la medición de Calidad de Vida, como una medida de resultado habitual, tanto en la investigación como en la práctica clínica, así como en la evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario.

El conocimiento científico sobre los aspectos que contribuyen efectivamente a la calidad de vida de las personas, permite programar acciones en salud costo – efectivas que no son gasto sino inversión. Por tal motivo se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del usuario, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de asistencia sanitaria.

Según un informe publicado por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) en su Programa de seguimiento de cirugías de revascularización,¹ la revascularización miocárdica (RVM) para la cardiopatía isquémica (CI) causada por aterosclerosis coronaria es uno de los avances más importantes de la medicina del siglo XX. Este procedimiento se realiza con el objetivo de aliviar la angina, mejorar la tolerancia al ejercicio, y aumentar la supervivencia de los pacientes con enfermedad coronaria severa.

De acuerdo con el informe de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, las afecciones cardiovasculares han venido ocupando el primer lugar entre las causas de muerte en el Uruguay a lo largo de los últimos cuarenta años, variando la proporción en los últimos diez años entre el 41% y 38% del total de defunciones.

El conjunto de todas las enfermedades isquémicas cardíacas es la causa de más de 3800 fallecimientos anuales, observándose una tendencia descendente muy moderada en el periodo 1988 – 1997.

En la década del 70 se demostró que la cirugía de RVM permitía mayor alivio de la sintomatología y mejoraba la calidad de vida en los pacientes sintomáticos comparado con el tratamiento médico exclusivo.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las áreas de investigación más extensas de la epidemiología y la salud pública, siendo un factor determinante de la calidad de vida de las personas adultas y adultas mayores (Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. 2004)².

Según la bibliografía consultada, las enfermedades cardiovasculares tienen un mayor impacto social, exceptuando aquellas regiones en las cuales la pobreza extrema y el deterioro social determinan la existencia de otras enfermedades³. Por tal motivo podemos inferir que dicho impacto, condiciona modificaciones en los hábitos y estilos de vida de los individuos, generando a su vez cambios en la calidad de vida. Esta última según un estudio realizado por Hederle, C. (1991) depende de variables como sexo, edad y nivel de instrucción.⁴ Además las enfermedades cardiovasculares son un factor determinante de la calidad de vida de las personas adultas y adultas mayores (Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. 2004).

Dada la importancia del tema y la falta de estudios publicados por profesionales de Enfermería en nuestro país al respecto, es que se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal acerca de la calidad de vida de usuarios revascularizados coronarios que se asistan en la consulta externa de un hospital del subsector público.

La línea de investigación fue una de las proporcionadas en el año 2005 por el Departamento de Salud del Adulto y el Anciano, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, con el objetivo de orientarnos en la realización del trabajo final de investigación para la obtención del título de grado. De la diversidad de líneas presentadas, la seleccionada por el grupo investigador fue la unidad temática N° 6: Rehabilitación de usuarios adultos: “Estudio sobre el cambio de comportamiento de usuarios que condicionan su vida a una nueva situación de enfermedad o dependencia general a fármacos, equipos ortésicos o protésicos”.

Calidad de vida

Si bien el tema de calidad de vida tiene sus antecedentes en la época de los antiguos griegos (Aristóteles), es a partir de la década de los 90 cuando este concepto adquiere relevancia en el campo de la salud. Desde entonces, el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud ha logrado atraer la atención de investigadores intentando estudiar con profundidad la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los individuos respecto de su bienestar.

El concepto “calidad de vida” es difícil de definir y medir, principalmente porque se trata de un concepto dinámico, en donde cada individuo va modificando y adaptando una serie de factores inherentes al medio ambiente social y a la propia condición de ser humano (Alonso, J.; Schwartzmann, L.; Pecci, C. 2006).

Un aspecto relevante al momento de evaluar “calidad de vida”, es la apreciación subjetiva del individuo respecto a su nivel de bienestar. Esto nos lleva a pensar que el término salud-enfermedad no solo puede ser medido por parámetros objetivos, sino que es importante también tener en cuenta otros factores, como el estado anímico y la actitud con la cual cada uno percibe y afronta las situaciones, los cuales a su vez se ven influenciados por factores culturales, sociales, económicos, políticos, familiares, la edad, etc. Estos aspectos son de máxima importancia en la vida de los seres humanos y serán los que más influyan a la hora de que los individuos evalúen su calidad de vida.

Según Schwartzmann, L. (2003) la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar. Patrick y Erikson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Según Schwartzmann, L. (2003) la esencia de este concepto se encuentra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Para ésta autora es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana relacionada con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Dado que la evaluación de todos éstos indicadores no es simple de realizar, es que se han diseñado una serie de instrumentos que integran las dimensiones de salud y de calidad de vida. Se han elaborado con diferentes propósitos, entre ellos, conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones, así como para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas. La calidad de vida se ve afectada tanto por la enfermedad que padece el individuo como por el tratamiento.

Los instrumentos disponibles para medir calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros son meramente descriptivos y los específicos poseen mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos. Ambos evalúan la calidad de vida en adultos, así como también en niños y adolescentes.

Según Patrick y Erickson (1993) "la calidad de vida es una medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud".⁵

Schumaker & Naughton (1996) la definen como "la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo".⁶

Según Leplège y Hult (1998) "A medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena".⁷

Para la Organización Mundial de la Salud (1994) calidad de vida es la "...percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".⁸

Schwartzmann, L.; Olaizola, I.; Guerra, A.; Dergazarian, S.; et. al, (1999) consideran "la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente".⁹ Por lo que la misma está condicionada por el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del individuo, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en la cual se produce la enfermedad.

La evaluación de la calidad de vida para dichos autores se mide de acuerdo a la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la calidad de vida percibida por el paciente. Según Schwartzmann, L. (2003) la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar.

La Sociedad Internacional de investigación en Calidad de Vida (ISOQOL) propone en la Reunión Iberoamericana de CVRS realizada en Buenos Aires (2006), difundir en América Latina la importancia y factibilidad de incorporar la medición de Calidad de Vida, como una medida de resultado habitual, tanto en la investigación como en la práctica clínica, así como en la evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el avance de la tecnología, sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, dejando de lado en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no solo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar, incorporando la medida de la CVRS como una medida necesaria e innovadora en las evaluaciones de la calidad de los servicios de salud (Guyatt, G. H.; Feeny, D. H., Patrick, D., 1993.).

La toma de decisiones en el sector salud por ende, deberá considerar los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), y los costos, así

como debería tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

El esquema de Donabedian (1966) para la evaluación en salud incorpora justamente éstos distintos aspectos.

Tabla N° 1: Evaluación en salud.

Estructura	Proceso	Resultados
Características de la comunidad	Excelencia técnica	Situación Clínica
Características de la organización sanitaria	- Tecnología apropiada	- Morbilidad
Características de los proveedores de salud	- Conocimiento científico	- Mortalidad
Características de la población	Excelencia interpersonal	Calidad de Vida
	- Relación médico – paciente	Satisfacción con la atención en salud
	- Eficiencia	Sobrecarga familiar
	Evaluación del proceso de adaptación del paciente a su enfermedad y sus determinantes	Expectativa de vida
		Costos

Según J. Alonso (2006) el término calidad de vida es más comprehensivo que el de estado de salud. El estado de salud afecta la calidad de vida y la calidad de vida está influenciada por factores ajenos al ámbito de la salud pero que tienen influencia sobre ella. Por tanto para este autor la calidad de vida relacionada con la salud, implica la evaluación en distintas esferas, al ser éste un concepto multidimensional.

Expertos extranjeros en el tema “Calidad de vida” opinan que las enfermedades crónicas pueden afectar radicalmente la vida de quienes las padecen alterando no solamente la salud física sino el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con otros aspectos significativos del entorno (Alonso, J.; Schwartzmann, L.; Pecci, C. 2006).

En el proceso de brindar un servicio de salud integral, las evaluaciones de la calidad de vida son las medidas de resultado que permitirán interpretar desde el punto de vista del paciente, el alcance del cumplimiento de los objetivos terapéuticos trazados; en que aspectos mejoró, en que se mantiene igual en que empeoró¹⁰. De acuerdo a éste concepto, según trabajos de investigación realizados en el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, la calidad de vida de una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su

evolución, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann, L.; Olaizola, I.; Guerra, A.; Dergazarian, S.; Francolino, C.; Porley, G.; Ceretti, T., 1999).

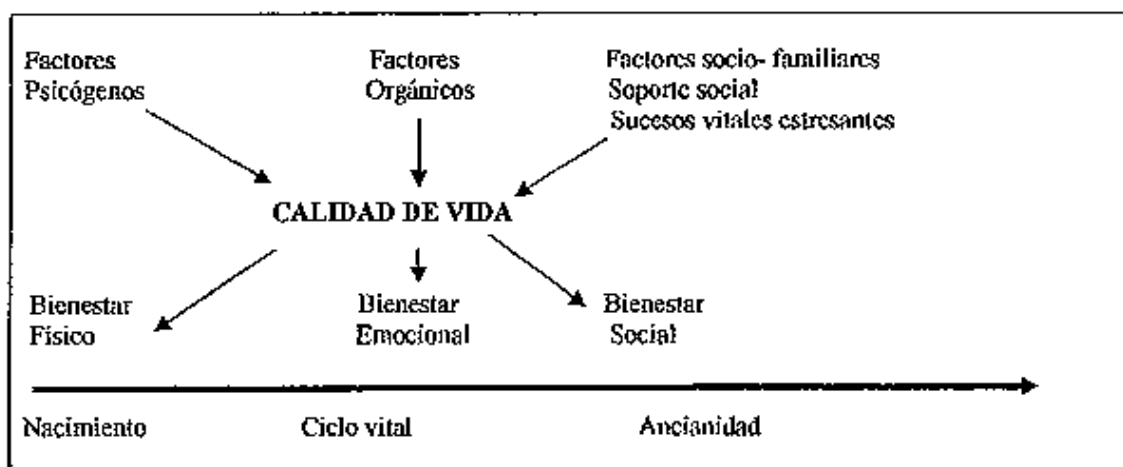


Figura N° 1: Calidad de vida relacionada con la salud

Por ser un concepto multidimensional y colocar al paciente como eje de la evaluación, introduce cambios en el tipo de relación médico – paciente, dejando atrás el modelo paternalista, dando renovado impulso al trabajo de equipos interdisciplinarios, que suman las competencias necesarias para responder las necesidades de los pacientes¹¹.

En la práctica la preferencia del paciente sobre su calidad de vida debe ser tomada en cuenta para tomar decisiones compartidas con el paciente, poder monitorizar su evolución e identificar si hay necesidad de introducir cambios terapéuticos¹².

En 1991 se crea un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida. Esto fue la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL – 100) para evaluar Calidad de Vida en distintas culturas partiendo de un marco teórico para su construcción. El grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de CVRS, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

Puntos de consenso (grupo WHOQOL, 1995)

Las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

El siguiente diagrama tomado de Sharon Wood, muestra la complejidad de la articulación de las diversas dimensiones de referencia

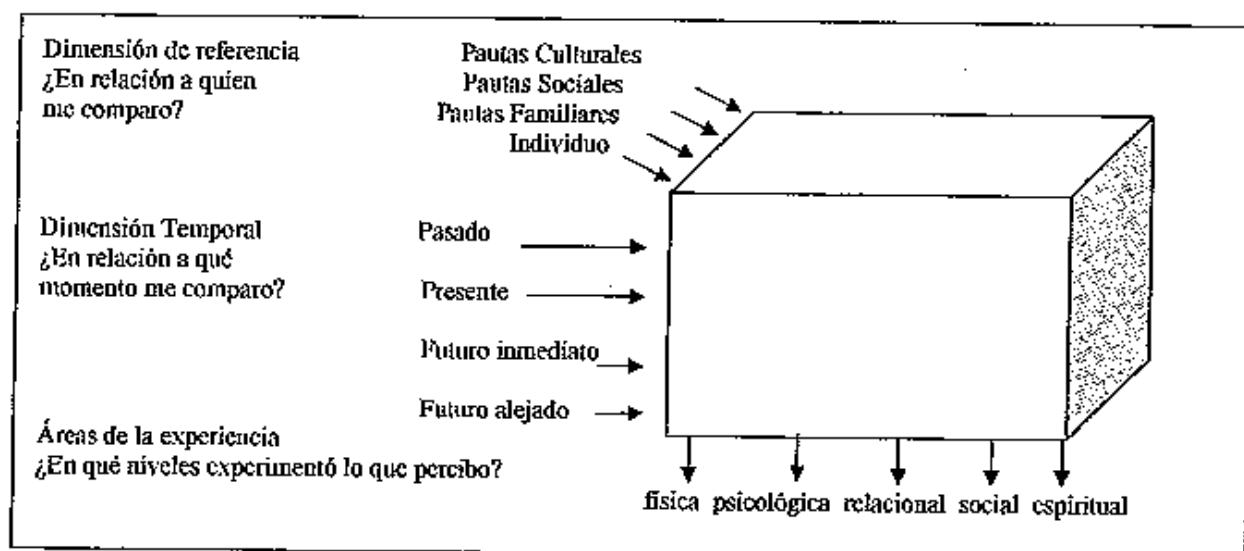


Figura Nº 2: Dimensiones en la Calidad de vida

ISOQOL es la sigla en inglés de la Sociedad Internacional de Investigación en Calidad de Vida, cuya dimensión es promover el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, a través de la promoción de la investigación, al nivel científico más elevado.

Además promueve el intercambio de información ofreciendo ámbitos de discusión y presentación de trabajos científicos en sus conferencias anuales.

En relación al movimiento de investigadores iberoamericanos, su origen estuvo estrechamente ligado a la figura del Dr. Jordi Alonso, quien como organizador de la sexta conferencia internacional de ISOQOL, en Barcelona, 1999, organizó la primer

reunión española en calidad de vida y obtuvo financiación para otorgar becas a investigadores latinoamericanos que comenzaban a interesarse en el tema.

En el 2001, se realizó en Montevideo, con apoyo de ISOQOL y la OPS, la primera reunión iberoamericana de calidad de vida relacionada con la salud, contando con la presencia de prestigiosos expertos internacionales, como los profesores Donald Patrick (miembro fundador de ISOQOL), Ivan Barofsky, en ese momento presidente de ISOQOL. En el 2004, ya integrando la directiva de ISOQOL, la doctora Laura Schwartzmann, se realiza la segunda reunión iberoamericana de CVRS en Porto Alegre. En ésta reunión se acordó la realización en Buenos Aires, en el 2006, de la tercera Reunión Iberoamericana de CVRS. En éste encuentro se propone difundir en América Latina la importancia y factibilidad de incorporar la medición de Calidad de Vida, como una medida de resultado habitual, tanto en la investigación como en la práctica clínica, así como en la evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario

Patrones de salud.

Según Marjory Gordon¹³ podría entenderse como “aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, calidad de vida y la realización del potencial humano”, es decir, lo que esta persona es capaz de hacer y obtener.

Gordon identifica 11 patrones de salud:

1. P. de percepción y control de la salud.
2. P. nutricional-metabólico.
3. P. de eliminación.
4. P. de actividad y ejercicio.
5. P. de sueño y descanso.
6. P. cognitivo-perceptual.
7. P. de autopercepción y autoconcepto.
8. P. de rol y relaciones.
9. P. de sexualidad y reproducción.
10. P. de afrontamiento y tolerancia al estrés.
11. P. de valores y creencias.

Factores que influyen en el funcionamiento de los patrones de salud:

- **Edad:** Constituye una categoría de interés dado que cada una de las etapas de desarrollo de la persona posee ciertas características y debilidades que la hacen más o menos vulnerable.
- **Estado de salud:** El funcionamiento en condiciones idóneas requiere también de un buen estado de salud tanto desde el punto de vista físico como mental. Un fallo en cualquiera de éstas áreas condicionará el desarrollo y la felicidad personal.
- **Recursos disponibles:** económicos, las redes de apoyo y las habilidades personales para satisfacer las necesidades y enfrentarse a las situaciones críticas.
- **El ambiente físico:** condiciones de luz, la temperatura, el ruido, el grado de saneamiento, la polución o el espacio disponible, entre otros.
- **El ambiente sociocultural:** las personas que nos rodean y la cultura son dos condicionantes importantes para alcanzar buenos patrones de funcionamiento a todos los niveles.

Patrón de rol y Relaciones:

Relaciones familiares: Pretende valorar cómo son y como influyen los vínculos entre el individuo y los miembros de su grupo. Éstas pueden desarrollarse sin problemas, o estar alteradas por diferentes causas: enfermedad, violencia, etc.

Relaciones sociales: Se refiere a las relaciones y compromisos que se dan fuera del ámbito familiar, que pueden ocupar gran parte de la actividad diaria habitual, algunas veces por obligación y otras veces por elección. Éstas actividades y los espacios en que se desarrollan son un elemento decisivo para la integración social y la valoración personal.

Patrón de sexualidad y reproducción: Éste patrón refleja la identidad sexual de la persona y abarca su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias.

La sexualidad es la percepción de un comportamiento que suele reflejar la identidad sexual de la persona. Éste comportamiento viene regulado por las normas sociales y culturales de referencia en cada momento y situación. Los problemas suelen aparecer cuando las personas eligen formas de expresión marginales o bien cuando hay

discrepancias entre la expresión de sexualidad que la persona que ha alcanzado y que aquella desea.

Las variables edad y ambiente sociocultural tienen un papel importante en la funcionalidad de éste patrón, pues las diferentes etapas del proceso de maduración por las que pasa la persona y el ambiente donde se desarrolla imprimen un sello en la expresión de la sexualidad individual.

Patrón de actividad y ejercicio: La funcionalidad de éste patrón está determinada por el desarrollo neuromuscular y de la coordinación, la fuerza física, la destreza y el estado nutricional. El deseo de realizar actividades de consumo de energía puede verse influido por factores psicológicos y socio ambientales, como la motivación, el estado de ánimo, la percepción personal de beneficios, riesgos, aceptabilidad social, etc. El estado de salud tanto físico como mental será otro determinante a tener en cuenta. Hay algunos factores que influyen negativamente en éste patrón, ellos son: déficit neuromuscular, problemas cardiopulmonares, deterioro o incapacidad física, recursos socio sanitarios escasos, etc.

Patrón de sueño y descanso: Se refiere a la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 hs del día. Incluye también la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso. Existen algunos factores que pueden afectar el sueño y descanso: problemas de salud física que provoquen dolor o malestar, problemas psicológicos que afecten el estado anímico, situaciones ambientales que provoquen estado de ansiedad o estrés, etc.

Cardiopatía isquémica

En el Uruguay la primera causa de muerte corresponde a las enfermedades del aparato circulatorio, según datos aportados por la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular a través de un informe abreviado de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en el año 1999. Desde la segunda mitad del siglo XX han ocupado el primer lugar entre las causas de muerte en nuestro país y en otros países con similares características.

En el transcurso de los años 2002 y 2003 existió un aumento en el número de defunciones por todas las causas, siendo la mortalidad proporcional por enfermedades cardiovasculares de 32,5 % y 33,3% respectivamente.

De la totalidad de defunciones por patología del aparato circulatorio (10.759) en el año 2003, se observa que un total de 2940 corresponde a la mortalidad por causa de enfermedades isquémicas del corazón, siendo el sexo masculino quien presenta mayor tasa de mortalidad. Las enfermedades isquémicas producen modificaciones de la estructura o funcionalidad cardiovascular afectando la circulación y pueden suponer una amenaza para la vida. Se refieren a una variedad de condiciones patológicas que obstruyen el flujo sanguíneo, consecuencia directa de la estenosis o de la oclusión de los grandes troncos coronarios que nutren al miocardio (arteria coronaria derecha, descendente anterior izquierda y circunfleja), ocasionando un desequilibrio entre la demanda y aporte de oxígeno al miocardio.

El factor etiológico más frecuente es la aterosclerosis caracterizada por la acumulación de células de músculo liso, lípidos y tejido conjuntivo a lo largo de la capa íntima de las arterias, produciendo una lesión dentro de la pared vascular, obstruyendo parcial o completamente el flujo sanguíneo dando origen al cuadro denominado *enfermedad coronaria o cardiomiopatía isquémica*. Generalmente estas lesiones se desarrollan a nivel del origen y bifurcaciones de las arterias coronarias principales. Más frecuentemente se ve afectada la arteria coronaria izquierda en relación con la arteria coronaria derecha. En un principio el proceso de la enfermedad está localizado, pero después se hace difuso con una aterosclerosis coronaria progresiva, comenzando en la infancia y desarrollándose durante toda la vida. Los signos y síntomas generalmente no aparecen hasta la mediana edad o más tarde.

Existen otras causas no ateroscleróticas que pueden afectar el diámetro del vaso coronario como ser anomalías circulatorias (hipotensión, anemia, hipovolemia, policitemia y problemas valvulares). Otra causa es el espasmo de la arteria coronaria que puede causar isquemia verdadera o extensión de infarto del miocardio.

La coronariopatía evoluciona durante muchos años antes de que se evidencie un trastorno de la función miocárdica, por esta razón no es sinónimo de cardiopatía isquémica. Los términos *coronariopatía* y *cardiopatía aterosclerótica* se emplean como sinónimos de cardiopatía isquémica.

Como resultado de diversas investigaciones clínicas se han identificado varios factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia coronaria, los cuales se clasifican en factores personales no modificables, factores controlables directos, indirectos y circunstancias especiales consideradas como de riesgo¹⁴.

Factores de riesgo Cardiovascular, Clasificación y caracterización:

1. Factores personales no modificables.

- Sexo.
- Edad.
- Herencia o antecedentes familiares.

2. Factores controlables directos (los que intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular).

- Niveles de colesterol total y LDL elevados.
- Niveles de colesterol HDL bajos.
- Tabaquismo.
- Hipertensión.
- Diabetes.
- Tipo de alimentación.

3. Factores controlables indirectos (los que se han relacionado por estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedades del aparato circulatorio pero que no intervienen directamente en la génesis de las mismas, sino mediante otros factores de riesgo directos).

- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Estrés.
- Consumo de anticonceptivos orales.

4. Circunstancias especiales consideradas como de riesgo.

- Haber padecido anteriormente un accidente cardiovascular.
- Hipertrofia ventricular izquierda.
- Apnea del sueño.

La identificación así como el control de los factores de riesgo controlables pueden retrasar la evolución de la aterosclerosis coronaria, contribuyendo a la prevención de la arteriopatía coronaria.

La aterosclerosis puede ocasionar una diversidad de manifestaciones clínicas como ser:

Angina de pecho de esfuerzo y mixta. La primera se caracteriza por estenosis fija de las arterias coronarias, mientras que en las formas mixtas coexisten con fenómenos de vasoespasmo. La angina de pecho (angina pectoris), término derivado de una palabra griega que significa “asfixia del tórax”, es un trastorno casi siempre debido a cardiopatía aterosclerótica. Fue descrita por Heberden (1768) como un síntoma complejo y no implicaba una asociación con el corazón, se creía que existía una úlcera en el sitio de localización del dolor. En la actualidad todavía se utiliza este término para describir un síntoma, a pesar de que es la consecuencia de isquemia miocárdica.

La presencia de angina indica isquemia cuya duración es limitada sin provocar daño permanente al miocardio, ocasionando un riesgo para la vida dado que puede provocar disritmia o evolucionar a infarto agudo de miocardio.

El tratamiento médico consiste en disminuir los requerimientos de oxígeno por parte del miocardio así como aumentar su oferta, para lo cual es necesario disminuir la actividad física, hecho que produce un grado variable de invalidez. Por otro lado, el tratamiento médico no siempre es eficaz en disminuir la intensidad y la frecuencia de los ataques anginosos. Esto estimuló durante muchos años la imaginación de los cirujanos en búsqueda de un procedimiento que permitiera aumentar el flujo de sangre oxigenada al miocardio isquémico.

Revascularización arterial

La revascularización arterial hace referencia a cualquier procedimiento de derivación empleado para reparar las arterias estenosadas u ocluidas. La derivación puede ser hecha de una vena autógena (siendo la vena safena la más utilizada) o un material sintético (siendo el Dacron y el politetrafluorileno los dos materiales empleados con más frecuencia).

Debido a que la aterosclerosis es un trastorno progresivo, la cirugía es paliativa, proporcionando alivio a los síntomas debilitantes. El paciente debe ser consciente de que a menos que asuma una parte activa en la modificación de sus factores de riesgo, cualquier alivio que obtenga mediante la cirugía será de corta duración.

Infarto agudo de miocardio

La necrosis del tejido miocárdico se produce como consecuencia de una obstrucción coronaria en la que participan de forma activa, fenómenos de trombosis intraluminal. Es

un trastorno que pone en riesgo la vida ya que el miocardio se ve privado del aporte de oxígeno.

Muerte súbita

A pesar de la existencia de múltiples causas de muerte súbita, el problema subyacente en la mayoría de las personas adultas es la cardiopatía isquémica.

En 1935, Beck realizó los primeros intentos de tratamiento quirúrgico en la cardiopatía isquémica buscando producir anastomosis entre las arterias coronarias y pericárdicas mediante abrasión del epicardio. Este período llamado de revascularización indirecta del miocardio termina en 1946 con la técnica descrita por Vincberg, de implantación de la arteria mamaria interna en el ventrículo izquierdo. En forma casi simultánea Favaloro, Enen, y Jonson (1968) fueron quienes publicaron los primeros resultados con la técnica del bypass o puente aortocoronario con vena safena.

Greene (1970), describe la anastomosis de la arteria mamaria interna a la arteria descendente anterior. Los procedimientos anteriormente mencionados permitieron la revascularización del miocardio con excelentes resultados clínicos y baja mortalidad operatoria. Se pudo demostrar además que este aumento del flujo sanguíneo era capaz de normalizar el metabolismo miocárdico tanto en condiciones basales como en el ejercicio constituyendo un tratamiento de la cardiopatía isquémica.

La técnica quirúrgica denominada Bypass coronario posee diferentes acepciones: Bypass aortocoronario con injerto, derivación aortocoronaria, bypass aortocoronario, revascularización quirúrgica.

Este tipo de intervención quirúrgica suele ser necesaria en el caso de individuos con severa isquemia miocárdica no controlada con tratamiento médico, basándose previamente en la valoración de los beneficios esperados en comparación con los riesgos quirúrgicos inherentes, con la finalidad de restituir el flujo sanguíneo coronario. Este procedimiento consiste en la colocación de un conducto sustituto que permite que la sangre fluya alrededor del área obstruida, mediante un injerto de un segmento de arteria mamaria interna izquierda, derecha o arteria radial en pacientes jóvenes (para revascularizar la arteria descendente anterior), vena safena (para los otros puentes que sean necesarios), o de otra parte del cuerpo. La vía de acceso al corazón es mediante esternotomía media vertical.

Es importante destacar que dicho procedimiento quirúrgico es paliativo y la adhesión al tratamiento médico es esencial para evitar una recidiva precoz del trastorno miocárdico.

Este procedimiento se realiza con el paciente bajo anestesia general, pudiendo ser planificado, de urgencia o emergencia. La mayoría de las cirugías cardíacas requieren de una derivación cardiopulmonar total o parcial (circulación extracorpórea).

El riesgo operatorio de la cirugía de revascularización miocárdica ha disminuido en la actualidad en forma significativa, gracias a los avances en el diagnóstico, tratamiento y técnicas quirúrgicas.

Durante los últimos 20 años, estudios epidemiológicos han establecido las situaciones en las que se indica la revascularización quirúrgica de las arterias coronarias:

- Angina que no responde al tratamiento médico.
- Angina inestable.
- Prueba positiva de tolerancia al ejercicio y lesiones no angioplastiables.
- Lesión o bloqueo mayor de 60% de la arteria coronaria principal izquierda con cualquier función ventricular.
- Individuos con complicaciones de angioplastia coronaria transluminal percutánea no exitosa o derivadas de ésta.
- Enfermedad coronaria de tres vasos y fracción de eyección menor de 50% pero mayor de 35%.
- Paciente con enfermedad de tres vasos y fracción de eyección normal o, paciente con enfermedad severa de dos vasos con lesión de la descendente anterior proximal.

En las situaciones anteriormente mencionadas se implementa el procedimiento para:

- Revascularizar una sección del miocardio.
- Aliviar la angina
- Mejorar y/o conservar la función miocárdica

Numerosos estudios demuestran que el alivio sintomático es muy evidente y significativo cuando se compara con el tratamiento médico actual, independientemente del número de vasos comprometidos y del estado funcional del ventrículo izquierdo, luego de transcurrido un tiempo de 5 a 10 años de seguimiento postoperatorio de la cirugía coronaria. Se observa una sobrevida muy similar a la de la población normal del mismo sexo y edad que los intervenidos quirúrgicamente, dependiendo principalmente de la severidad, localización y extensión de las lesiones coronarias, así como del estado funcional del ventrículo izquierdo. La mejoría clínica experimentada por individuos revascularizados es muy importante y la mortalidad aceptable, teniendo en cuenta que

los ancianos tienen un mayor número de factores de riesgo preoperatorio, y la incidencia de complicaciones postoperatorias es mayor que la de los individuos jóvenes.

Complicaciones de la revascularización arterial coronaria:

Alteraciones de la precarga:

- Hipovolemia.
- Sangrado persistente
- Taponamiento cardíaca
- Sobrecarga de líquido

Alteraciones de la poscarga:

- Hipotermia
- Hipertensión

Alteraciones de la frecuencia cardíaca:

- Taquiarritmias
- Bradicardias
- Arritmias

Alteraciones de la contractilidad:

- Insuficiencia cardíaca
- Infarto miocárdico

Complicaciones pulmonares:

- Alteración del intercambio gaseoso

Complicaciones con el volumen de líquidos:

- Hemorragia.

Complicaciones neurológicas:

- Accidente cerebro vascular.

Dolor

Insuficiencia renal y desequilibrio de electrolitos.

Otras complicaciones:

- Insuficiencia hepática.
- Coagulopatías
- Infección.

Debido a que la patología cardíaca subyacente continúa, el individuo sometido a cirugía puede desarrollar angina, intolerancia al ejercicio así como una gama de diversos síntomas. Por consiguiente es probable que regrese a su hogar bajo tratamiento farmacológico.

IV. Material y Métodos

1. Tipo de investigación

El tipo de estudio planteado corresponde a un diseño cuantitativo, descriptivo, transversal.

2. Área de estudio

La investigación se llevará a cabo en Uruguay, departamento de Montevideo, área urbana, en consulta externa de un hospital del subsector público. Según información estadística proporcionada por el Departamento de Archivos Médicos de la Institución (Anexo N° 3), en la consulta externa durante el transcurso del año 2004 fue de 156.934, en tanto que en el año 2005 se realizaron un total de 145.591 consultas, existiendo una diferencia de 11343 más que en el año anterior. En el año 2005, se realizaron 5119 consultas externas, siendo el promedio diario de éstas de 25. En el año 2004 se realizaron un total de 4605 consultas, realizándose 514 consultas más en el año 2005. En cuanto a las revascularizaciones coronarias efectuadas en el año 2005 se destaca un total de 86, siendo 73 de éstas mediante coordinación y 13 por urgencia. Con la finalidad de conocer las cifras estadísticas de la población a estudiar, en cuanto a número de revascularizados por mes en el último año, sexo, edad, antecedentes personales y complicaciones post operatorias, etc., es que se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas de estos usuarios (Anexo N° 4).

Además, con el objetivo de conocer las características de la consulta externa, se realizó una entrevista a la Lic. en Enfermería Marta Dafond, responsable directa de la asistencia a los usuarios en dicho ámbito (Anexo N° 5).

3. Universo

La población universo corresponde al total de usuarios revascularizados que se asisten en la consulta externa de un hospital del subsector público, durante el período de tiempo comprendido entre el 15 de noviembre al 15 de diciembre de 2006. Los mismos deberán cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente.

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos, mayores de 35 años.

- Usuarios que acepten su participación en el estudio y que hayan otorgado su consentimiento informado en forma verbal para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que posean posterior a la cirugía cardíaca otro tipo de intervención quirúrgica.
- Usuarios de los que no se dispongan datos de su historia clínica.
- Usuarios que en el momento de la realización del estudio presenten cualquier impedimento físico y/o psíquico grave que impidiera la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

4. Definición y medición de las variables

A continuación se enumeran las variables de estudio, y la operacionalización de cada una de ellas.

Variables:

- Edad:

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

Categorías:

20 -34 años: Adulto Joven

35 a 64 años: Edad adulta media o madura.

> 65 años: Adulto mayor

Tipo de variable: cuantitativa continúa

- Sexo:

Definición conceptual: Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta criterios como características las anatómicas y cromosómicas.

Categorías:

Masculino: Relativo al sexo que está dotado de órganos para fecundar.

Femenino: Disece del ser dotado de órganos para ser fecundado.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n Cer. Piso
Montevideo - Uruguay

▪ **Nivel de Instrucción:**

Definición conceptual: Caudal de conocimientos adquiridos.

Categorías:

Primaria incompleta: Grado elemental de enseñanza, impartido durante la etapa escolar, no finalizada.

Primaria completa: Grado elemental de enseñanza, impartido durante la etapa escolar, que abarca desde primer año hasta 6 año escolar.

Secundaria incompleta: Estudios cursados a continuación de la culminación de la etapa escolar, sin ser finalizado.

Secundaria completa: Estudios cursados a continuación de la culminación de la etapa escolar. Cursando desde el primer año lineal hasta el sexto año.

Terciaria Incompleta: Estudios cursados luego de finalizada la enseñanza secundaria, en el primer o en el segundo ciclo, no habiéndolos finalizado, siendo éstos estudios realizados a nivel terciario, universitario o no universitario.

Terciaria Completa: Estudios cursados luego de finalizada la enseñanza secundaria, en el primer o en el segundo ciclo. Estudios realizados a nivel terciario, universitario o no universitario.

Otros: Individuos que no estén dentro de las categorías antes mencionadas.

Tipo de variable: cualitativa ordinal

▪ **Tiempo transcurrido luego de la etapa postoperatoria:**

Definición conceptual: Tiempo cumplido luego del mes de realizada la intervención quirúrgica hasta el momento actual.

Categorías:

- 1 a 2 meses
- 3 a 4 meses
- 5 a 6 meses
- 6 meses

Tipo de variable: cuantitativa continúa

▪ **Relaciones familiares:**

Definición conceptual: Se entiende como la percepción del individuo en relación al establecimiento de vínculos entre las personas con lazos consanguíneos y/o amorosos, el estado de las relaciones entre los diferentes miembros del grupo familiar, y de la cantidad de los miembros que lo integran.

Categorías:

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

Tipo de variable: Cualitativa nominal

▪ Relaciones sociales:

Definición conceptual: Se refiere a las relaciones y compromisos que se dan fuera del ámbito familiar y estrictamente laboral, que pueden ocupar gran parte de la actividad diaria habitual.

Categorías:

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

▪ Situación laboral:

Definición Conceptual: Tarea realizada por el individuo pudiendo ser remunerada o no.

Dimensiones:

- Empleo estable
- Empleo inestable
- Desocupado
- Jubilado
- Pensionista

Categorías:

- Empleo estable: Individuo que realiza una tarea, cumpliendo horario, por tiempo determinado.
- Empleo inestable: Individuo que realiza tareas de cualquier índole, por tiempo indeterminado.
- Desocupado: Individuo que carece de trabajo.
- Jubilado: Individuo que cesa sus actividades laborales, a causa de haber alcanzado el límite de edad establecido por la ley percibiendo de por vida una retribución mensual por parte del BPS.
- Pensionista: Individuo que recibe una retribución mensual de por vida, por parte del BPS, teniendo derecho a la misma los individuos que no posean una jubilación y

hayan alcanzado la edad de 70 años, también individuos que posean alguna clase de incapacidad física, mental, hijas solteras, cuyos padres jubilados hayan fallecido.

Tipo de variable: cualitativa nominal

▪ Actividad sexual:

Definición conceptual: Se refiere a la unión sexual entre personas de diferente sexo o entre personas del mismo sexo, así como también a la práctica de la masturbación.

Categorías:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria
- No posee

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

▪ Actividades y ejercicio:

Definición conceptual: Comprende tanto el tipo como la cantidad y calidad del ejercicio, además de las habilidades de la persona y los deseos de entretenerse en las actividades que requieren un consumo de energía (ejercicio físico, autocuidado y ocio).

Categorías:

- Realiza
- No realiza

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

▪ Sueño y descanso:

Definición conceptual: Se refiere a la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 hs del día. Incluye también la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso.

Categorías:

- Sueño interrumpido (se despierta por la noche).
- Insomnio (dificultad para conciliar el sueño).
- Sin problemas (duerme durante toda la noche).

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

▪ Calidad de vida:

Definición conceptual: Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Categorías e Indicadores:

1. Salud general:

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. Esfuerzos moderados:

- Sí, limita mucho
- Si, limita un poco
- No, no me limita nada

3. Subir varios pisos

- Sí, limita mucho
- Si, limita un poco
- No, no me limita nada

4. Menos de lo deseado

- Si
- No

5. Dejar tareas

- Si
- No

6. Menos de lo deseado por emociones

- Si
- No

7. No tan cuidadoso por emociones

- Si
- No

8. Dolor dificulta trabajo

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

9. Calmado

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

10. Energía

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

11. Desanimado

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Solo alguna vez

- Nunca

12. Función social – frecuencia

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo alguna vez
- Nunca

Tipo de variable: cualitativa compleja.

5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El tipo de información requerida en el estudio es de tipo cuali - cuantitativa. El método a utilizar para la recolección de datos es la entrevista estructurada.

Técnica: El universo de estudio será seleccionado en base a los criterios de inclusión y exclusión. Para ello será necesario la revisión previa de las Historias Clínicas de cada usuario que se asistan en la consulta externa, los días de atención.

Los instrumentos para la recolección de datos serán dos cuestionarios:

El primero de ellos será administrado a los usuarios con la finalidad de caracterizarlos, en base a las variables: edad, sexo, el nivel de instrucción, tiempo transcurrido luego de la etapa post operatoria, relaciones familiares, relaciones sociales, situación laboral, actividad sexual, actividad que realiza y ejercicio, sueño y descanso.

En él encontrará preguntas que refieren a las actividades de la vida diaria, relaciones familiares, sociales, situación laboral, etc. (Anexo N° 2).

El segundo de ellos mide la calidad de vida de los usuarios a través de la cuantificación del estado de salud (SF -12). El mismo es un cuestionario genérico que permite evaluar la calidad de vida de los adultos a través de la evaluación de salud general, esfuerzos moderados, subir varios pisos, menos de lo deseado a causa de su salud física, dejar tareas a causa de su salud física, menos de lo deseado a causa de un problema emocional, no tan cuidadoso por emociones, dolor dificulta trabajo, calmado y tranquilo, mucha energía, desanimado y triste y función social- frecuencia.

6. Procedimientos para la recolección de la información

a) Autorizaciones.

Se solicitará autorización al Departamento de Enfermería del Hospital donde se llevará a cabo la investigación (Anexo N° 6).

b) Proceso.

Los instrumentos empleados para valorar el estado de salud constarán de un título a fin de proporcionarle al sujeto- objeto de estudio una idea clara y representativa de lo que se desea estudiar (Anexos N° 1 y N° 2). Los mismos tendrán una letra de mayor tamaño que el de las demás secciones del cuestionario.

Le procederán a ambos las instrucciones. Ellas proporcionarán al consultado una breve guía que especifique la manera correcta para el llenado de los instrumentos, así como el tiempo que le insumirá.

Es importante aclarar que se respetará el anonimato del usuario que participará del estudio, debido a que no se le solicitarán ningún dato identificatorio. Los cuestionarios serán identificados mediante numeración.

A cada usuario seleccionado para formar parte del estudio se le hará entrega de 2 cuestionarios, los cuales serán completados por parte de los investigadores durante una entrevista estructurada en la planta física donde se lleva a cabo la consulta externa.

Cada investigador depositará los cuestionarios juntos, dentro de una carpeta, destinada para ese fin.

Cada set de cuestionarios deberá estar en condiciones óptimas, con la respectiva identificación del investigador.

Como posibles fuentes de error se destacan:

- Interpretación errónea de los cuestionarios al momento del llenado.
- Que no se logre disponer de un ambiente que brinde privacidad durante el llenado del cuestionario.
- Pérdida del interés durante el llenado del cuestionario.
- Desconfianza en cuanto a la investigación, por más que ésta sea claramente fundamentada.

c) Tiempo y Cronograma de Actividades

Actividad	Período (año 2006)
Fase de planeación	Mayo- Setiembre
Revisión del protocolo.	Noviembre
Presentación a las autoridades de Policlínica y solicitud de la autorizaciones necesarias.	Noviembre
b) Fase de ejecución:	
Recolección de datos (aplicación del cuestionario)	15 Noviembre- 15 Diciembre
Tabulación de los datos	Enero 2007
Análisis e interpretación	3 Febrero- 15 Marzo 2007
c) Fase de comunicación y divulgación:	
Redacción de informe final	Marzo 2007
Impresión del informe final	Marzo 2007
Difusión de los resultados obtenidos	Marzo 2007

d) Recursos

Personal:

5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería pertenecientes a la Facultad de Enfermería.

Material:

- Tablas (5 unidades)
- Fotocopia de cada set de los instrumentos (Encuesta SF -12 e instrumento elaborado por el grupo investigador)
- Lapiceras de color azul (5 unidades)
- Carpeta

e) Presupuesto

Recursos Financieros: (presupuesto por rubro, cantidad, detalle y total)

Rubro	Cantidad	Detalle	Total (\$)
Transporte Gastos de desplazamiento de los investigadores	128	Boletos capitalinos	1920
Material y equipo: Fotocopias	120	Instrumentos	102
Impresión	44	Copia del proyecto	110
Bolígrafos	5	Bolígrafo azul	25
Carpetas	5	Carpeta oficina	50
Horas de Internet	20		240
Imprevistos			300
Total:			2747

V. Plan de tabulación y análisis

Los datos serán analizados a través del análisis univariado y bivariado de las variables en estudio, mediante la utilización de un software estadístico SPSS 14.0 para Windows (Statistical Package for Social Science). Para ello será necesario crear una base de datos para introducir las respuestas de los pacientes y obtener las puntuaciones de los cuestionarios. Posteriormente se aplicará un algoritmo de cálculo para generar dichas puntuaciones. El algoritmo fue facilitado por BiblioPRO programado como un archivo de sintaxis del software estadístico SPSS.

Las variables con distribución continua se resumirán mediante las medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana y desviación tipo), y las variables cualitativas mediante tablas de frecuencias.

Respecto al cuestionario SF-12 se realizará una descripción por dimensiones, determinándose Frecuencia Absoluta y frecuencia porcentual.

Análisis estadístico

Tabla N° 1 Distribución de la población encuestada según Edad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje	Media	Mediana	Desvío Estándar
20-35					
36 - 64					
> 65					
Total					

Tabla N° 2 Distribución de la población encuestada según Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino		
Femenino		
Total		

Tabla N° 3: Distribución de la población encuestada según Nivel de Instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Total		

Tabla N° 4: Distribución de la población según Tiempo transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca.

Tiempo Transcurrido luego de realizada la cirugía cardíaca	Frecuencia	Porcentaje	Media	Mediana	Desvío Std
1 a 2 meses					
3 a 4 meses					
5 a 6 meses					
Mayor de 6 meses					
Total					

Tabla N° 5: Distribución de la población según Relaciones familiares.

Relaciones familiares	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfactorias		
Satisfactorias		
Total		

Tabla N° 6: Distribución de la población según Percepción de sus Relaciones Sociales.

Relaciones sociales	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorias		
Insatisfactorias		
Total		

Tabla N° 7: Distribución de la población según situación laboral

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Empleo Estable		
Empleo Inestable		
Desocupado		
Jubilación		
Pensionista		
Total		

Tabla N° 8: Distribución de la población según Actividad Sexual

Actividad Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactoria		
Insatisfactoria		
No posee		
Total		

Tabla N° 9: Distribución de la población según Realización de Actividades y ejercicio

Actividad y Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Si		
No		
Total		

Tabla N° 10: Distribución de la población según Sueño y descanso.

Sueño y descanso	Frecuencia	Porcentaje
Sueño interrumpido		
Insomnio		
Sin problemas		
Total		

Tabla N° 11: Distribución de la población según Salud General...

Salud General	Frecuencia	Porcentaje
Mala		
Regular		
Buena		
Muy buena		
Excelente		
Total		

Tabla N° 12: Distribución de la población según Limitación frente a esfuerzos Moderados

Limitación frente a esfuerzos Moderados	Frecuencia	Porcentaje
No, no me limita nada		
Si, me limita un poco		
Si, me limita mucho		
Total		

Tabla N° 13: Distribución de la población según Limitación para subir varios pisos

Limitación para subir varios pisos	Frecuencia	Porcentaje
No, no me limita nada		
Si, me limita un poco		
Si, me limita mucho		
Total		

Tabla N° 14: Distribución de la población según Menos de lo deseado a causa de su salud física

Menos de lo deseado a causa de su salud física	Frecuencia	Porcentaje
Si		
No		
Total		

Tabla N° 15: Distribución de la población según Dejar de hacer tareas a causa de su salud física

Dejar de hacer tareas a causa de su salud física	Frecuencia	Porcentaje
Si		
No		
Total		

Tabla N° 16: Distribución de la población según Menos de lo deseado por algún problema emocional

Menos de lo deseado por algún problema emocional	Frecuencia	Porcentaje
Si		
No		
Total		

Tabla N° 17: Distribución de la población según Tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional

Tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional	Frecuencia	Porcentaje
Si		
No		
Total		

Tabla N° 18: Distribución de la población según Dolor dificulta trabajo

Dolor dificulta trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Nada		
Un poco		
Regular		
Bastante		
Mucho		
Total		

Tabla N° 19: Distribución de la población según Tiempo que ha permanecido calmado y tranquilo

Calmado y Tranquilo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre		
Casi siempre		
Muchas veces		
Algunas veces		
Sólo alguna vez		
Nunca		
Total		

Tabla N° 20: Distribución de la población según Tiempo que ha permanecido con mucha energía

Mucha energía	Frecuencia	Porcentaje
Siempre		
Casi siempre		
Muchas veces		
Algunas veces		
Sólo alguna vez		
Nunca		
Total		

Tabla N° 21: Distribución de la población según Tiempo que ha permanecido desanimado y triste

Desanimado y triste	Frecuencia	Porcentaje
Siempre		
Casi siempre		
Muchas veces		
Algunas veces		
Sólo alguna vez		
Nunca		
Total		

Tabla N° 22: Distribución de la población según Función social - frecuencia

Función social - Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca		
Sólo alguna vez		
Algunas veces		
Casi siempre		
Siempre		
Total		

Bibliografía

Alpert, J; Francis, G. Rehabilitación y curso ulterior de los pacientes después de salir del hospital. En: Alpert, J; Francis, G. Manual de cuidados coronarios. 5ª ed. Barcelona: Masson; 1995. p 195 – 198

Armenta Galán, J. Mejora de la calidad de vida de personas colostomizadas con métodos continentales. Revista de Enfermería Rol, 1999; 22 (1): 17-18.

Artículo "Programa de Seguimiento Cirugía de Revascularización Coronaria". Gambogi, R. Debenediti, A. Publicado por Fondo Nacional de Recursos Agosto 2003. [http:// www.fnrc.gub.uy](http://www.fnrc.gub.uy).

Boden, W; Capone, R. Rehabilitación cardíaca. En: Boden, W; Capone, R. Cuidados coronarios. Madrid: Interamericana; 1985. p 211-215.

Canobbio, M. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Trastornos cardiovasculares. Barcelona: Doyma; 1993. p 73 y p 231.

Colección de enfermería Nursing Review 3. Problemas cardiovasculares. Barcelona: Masson S.A; 1991. p 27-88.

Cuixart, C. Monografías clínicas en atención primaria. Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Barcelona: Ediciones Doyma S.A; 1991

Desmond, J. Cardiopatía Isquémica. En: Desmond, J. Cardiología. Barcelona: Doyma; 1990. p 140-149.

Escornia, E; Tenorio, M. Enfermedad cardíaca isquémica. En: Vélez, H; Rojas, W, Barrero, J. et. al. Fundamentos de medicina. 5ª ed. Medellín: Mario Montoya Toro; 1997. p 273-297.

Fornés Vives, J; Carballal Balsa, Mª; Gordon, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001.

Giménez Navascués, L; La Fuente Mateo, D; Hernández Romero, B, et. al. Ancianos: Calidad de vida y necesidades básicas. Revista de Enfermería Rol, 1999; 22 (11): 473-475.

Heierle Balero, C. Indicadores de calidad de vida. Un estudio de crónicos. Revista de Enfermería Rol, 1991; 14 (150): 13-17.

Hyett, J. Cuidados postoperatorios a un paciente intervenido de revascularización coronaria. Revista Nursing, 2005; 23 (5): 18-20.

Ignatavicius, D; Varner Bayne, M. Enfermería médico-quirúrgica. México: Interamericana Mc Graw-Hill; 1995. p 2309-2324.

- Long, B; Phipps, W; Cassemeyer, V. Cirugía cardíaca para la isquemia de miocardio. En: Long, B; Phipps, W; Cassemeyer, V. Enfermería médico-quirúrgica. 3ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1997. p 683-697.
- Mario, H; Jaramillo, U. Rehabilitación cardíaca. En: Vélez, H; Rojas, W, Barrero, J. et. al. Fundamentos de medicina. 5ª ed. Medellín: Mario Montoya Toro; 1997. p 427-436.
- Michans, R. Juan. Patología Quirúrgica. Buenos Aires: El Atenco; 1987. p 449 – 452
- Nogué Aliguer, M; Saigi Grau, E; Cuadras Lacasa, M, et. al. Índice de Karnofsky para medir la calidad de vida. Revista de enfermería Rol, 1998; 21 (233): 18-22.
- Ordoñez Ortigoza, F; Creus Llorens, G; Avina Vergara, M. Cirugía extracorpórea coronaria: Estudio sobre la calidad de vida. Revista de enfermería Rol, 2001; 24 (7-8): 497-501.
- Oto Cavero, I.; Arque Blanco, M; Borrachina Belles, L. Enfermería medico-quirúrgica. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1990. p 199-212.
- Pineda, B; Alvarado, E; Canales, F. Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- Polit, D; Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México.D.F: McGraw – Hill Interamericana; 2000.
- Pont Rivas, A; Granollers Mercader, S. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. Revista de Enfermería Rol, 1992; 15 (165): 21-24.
- Renou, P. Patología del corazón y de los vasos. En: Renou, P. Cuadernos de la enfermera. Aparato cardiovascular. Barcelona: Toray-Masson S.A; 1980. p 93-102.
- Rulliere, R. Cardiopatías isquémicas. En: Rulliere, R. Manual de cardiología. Barcelona: Toray-Masson S.A; 1974. p 117-119.
- Swearinger, P. Enfermería médico-quirúrgica. Guías profesionales de enfermería. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. p 23-27.

Referencias

- ¹ Artículo "Programa de Seguimiento Cirugía de Revascularización Coronaria". Gambogi, R. Debeneditti, A. Publicado por Fondo Nacional de Recursos Agosto 2003. [http:// www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy).
- ² Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. "Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay". Revista Médica del Uruguay. Vol 20. N° 1. 2004.
- ³ Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Octubre de 2003 Instituto Nacional de Estadística
- ⁴ Hederle Valero, C. Revista de Enfermería ROL: Atención Primaria. Indicadores de Calidad de Vida. Un estudio de crónicos. Febrero 1991. Número 150. p 15.
- ⁵ Schartzmann, Laura. Ciencia y Enfermería: Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos Conceptuales. Uruguay, 2003, v. 2. p. 13.
- ⁶ Schartzmann, L. Op. cit. p. 13.
- ⁷ Schartzmann, L. Op. cit. p. 13.
- ⁸ Schartzmann, L. Op. cit. p. 15.
- ⁹ Schartzmann, L. Op. cit. p. 18.
- ¹⁰ Artículo: "¿Sabe usted que es "Calidad de Vida"?. Daniel F. Mayo 2006. [http:// www.cardtranenfac.org.ar](http://www.cardtranenfac.org.ar).
- ¹¹ Daniel F. Mayo 2006. Op. cit. Pág 2.
- ¹² Daniel F. Mayo 2006. Op. cit. Pág 3.
- ¹³ Fornés Vives, J; Carballal Balsa, M^a; Gordon, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2001.
- ¹⁴ Curto, S. ; Prats, O. ; Ayestarán, R. Op.cit.





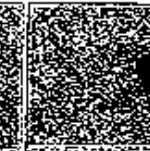

Anexo N° 1

Cuestionario de Salud SF-12

Ficha técnica del instrumento: SF-12v1, SF12v1

SF-12v1-SF12v1	Version Española	Original
Nombre:	Cuestionario de Salud SF-12 version 1	Medical Outcomes Study (MOS) 12-Item Short Form
Autor:	Alonso J y cols.	Ware JE y cols.
Referencia:	Medical Care 1996; 34(3): 220-233	Medical Care. 1996; 34(3): 220-233
Correspondencia:	BiblioPRO@imim.es	The Medical Outcomes Trust (MOT), Boston. info@qmetric.com

CARACTERÍSTICAS :	
Tipo de instrumento: Calidad de vida	Área terapéutica o de aplicación: Genérico
Patología: Todas	Nº de ítems: 12
Población: Adultos	Dimensiones: 2 medida sumarios: física y mental

DESCARGAS :							
							
Descripción	Cuestionario	Manual	BiblioPRO	Bibliografía	Ejercicios	Formación	Otros

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Cuestionario de Salud SF-12

Versión española del Cuestionario de Salud SF-12
adoptada por J. Alonso y cols.:

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona
Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es



IMIM
Institut Municipal
d'Investigació Mèdica - IMIM

BiblioPRO

Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes

BiblioPRO es una página web desarrollada por la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) en el marco de la Red IRYSS (Red de Investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios), financiada por el Instituto de Salud Carlos III (G03/763). www.rediryss.net

DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

El cuestionario de Salud SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols.^{1,2} del SF-12 Health Survey^{3,4}. El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo. El SF-12 se contesta en una media de ≈ 2 min. y el SF-36 entre 5 y 10 min.

El SF-12 ha demostrado ser una alternativa útil cuando el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más) debido a la pérdida de precisión con respecto al SF-36.

¡IMPORTANTE: Actualmente se recomienda la versión 2!

Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-12. La versión 1 se desarrolló en E.E.U.U. en 1994^{3,4} y la versión 2 en 2002, con el objetivo principal de permitir obtener puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36 (la versión 1 sólo permite obtener dos puntuaciones sumario). Las modificaciones respecto a la versión 1 son básicamente de dos tipos: a) mejoras en instrucciones y presentación destinadas a facilitar la auto-administración; y b) número de opciones de respuesta.

Ejemplo de ítems del SF-12

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concepto medido

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Administración

Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de ≤ 2 minutos.

Dimensiones e ítems

Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Cálculo de las puntuaciones

IMPORTANTE: La versión 1 sólo permite obtener dos puntuaciones sumario. La versión 2 permite obtener, además de las puntuaciones sumario, las ocho dimensiones del SF-36.

Las dos puntuaciones resumen son: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación éstas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se haga en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible.

Bibliografía:

- 1.- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil M, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J. M, Santed R, Valderas J. M, Ribera A, Domingo-Salvany A, and Alonso J. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19 (2):135-50.
- 2.- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C y de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin Barc* 1998; 111:410-416.
- 3.- Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
- 4.- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1171-8.

PUNTUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Cuestionario de Salud SF-12 versión 1

Versión española del SF-12v1™ Health Survey ©
1994, 2002 adaptada por J. Alonso y cols.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona
Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es



2005
Institut Municipal
d'Investigació Mèdica (IMIM)

BiblioPRO

Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes

BiblioPRO es una página web desarrollada por la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) en el marco de la Red IRYS (Red de Investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios).
Financiada por el Instituto de Salud Carlos III (GPI/02).

www.redirys.net

PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 versión 1

Para obtener las puntuaciones de los cuestionarios es necesario crear una base de datos e introducir las respuestas de los pacientes, o individuos. Posteriormente se aplica un algoritmo de cálculo que genera dichas puntuaciones.

El algoritmo de cálculo facilitado por BiblioPRO ha sido programado como un archivo de sintaxis del software estadístico *SPSS (Statistical Package for Social Science)*. A continuación encontrará las instrucciones con los pasos a seguir para la creación de la base de datos y obtención de las puntuaciones con *SPSS*.

IMPORTANTE:

BiblioPRO también ofrece un servicio de entrada de datos y obtención de las puntuaciones a un coste muy reducido.

Este servicio es posible gracias al formato en que ha sido diseñado el cuestionario, que permite obtener rápidamente y sin errores una base de datos mediante lectura por escáner.

Para obtener más información sobre este servicio y sus tarifas consulte la sección de "Puntuaciones" de la página principal de BiblioPRO en www.redicys.net.

**INSTRUCCIONES PARA LA OBTENCIÓN DE LAS
PUNTUACIONES DEL SF-12 v1 EN SPSS**

ÍNDICE:

1.- Base de datos en SPSS

2.- Cálculo de Puntuaciones de las escalas del SF-12v1 en SPSS

ANEXO 1: Nombre que toman las variables en la base de datos

ANEXO 2: Tablas de Resultados Obtenidos con el ejemplo (*sf12v1 ejemplo.sav*)

ANEXO 3: Normas Poblacionales de Referencia

1. BASE DE DATOS EN SPSS:

Para cada paciente (fila de la base de datos), se debe haber introducido el valor correspondiente a la respuesta obtenida en cada una de las preguntas del SF-12 v1.

En el Anexo 1 encontrará el nombre de la variable que corresponde a cada pregunta del SF-12 v1.

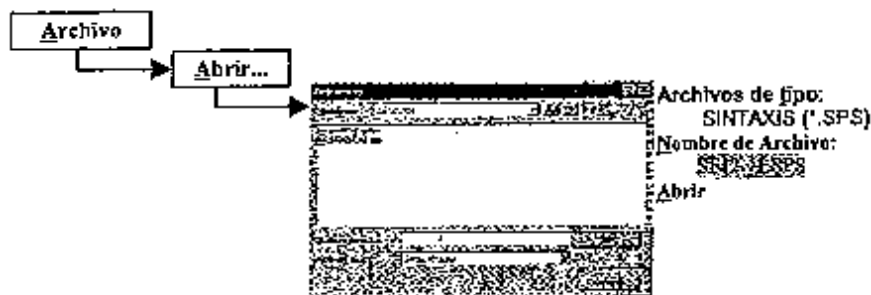
ATENCIÓN! Es muy importante nombrar las variables tal como se indica en el anexo 1, dado que el programa de sintaxis utiliza estos nombres de variables para realizar todos los cálculos

2. CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS DEL SF-12 v1 EN SPSS

Para obtener las puntuaciones se deben seguir los siguientes pasos:

1. Abrir la base de datos.
2. Abrir el archivo de sintaxis para el cálculo de las puntuaciones del SF-12 v1 (**SF12 v1.SPS**):

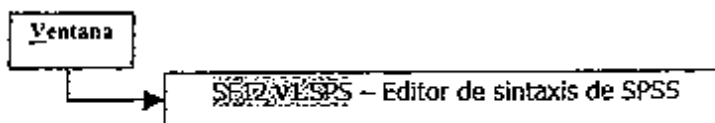
En SPSS 7.5 (o superior), por menús:



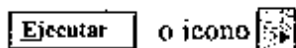
En SPSS 6.1.2, por menús:



3. Ir a la ventana de sintaxis:



4. Seleccionar con el *mouse* o por el menú todo el texto y ejecutar:



Una vez ejecutado el programa, aparecen nuevas variables. En la tabla 1 se listan las 41 variables intermedias. La tabla 2 muestra el nombre y la etiqueta de las variables correspondientes a los 2 sumarios

Tabla 1. Listado de variables intermedias

RBP2	BP2_2	VT2_5	MH3_5
RGH1	BP2_3	SF2_1	MH4_1
RVT2	BP2_4	SF2_2	MH4_2
RMH3	GH1_1	SF2_3	MH4_3
PF02_1	GH1_2	SF2_4	MH4_4
PF02_2	GH1_3	RE2_1	MH4_5
PF04_1	GH1_4	RE3_1	RPCS12sp
PF04_2	VT2_1	MH3_1	RMCS12sp
RP2_1	VT2_2	MH3_2	
RP3_1	VT2_3	MH3_3	
BP2_1	VT2_4	MH3_4	

Tabla 2. Listado de variables correspondientes a las puntuaciones

PCS12_SP	Physical Component Summary (PCS-12) España
MCS12_SP	Mental Component Summary (MCS-12) España

Para comprobar que la ejecución de este archivo es correcta, puede utilizar el fichero **SF12-v1.ejemplo.sav**. Una vez ejecutado el fichero de sintaxis en esta base de datos, se deberán obtener los mismos resultados que los mostrados en el Anexo 2.

ANEXO 1: Nombre que toman las variables en la base de datos

- (GH1) 1. En general, usted diría que su salud es:
- (PF02) 2. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- (PF04) 3 Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- (RP2) 4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- (RP3) 5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- (RE2) 6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- (RE3) 7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- (BP2) 8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- (MH3) 9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- (VT2) 10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tuvo mucha energía?
- (MH4) 11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- (SF2) 12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?



**ANEXO 2: Ejemplo de Tablas de Resultados Obtenidos con el ejemplo
(sf1.2v1 ejemplo.sav)**

Para comprobar que la ejecución del proceso es correcta, puede utilizar el fichero **SF12_v1_ejemplo.sav**. Una vez ejecutado el fichero de sintaxis en la base de datos, se deberán obtener los siguientes resultados.

Frecuencias

Estadísticos

	pl02	pl04	rp2	rp3	re2	ro3	sl2	bp2	mh3	vl2	mh4	pl1
Válidos	14	15	15	15	15	15	15	15	15	14	15	15
Perdidos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Tabla de frecuencia

pl02

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1	5	33,3	35,7	35,7
2	5	33,3	35,7	71,4
3	4	26,7	28,6	100,0
Total	14	93,3	100,0	
Perdidos				
0	1	6,7		
Total	15	100,0		

pf04

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	53,3	53,3	53,3
	2	3	20,0	20,0	73,3
	3	3	20,0	20,0	93,3
	6	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

rp2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	40,0	40,0	40,0
	2	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

rp3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	53,3	53,3	53,3
	2	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

re2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	26,7	26,7	26,7
	2	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

re3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	13,3	13,3	13,3
	2	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

sf2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	5	33,3	33,3	33,3
	3	1	6,7	6,7	40,0
	4	3	20,0	20,0	60,0
	5	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

bp2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	13	86,7	86,7	86,7
	2	1	6,7	6,7	93,3
	3	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

mh3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	53,3	53,3	53,3
	2	2	13,3	13,3	66,7
	3	2	13,3	13,3	80,0
	4	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

vt2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	13,3	14,3	14,3
	2	6	40,0	42,9	57,1
	3	1	6,7	7,1	64,3
	4	2	13,3	14,3	78,6
	5	2	13,3	14,3	92,9
	6	1	6,7	7,1	100,0
	Total	14	93,3	100,0	
Perdidos	9	1	6,7		
Total		15	100,0		

mh4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	6,7	6,7	6,7
	4	3	20,0	20,0	26,7
	5	4	26,7	26,7	53,3
	6	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

gh1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	13,3	13,3	13,3
	2	3	20,0	20,0	33,3
	3	3	20,0	20,0	53,3
	4	5	33,3	33,3	86,7
	5	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Physical Component Summary (PCS-12) España	13	21,52	63,73	42,2645	11,04401
Mental Component Summary (MCS-12) España	13	20,77	63,05	51,5433	11,90962
N válido (según lista)	13				

Correlaciones

Correlaciones

		Physical Component Summary (PCS- 12) España	Mental Component Summary (MCS- 12) España
2. ESF. MODERADOS	Correlación de Pearson	,686(**)	,190
	Sig. (bilateral)	,010	,534
	N	13	13
3. VARIOS PISOS	Correlación de Pearson	,669(*)	-,503
	Sig. (bilateral)	,012	,080
	N	13	13
4. MENOS DE LO DESEADO	Correlación de Pearson	,465	,237
	Sig. (bilateral)	,109	,436
	N	13	13
5. DEJAR TAREAS	Correlación de Pearson	,490	,171
	Sig. (bilateral)	,089	,577
	N	13	13
6. MENOS DE LO DESEADO POR EMOCIONES	Correlación de Pearson	-,378	,826(**)
	Sig. (bilateral)	,203	,001
	N	13	13
7. NO TAN CUIDADOSO POR EMOCIONES	Correlación de Pearson	-,329	,839(**)
	Sig. (bilateral)	,272	,000
	N	13	13
11. DESANIMADO	Correlación de Pearson	-,080	,773(**)
	Sig. (bilateral)	,794	,002
	N	13	13
12. FUNCIÓN SOCIAL- FRECUENCIA	Correlación de Pearson	,208	,630(*)
	Sig. (bilateral)	,498	,021
	N	13	13
8. DOLOR DIFICULTA TRABAJO	Correlación de Pearson	,483	-,012
	Sig. (bilateral)	,095	,869
	N	13	13
1. SALUD EN GENERAL	Correlación de Pearson	,801(**)	-,309
	Sig. (bilateral)	,001	,304
	N	13	13
10. ENERGÍA	Correlación de Pearson	,532	-,024
	Sig. (bilateral)	,061	,937
	N	13	13
9. CALMADO	Correlación de Pearson	,069	,648(*)
	Sig. (bilateral)	,823	,017
	N	13	13

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO 3: Normas Poblacionales de Referencia de la versión española del SF-12 versión 1

Deciles de las puntuaciones de la versión española del cuestionario de Salud SF-12, según la edad

		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	TOTAL
PCS_12	Percentil 5	42,6	41,4	34,1	28,6	25,7	23,4	20,8	28,1
	Percentil 10	48,9	47,5	43,3	34,7	31,6	27,2	24,8	34,8
	Percentil 20	52,8	52,5	51,0	45,2	38,7	31,7	29,4	43,7
	Percentil 25	54,2	54,0	52,4	48,6	41,2	35,1	31,6	46,6
	Percentil 30	54,5	54,4	53,7	50,9	43,6	37,0	34,5	49,0
	Percentil 40	55,0	54,7	54,5	52,8	47,6	42,1	39,0	52,3
	Percentil 50	55,7	55,3	54,8	54,3	50,3	45,5	42,0	54,4
	Percentil 60	56,1	55,9	55,3	54,7	52,5	48,5	45,3	54,8
	Percentil 70	56,7	56,4	56,0	55,4	54,5	51,2	47,3	55,7
	Percentil 75	56,8	56,7	56,3	55,8	54,7	52,1	47,9	56,1
	Percentil 80	57,2	57,0	56,7	56,1	55,2	53,9	49,3	56,4
	Percentil 90	58,4	58,1	57,5	57,0	56,7	55,6	53,3	57,4
	Percentil 95	60,0	59,5	59,0	58,7	57,7	56,7	54,7	58,7
	Media	54,50	54,02	52,63	50,40	46,99	43,23	40,11	50,05
	DE	5,14	5,58	7,48	8,99	10,20	10,95	10,67	9,50
Rango	20,7-67,0	13,0-68,5	13,8-66,3	18,0-66,5	15,3-69,4	11,6-64,1	13,2-63,8	11,6-69,4	
n	2096	2818	1753	626	649	708	366	9016	
MCS_12	Percentil 5	29,9	31,9	31,4	26,9	27,0	24,4	26,6	27,9
	Percentil 10	40,3	41,4	39,8	38,2	32,6	29,1	30,3	35,6
	Percentil 20	46,2	46,6	46,1	46,3	43,0	39,7	40,3	45,2
	Percentil 25	47,8	47,9	47,6	48,1	45,2	43,7	44,8	47,2
	Percentil 30	48,9	49,3	48,7	49,5	47,1	46,1	46,7	48,4
	Percentil 40	50,6	51,1	51,0	51,4	50,0	49,2	50,6	50,6
	Percentil 50	52,0	52,8	52,7	53,1	52,0	51,7	52,8	52,5
	Percentil 60	53,6	53,9	54,0	54,7	53,6	53,4	55,0	54,0
	Percentil 70	55,6	55,9	56,0	56,0	55,7	55,4	56,5	55,9
	Percentil 75	56,0	56,0	56,0	56,2	56,5	56,2	57,6	56,2
	Percentil 80	57,1	57,0	57,4	57,6	57,2	57,4	58,5	57,2
	Percentil 90	58,8	58,8	58,9	58,9	58,9	59,3	60,7	58,9
	Percentil 95	58,9	58,9	58,9	59,3	60,6	60,9	62,4	59,5
	Media	50,44	50,72	50,56	50,47	49,16	48,30	49,42	50,00
	DE	8,61	8,27	8,59	9,55	10,49	11,22	11,41	9,55
Rango	8,9-68,7	4,1-67,2	11,9-65,8	3,7-69,2	6,5-68,3	11,2-67,9	9,9-69,2	3,7-69,2	
n	2096	2818	1753	626	649	708	366	9016	

Deciles de las puntuaciones de la versión española del cuestionario de Salud SF-12, según la edad, **Hombres**

		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	TOTAL
PCS_12	Percentil 5	44,1	44,3	35,5	30,6	25,7	23,8	24,7	30,3
	Percentil 10	49,8	50,1	47,0	37,1	32,4	28,7	27,6	37,6
	Percentil 20	53,4	53,7	53,1	48,9	39,1	35,2	34,0	46,7
	Percentil 25	54,4	54,4	54,0	51,5	42,9	37,4	38,9	49,7
	Percentil 30	54,5	54,5	54,3	51,9	44,8	41,2	40,4	51,4
	Percentil 40	55,0	54,8	54,7	54,0	50,0	45,4	42,5	54,0
	Percentil 50	55,8	55,4	55,0	54,5	51,6	48,4	45,4	54,5
	Percentil 60	56,1	55,9	55,3	54,8	54,3	50,7	46,6	55,1
	Percentil 70	56,7	56,5	56,0	55,6	54,7	51,9	48,0	55,9
	Percentil 75	56,8	56,7	56,2	55,9	54,8	53,7	49,7	56,1
	Percentil 80	57,1	57,0	56,7	56,1	55,3	54,3	51,7	56,6
	Percentil 90	58,3	57,9	57,3	56,9	56,8	55,6	54,7	57,3
	Percentil 95	59,6	59,0	58,5	58,7	57,2	56,4	56,7	58,6
	Media	54,64	54,50	53,22	51,27	47,76	44,91	43,10	51,14
	DE	4,8	4,77	7,09	8,49	10,15	10,45	9,72	8,64
Rango	20,7-66,7	23,1-68,3	16,2-64,1	18,0-63,4	15,3-59,6	11,6-67,9	14,9-57,9	11,6-68,3	
n	1017	1258	737	240	256	272	131	3911	
MCS_12	Percentil 5	35,2	37,0	37,7	37,4	30,4	26,0	28,2	32,2
	Percentil 10	43,8	44,3	43,6	44,6	40,1	33,8	30,3	42,9
	Percentil 20	47,8	47,7	47,5	48,5	47,5	46,4	44,8	47,5
	Percentil 25	49,1	49,0	48,6	50,0	48,9	48,2	45,1	48,9
	Percentil 30	50,2	49,9	50,0	51,3	50,3	49,6	49,3	50,0
	Percentil 40	51,6	51,6	52,0	52,7	52,3	52,1	51,6	52,0
	Percentil 50	53,2	53,1	53,5	54,1	53,6	54,0	53,3	53,5
	Percentil 60	54,6	54,0	54,1	55,5	55,5	55,7	55,6	55,0
	Percentil 70	56,0	56,0	56,0	56,1	56,6	56,9	57,0	56,0
	Percentil 75	56,7	56,0	56,0	57,1	57,1	57,6	58,3	57,0
	Percentil 80	57,8	57,1	57,6	57,9	57,9	58,5	59,0	57,9
	Percentil 90	58,8	58,8	58,9	58,9	59,0	59,9	61,0	58,9
	Percentil 95	58,9	58,9	58,9	59,3	60,6	61,0	62,2	59,5
	Media	51,65	51,66	51,71	52,09	51,54	51,09	50,49	51,57
	DE	7,8	7,08	7,25	8,45	9,07	10,11	10,63	8,35
Rango	8,9-68,7	4,1-64,8	15,4-65,3	3,7-65,9	12,1-68,3	15,4-67,9	20,8-69,1	3,7-42,9	
n	1017	1258	737	240	256	272	131	3911	

Deciles de las puntuaciones de la versión española del Cuestionario de Salud SF-12, según la edad, Mujeres

		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	TOTAL
PCS_12	Percentil 5	41,4	39,5	33,4	27,3	25,9	22,7	17,2	27,1
	Percentil 10	47,5	44,9	41,6	32,2	31,1	26,4	22,7	32,3
	Percentil 20	52,3	51,0	48,7	42,6	38,4	30,9	27,2	41,1
	Percentil 25	53,7	52,9	50,7	45,4	40,8	32,6	29,5	43,9
	Percentil 30	54,4	54,0	52,0	48,6	42,8	35,5	31,4	46,7
	Percentil 40	54,8	54,6	54,3	52,1	46,2	40,1	36,2	50,8
	Percentil 50	55,6	55,2	54,6	53,9	48,6	43,3	38,4	53,6
	Percentil 60	56,1	55,9	55,3	54,5	51,2	46,5	42,7	54,6
	Percentil 70	56,7	56,4	56,1	54,9	53,3	49,0	45,7	55,4
	Percentil 75	56,9	56,7	56,4	55,4	54,5	51,3	47,0	55,9
	Percentil 80	57,3	57,0	56,7	55,9	55,0	52,7	47,8	56,3
	Percentil 90	58,5	58,2	57,8	57,0	56,4	55,8	51,1	57,5
	Percentil 95	60,8	60,1	60,3	58,7	58,1	57,1	53,5	59,0
	Media	54,36	53,53	52,07	49,54	46,36	41,90	37,80	49,03
	DE	5,43	6,26	7,80	9,40	10,20	11,16	10,81	10,13
Rango	27,4-67,0	13,0-68,5	13,8-66,3	20,0-66,5	16,7-69,4	15,7-64,1	13,2-63,8	13,0-69,4	
n	1079	1560	1016	386	393	436	235	5105	
MCS_12	Percentil 5	27,8	27,9	28,4	25,8	24,4	22,4	25,7	25,8
	Percentil 10	36,0	36,5	33,9	30,1	29,6	27,0	29,9	31,7
	Percentil 20	44,8	45,2	44,5	44,2	39,4	36,7	36,6	42,3
	Percentil 25	46,2	47,1	45,9	46,1	42,4	39,6	41,6	45,0
	Percentil 30	47,5	48,3	47,8	47,6	44,3	42,0	45,5	46,6
	Percentil 40	49,6	50,3	50,0	50,0	47,3	46,5	50,3	49,3
	Percentil 50	50,9	52,1	51,8	51,6	50,0	49,4	52,2	51,3
	Percentil 60	53,0	53,6	53,6	53,5	52,1	51,8	54,6	53,1
	Percentil 70	54,5	55,6	55,6	55,0	54,0	53,4	56,3	54,9
	Percentil 75	56,0	56,0	56,1	56,0	55,3	54,0	56,9	56,0
	Percentil 80	56,3	56,7	57,2	56,3	56,4	55,6	57,8	56,6
	Percentil 90	58,8	58,8	58,8	58,8	58,9	58,7	60,5	58,8
	Percentil 95	58,9	58,9	58,9	59,2	60,2	60,4	62,5	59,5
	Media	49,19	49,76	49,46	48,86	47,22	46,09	48,59	48,55
	DE	9,21	9,23	9,57	10,28	11,16	11,56	11,92	10,34
Rango	11,4-64,5	5,1-67,2	11,9-65,8	13,6-69,2	6,5-66,5	11,2-66,1	9,9-69,2	5,1-69,2	
n	1079	1560	1016	386	393	436	235	5105	

CUESTIONARIO SF-12 SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Versión estándar

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
--	---------------------	-----------------------	-----------------------

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora..... 1..... 2..... 3

3. Subir varios pisos por la escalera..... 1..... 2..... 3

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SÍ	NO
4 ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5 ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	SÍ	NO
6 ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7 ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <u>cuidadosamente</u> que de costumbre, por algún problema emocional?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (Incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9 se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10 tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11 se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas

Anexo N° 2

**Cuestionario de caracterización
de los encuestados**

***Calidad de Vida en el revascularizado coronario,
en consulta externa de un Hospital
del subsector público.***

Cuestionario de caracterización de la población

El objetivo de esta investigación es conocer la calidad de vida percibida por la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria que se asiste en la consulta externa de un hospital del subsector público a través de la cuantificación de estado de salud durante el periodo noviembre-diciembre de 2006.

INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuestionario Ud. encontrará una serie de preguntas que se relacionan con sus actividades de la vida diaria, relaciones familiares, sociales y situación laboral.

Ésta información es de carácter confidencial y anónimo.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Calidad de Vida en el revascularizado coronario, en consulta externa de un Hospital del subsector público.

El objetivo de esta investigación es conocer la calidad de vida percibida por la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria que se asiste en la consulta externa de un hospital del subsector público a través de la cuantificación de estado de salud durante el periodo noviembre-diciembre de 2006.

Día ____ Mes ____ Año ____

Edad..... Sexo:

1. Marque la opción que corresponda, referente a los estudios que Ud. realizó:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Otros:

2. ¿Cuanto tiempo hace que lo operaron?

- 1 - 2 meses
- 3 - 4 meses
- 5 - 6 meses

3. En cuanto a sus relaciones familiares:

¿Cómo percibe sus relaciones familiares, luego de la cirugía hasta el momento actual?

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

4. En cuanto a sus relaciones sociales luego de la cirugía Ud. diría que éstas son:

- Satisfactorias
- Insatisfactorias

Calidad de Vida en el revascularizado coronario, en consulta externa de un Hospital del subsector público.

El objetivo de esta investigación es conocer la calidad de vida percibida por la población intervenida quirúrgicamente de revascularización coronaria que se asiste en la consulta externa de un hospital del subsector público a través de la cuantificación de estado de salud durante el período noviembre-diciembre de 2006.

5. En relación a su situación laboral luego de la operación Ud diría que actualmente:

- Posee empleo estable
- Posee empleo inestable (Changas)
- Perdió su empleo
- Percibe jubilación
- Percibe pensión

6. En cuanto a su actividad sexual, Ud. diría que esta es actualmente:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria

7. En relación a las actividades que realiza y al ejercicio:

¿Realiza algún tipo de actividad física?

- Si
- No

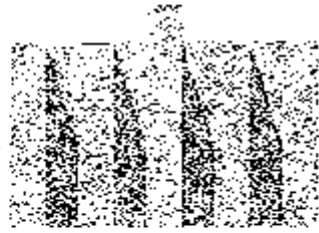
8. En cuanto al sueño y descanso, actualmente Ud diría que:

- Se despierta por la noche (Sueño interrumpido)
- Tiene dificultad para conciliar el sueño (Insomnio).
- Duerme sin dificultades.

Firma del encuestador. _____

Anexo N° 3

**Información estadística de
producción año 2005**



HOSPITAL DE CLÍNICAS

“Dr. Manuel Quintela”

Departamento
REGISTROS MÉDICOS

Información Estadística
De Producción
Año 2005

INDICE

Pág. 1	Estadística de hospitalización
Pág. 2	Consulta Externa
Pág. 3	Departamento de Emergencia
Pág. 4	Actividad quirúrgica
Pág. 5	Obstetricia y Recién nacidos
Pág.6	Neonatología
Pág. 7	Estadística de Mortalidad
Pág. 8	Departamento de Radiología
Pág. 9	Departamento de Fisiatría
Pág.10	Tabla comparativa
Pág.11	Tabla acumulativa.
	Anexos

PRINCIPALES DATOS E INDICADORES

Egresos hospitalarios	8851
Porcentaje ocupacional	86,58
Giro de camas	20
Promedio días estada	16
Porcentaje de mortalidad global	4,63
Actividad en Consulta Externa	145591
Promedio diario atenciones	602
Consultas en Emergencia	39804
Promedio diario de consultas	109
Ingresos desde Emergencia	6453
Actividad quirúrgica	5326
Partos	1012
Porcentaje de cesáreas	23,72
Nacimientos	1030
Porcentaje de mortalidad fetal	1,17
Estudios radiología convencional	22898
Ecografías	8074
Tomografías	8759
Otros estudios imagenológicos	1830
Tratamientos en Fisiatría	42778
Estudios laboratorio de Fisiatría	489
Endoscopia digestiva	1946
Consultas al C.I.A.T.	9820
Estudios Anatomía Patológica	6310
Estudios Neurofisiología Clínica	702
Donantes recibidos en Hemoterapia	5658
Estudios en Medicina Nuclear	28776
Estudios Laboratorio Clínico	887826
Estudios y tratamientos Cardiología	22556

ESTADÍSTICA DE HOSPITALIZACIÓN. AÑO 2005

CLINICA	INGRESOS	PAC. DIA.	C.LIBRES	ALTAS	TRANSF. SALEN	TRANSF. ENTRAN	FALL <48.HS	FALL >48.HS	TOTAL FALLEC.	TOTAL EGRESOS	% ocup	% inort. Global	% inort. Neto	Giro de camas	pt. estudio
NEUROLOGIA	227	8991	819	326	44	150	3	8	11	337	91.65%	2.89%	2.10%	14	24
Q.F.	474	9782	1020	505	148	188	1	15	16	521	90.56%	2.39%	2.24%	22	15
C.CARDIACA	119	2244	309	189	97	171	0	1	1	190	87.90%	0.53%	0.35%	41	8
MED. NUCLEAR	48	244	486	47	0	1	0	0	0	47	33.42%	0.00%	0.00%	24	5
C.PLASTICA	323	2574	1437	326	16	20	0	3	3	329	64.17%	0.87%	0.87%	31	7
M.C.	518	11804	517	550	176	227	4	34	38	588	95.80%	4.97%	4.45%	22	15
HEMATOL.	217	3645	1049	230	22	41	0	10	10	240	77.65%	3.82%	3.82%	22	14
Q.B.	775	10094	1510	653	256	164	1	20	21	674	86.99%	2.26%	2.15%	29	11
UROLOGIA	338	9490	1324	556	67	89	0	4	4	360	87.76%	0.94%	0.94%	14	22
Q.A.	830	10324	1275	752	228	160	3	20	23	775	89.01%	2.29%	1.99%	31	10
OFT.	420	3195	2858	391	47	22	0	0	0	391	52.78%	0.00%	0.00%	24	7
ORL	193	6018	500	234	18	85	4	20	24	258	92.33%	8.70%	7.25%	15	22
M.A.	399	15773	978	846	204	216	8	66	74	920	94.16%	6.58%	5.87%	24	14
DERMATOLOGIA	60	1182	274	61	16	19	1	0	1	62	81.18%	1.23%	0.00%	20	15
M.B.	752	16193	937	708	170	159	6	36	42	750	94.53%	4.57%	3.91%	20	18
NEFROL.	155	3206	444	163	39	45	0	3	3	166	87.84%	1.46%	1.46%	21	16
GINEC.	1922	12819	4020	1937	38	34	0	3	3	1940	76.13%	0.15%	0.15%	41	6
SUB TOTAL MOD.	8270	127578	19757	8274	7586	1791	31	243	274	6548	86.59%	3.21%	2.84%	21	15
C.T.I.	165	4111	269	10	229	178	12	91	103	113					
U.CARDIOLOGICA	116	921	174	57	119	69	0	0	0	57					
5º piso 7	73	2630	1000	56	156	152	2	6	8	64					
5º piso 8	179	2894	214	44	413	317	1	24	25	69					
SUB TOTAL CTH - CI	533	10556	7657	167	917	716	15	127	136	303					
TOTAL	8803	138134	21414	8441	2503	2507	46	364	410	8851	86.58%	4.63%	4.11%	20	16
CENAQUE	118	2841	2265	86	13	9	7	21	28	114	55.64%	22.05%	16.54%	9	22

Fuente: Censo diario de pacientes hospitalizados.

**CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADOS INTERMEDIOS
AÑO 2005**

	C.I. Piso 7	C.I. Piso 8	C.T.I.	U.Cardiológica
Admitidos	225	496	343	185
Egresos	220	482	342	176
Fallec<48 horas	2	1	12	0
Fallec>48 horas	6	24	91	0
Total de fallecidos	8	25	103	0
% mortalidad global	3,64	5,19	30,12	0
% mortalidad neta	2,73	4,98	26,61	0
% ocupacional	72,45	93,11	93,86%	84,11
Giro de camas	22	60	29	59
Promedio de días estada	12	6	12	5

NEONATOLOGIA. AÑO 2005

	Nro. egresos	Pacientes día	% ocupacional	Giro de camas	Pr. días estada
enero	8	104	33,55	1	6
febrero	11	148	52,86	1	6
marzo	14	145	46,77	1	11
abril	20	137	45,67	2	6
mayo	19	194	62,58	2	8
junio	12	152	50,67	1	11
julio	14	203	65,48	1	9
agosto	20	191	61,61	2	10
Setiembre	22	137	45,67	2	6
octubre	13	143	46,13	1	7
noviembre	12	149	49,67	1	6
diciembre	21	164	52,90	2	6
Total	186	1867	51,15	19	6

CONSULTA EXTERNA. AÑO 2005

POLICLINICA	CONSULTAS NUEVAS	CONSULTAS ULTERIORES	INTERCONSULTAS	CONSULTAS EMERGENCIA	TOTAL CONSULTAS	PROMEDIO DIARIO	TRATAMIENTOS	TOTAL ACTIVIDADES	PROMEDIO DIARIO	Nro. Consultas	TOTAL 2005	TOTAL 2004	DIFERENCIA
ANESTESIA	18	151	1254	0	1403	8	0	1403	8	169	1403	1608	-205
CIR. PLASTICA	408	2635	97	0	3140	38	0	3140	38	83	3140	3012	+128
DERMATOLOGIA	656	3815	866	0	7337	54	0	7337	54	213	7337	8319	-982
ENTOCOLITIS	114	3926	232	0	4272	25	0	4272	25	169	4272	4792	-520
HEMATOLOGIA (mañana)	12	887	33	0	922	12	0	922	12	78	922	1165	-243
HEMATOLOGIA (tarde)	76	187	0	0	263	6	0	263	6	41	263	248	+15
SUB-TOTAL HEMATOLOGIA	88	1074	33	0	1195	10	0	1195	10	119	1195	1413	-218
MEDICINA A (mañana)	71	925	33	0	1029	27	0	1029	27	38	1029	1229	-200
MEDICINA A (tarde)	3	0	0	0	3	3	0	3	3	1	3	384	-381
SUB-TOTAL M.A.	74	929	33	0	1032	27	0	1032	27	39	1032	1613	-581
MEDICINA B (mañana)	86	1253	43	0	1417	19	0	1417	19	74	1417	1914	-497
MEDICINA B (tarde)	149	265	46	0	461	10	0	461	10	44	461	610	-149
SUB-TOTAL M.B.	235	1518	89	0	1878	16	0	1878	16	118	1878	2524	-646
MEDICINA C (mañana)	98	1679	248	0	2025	13	0	2025	13	151	2025	1584	+441
MEDICINA C (tarde)	0	265	0	0	265	16	0	265	16	22	265	568	-303
SUB-TOTAL M.C.	98	1944	248	0	2292	14	0	2292	14	173	2292	2152	+140
MEDICINA GRAL. (mañana)	202	454	48	0	704	12	0	704	12	58	704	2488	-1784
MEDICINA GRAL. (tarde)	31	68	0	0	99	3	0	99	3	38	99	95	+4
Medicina del Digestivo	40	1369	92	0	1801	26	0	1801	26	57	1801	1771	+30
NEFROLOGIA	665	512	194	0	1371	27	0	1371	27	227	1371	6180	-4809
NEUROLOGIA (mañana)	51	1124	0	0	1175	13	0	1175	13	89	1175	1110	+65
NEUROLOGIA (tarde)	718	6445	194	0	7557	23	0	7557	23	316	7557	7686	-129
SUB-TOTAL NEUROLOGIA	227	3063	751	0	4041	19	0	4041	19	208	4041	4589	-548
GASTROENTEROLOGIA	22	743	202	0	967	4	0	967	4	219	967	963	+4
ODONTOLOGIA	50	1770	15	0	1835	8	0	1835	8	219	1835	2757	-922
PSIQUIATRIA	224	1300	313	0	1837	12	0	1837	12	130	1837	2248	-411
QUIRURGICA A (mañana)	20	174	0	0	194	4	0	194	4	47	194	219	-25
QUIRURGICA A (tarde)	344	2774	319	0	3037	10	0	3037	10	2021	2021	2467	-446
SUB-TOTAL QUIR. A.	364	2948	319	0	3231	10	0	3231	10	197	3231	2676	+555
QUIRURGICA B (mañana)	116	676	61	0	853	12	0	853	12	73	853	1162	-309
QUIRURGICA B (tarde)	52	765	0	0	848	9	0	848	9	94	848	899	-51
SUB-TOTAL QUIR. B.	168	1441	61	0	1701	10	0	1701	10	167	1701	2061	-360
QUIRURGICA F (mañana)	124	952	96	0	1172	11	0	1172	11	111	1172	1635	-463
QUIRURGICA F (tarde)	56	511	0	0	567	12	0	567	12	46	567	392	+175
SUB-TOTAL QUIR. F.	180	1463	96	0	1735	11	0	1735	11	157	1735	2027	-292
ROLOGIA	214	3023	238	0	3275	21	0	3275	21	169	3275	3925	-650
OPHTALMOLOGIA	718	11575	2112	2633	17038	74	0	17038	74	229	17038	21107	-4069
CIR. CARDIACA	29	781	138	0	968	5	0	968	5	181	968	812	+156
ONCOLOGIA	462	3875	0	0	4341	18	7593	11934	51	235	11934	11900	+34
GERIATRIA	103	1123	138	0	1364	6	0	1364	6	229	1364	1232	+132
FISICA MEDICA	70	1278	1171	0	2519	11	42367	45386	190	239	45386	41760	+3626
NEUROPSICOLOGIA	35	253	384	0	672	4	0	672	4	192	672	765	-93
TRAT. DEL DOLOR	22	473	113	0	608	5	0	608	5	114	608	495	+113
O.R.L.	278	4178	233	0	4889	35	0	4889	35	138	4889	5229	-350

QUINCOLOXIA (mañana)	108	8727	0	0	8834	30	0	39	8835	8979	-144
QUINCOLOXIA (tarde)	30	563	5	0	598	11	0	11	598	1360	-762
SUB-TOTAL-QUINCOLO	138	9290	5	0	9433	33	0	33	9433	10639	-906
CARDIOLOGIA	339	3142	1638	0	5119	25	0	25	5119	4605	-514
TOTAL	6207	76697	10794	2638	9534	393	50410	682	14581	156934	-11843

Fuente: Partes diarios de Consulta Externa

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. AÑO 2005

PACIENTES ATENDIDOS	39804
Promedio diario	109
Pacientes atendidos días hábiles	30533
Promedi diario	125
Pacientes atendidos sábados, domingos y feriados	9271
Promedio diario	77
INGRESOS AL HOSPITAL	6453
Promedio diario de ingresos	18
Porcentaje de ingresos en el total de consultas	16,21
Porcentaje de ingresos en el total de ingresos	75,68
Fallecidos en Emergencia	193
Pases a forense	54

Fuente: Archivo del Departamento de Emergencia

ACTIVIDAD QUIRURGICA. AÑO 2005

CLINICA	COORDINACION	URGENCIA	AMBULATORIA	POLICLINICA	TOTAL
QUIRURGICA A.	198	28	3	0	229
QUIR. A. (VASC.)	58	16	0	0	74
TOTAL QUIR. A.	256	44	3	0	303
QUIRURGICA B.	165	23	0	0	188
QUIR. B. (VASC.)	72	12	0	0	84
TOTAL QUIR. B.	237	35	0	0	272
QUIRURGICA F.	143	15	0	0	158
QUIR. F. (VASC.)	33	5	0	0	38
TOTAL QUIR. F.	176	20	0	0	196
O.R.L.	82	83	0	591	756
OFTALMOLOGIA	51	97	2	656	806
C.CARDIACA	73	13	0	0	86
UROLOGIA	228	86	30	0	344
NEUROLOGIA	126	241	0	0	367
GINECOLOGIA	168	222	0	0	390
CESAREAS	0	240	0	0	240
TOTAL GINECOGTOC.	168	462	0	0	630
C.PLASTICA	94	88	88	0	270
BLOCK CENAQUE (C.P.)	26	130	0	0	156
TOTAL C.PLASTICA.	120	218	88	0	426
EMERGENCIA	0	728	0	0	728
EMERGENCIA (VASC.)	0	104	0	0	104
TOTAL EMERGENCIA	0	832	0	0	832
RX - T.A.C.-Y OTROS	101	98	1	0	200
TRAT DOLOR	41	55	12	0	108
TOTAL	1659	2784	136	1247	5326

OBSTETRICIA Y RECIEN NACIDOS AÑO 2005

PARTOS

Espontáneos	696
Fórceps	76
Cesáreas	240
TOTAL DE PARTOS	1012
% DE CESAREAS	23,72
Partos gemelares	18

NACIMIENTOS

Nacidos vivos	1018
Nacidos muertos	12
TOTAL DE NACIMIENTOS	1030
Nacimientos en ciudad	4
Recién nacidos fallecidos	3
Mortalidad fetal	1,17
Mortalidad de recién nacidos	0,29

Fuente: Archivo del Servicio

ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD. AÑO 2005

TOTAL DE FALLECIDOS 603

De Emergencia	193
De Servicios de Internación	410

De CE.NA.QUE.	28
---------------	----

Mortalidad global en Servicios de Internación	4,63
Mortalidad neta en Servicios de Internación	4,11
Mortalidad global en Cuidados Moderados	3,21
Mortalidad neta en Cuidados Moderados	2,84
Mortalidad global en C.T.I.	30,12
Mortalidad neta en C.T.I.	26,16
Mortalidad global en U.Cardiológica	0
Mortalidad neta en U. Cardiológica	0
Mortalidad global en C.I. Piso 7	3,64
Mortalidad neta en C.I. Piso 7	2,73
Mortalidad global en C.I. Piso 8	5,19
Mortalidad neta en C.I. Piso 8	4,98
Mortalidad materna	0
Mortalidad fetal	1,17
Mortalidad en Recién Nacidos	0,29

Fuente: Certificados de defunción

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA. AÑO 2005

Total de RX	22898
Nro. de placas utilizadas	33715

SISTEMAS ESTUDIADOS

Respiratorio	15580
Óseo	5298
Digestivo	996
Genito – Urinario	844
Otros	90
Circulatorio	79
Neurologico	11

SERVICIOS SOLICITANTES

Emergencia	9090
Consulta Externa	5143
Servicios de Internación	5041
C.T.I.	2899
Block Quirúrgico	377
Recuperación	277
No espec.y otros	71

TOTAL DE ECOGRAFIAS

8074	
Ecografías generales	6624
Eco. Doppler	1259
Punciones de próstata	85
Punciones tiroideas	55
Punciones de torax	19
Punciones hepáticas	12
Punciones de tiroides	7
Punciones de hígado	4
Punciones de abdomen	3
Punciones de mama	3
Punciones de riñon	1
Punciones partes blandas	1
Punciones de parótida	1

TOTAL DE TOMOGRAFIAS

8759	
De Neuro	4535
Body	4120
Angio TC	76
Punciones	28

Otros Estudios

1830	
Mamografías	1492 (5772 f)
Ecografías mamarias	222
Arteriografías (en el angiógrafo)	85
Flebografías (en el angiógrafo)	9

IMAGENOLOGIA

Nefrostomías (en el angiógrafo)	8
Fistulografías (en el angiógrafo)	6
Embolización	3
Alcoholización	1
Arponajes	1
Puncion hepática (en el angiógrafo)	1
Extracción de cálculo	1
Colangio TPF (en el angiógrafo)	1

Fuente: Archivo del Departamento de Radiología

DEPARTAMENTO DE FISIATRIA. AÑO 2005

TRATAMIENTOS	42778
Quinesiterapia	36110
Iontoforesis	1294
Masoterapia	1183
Ultrasonido	1104
Tens	853
Steroidynator	785
Terapia ocupacional	348
Termoterapia	322
Higiene funcional de columna	274
Hidroterapia	195
Ctes. Exitomotoras	133
Ctes. Interferenciales	63
Onda corta	41
Alta frecuencia	26
Ultravioleta	19
Ctes. Diadinámicas	14
Rayos infrarojos	12
Láser	2

FISIATRIA

ESTUDIOS FISIATRIA	LABORATORIO DE	
		489
EMG		304
Velocidad de conducción		146
Estudios eléctricos		22
Test. Trasm. Neurom.		16
Pot. Evocados		1

Año 2005

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	Acumulado 2005	Acumulado 2004	Diferencia
Consultas en Emergencia	3635	3440	3361	3192	3170	3139	3276	3593	3120	3424	3442	3592	39881	41267	-1486
Cons. En Consulta Externa	11445	10359	12357	13078	12603	14025	12365	13734	12139	11290	13246	10552	145597	156934	-11337
Total de egresos hospitalarios	716	736	763	719	708	753	705	709	713	724	771	839	8831	9032	-183
Altos	578	709	729	692	672	705	662	670	690	691	737	806	8441	8655	-214
Fallecidos	38	27	34	27	31	48	43	39	23	33	34	33	410	379	+31
Porcentaje ocupacional	77.67	85.14	84.29	84.85	89.33	88.07	88.47	89.81	89.33	88.44	88.36	80.9	86.58	84.26	+2.32
Gern de camas	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	20	0
Promedio de días estado	15	14	15	15	17	16	17	17	16	17	15	14	16	16	0
Porcentaje mont. Global	5.31	3.67	4.46	3.76	4.41	6.37	6.1	5.5	5.23	4.56	4.41	3.93	4.83	4.2	+0.63
Actividad quirúrgica	276	343	440	483	457	481	412	466	396	503	424	407	5326	5111	+215
Parton	80	99	103	88	68	78	78	72	91	98	77	80	1012	1077	-65
Estudios radiológicos	2077	1639	1900	2004	2070	2088	2103	2140	1717	1706	1619	1915	22898	24117	-1219
Exámenes	693	388	679	706	776	736	717	595	769	604	705	706	8074	8402	-328
Tomografías	705	722	855	757	656	773	749	631	710	667	667	860	8769	8123	+646
Otros estudios por imágenes	156	122	76	146	191	203	182	215	205	29	190	115	1830	2160	-330
Estudios y tratamientos en Fisiatria	3013	2592	3993	3297	3203	3181	3216	4785	4294	3811	5013	2763	43267	40092	+3175

(*) Se egresaron 238 provenientes de policlinica de ORL que no estan incluidas en la distribución mensual

COMPARATIVO

	AÑO 2005	AÑO 2004	Diferencia
Consultas en Emergencia	39804	41247	-1443
Consultas en C. Externa	145591	156934	-11343
Total de egresos hospitalarios	8851	9034	-183
Alias	8441	8655	-214
Fallecidos	410	379	+31
Porcentaje ocupacional	86,58%	84,26%	+2,32%
Giro de camas	20	20	-----
Promedio de días estada	16	16	-----
Porcentaje de mortalidad global	4,63%	4,20%	+0,43%
Actividad Quirúrgica	5326	5111	+215
Partos	1012	1077	-65

ANEXOS
 ENDOSCOPIA DIGESTIVA.
 AÑO 2005

	F.G.C.	Colonoscopias	Rectosigmoid.	Colangiograf.	TOTAL
enero	94	47	3	1	145
febrero	97	49	2	1	149
marzo	93	51	9	2	155
abril	89	51	4	5	149
mayo	105	72	2	2	181
junio	115	62	5	1	183
julio	108	45	5	4	162
agosto	114	65	2	6	187
Setiembre	85	53	10	1	149
octubre	100	65	3	3	171
noviembre	115	53	4	2	174
diciembre	79	56	2	4	141
TOTAL	1194	669	51	32	1946

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico
Año 2005

Motivación voluntaria	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
Aborto	2	0	1	2	1	1	1	0	1	1	2	0	12
Adicción a drogas	18	15	26	20	23	14	19	20	10	16	7	10	198
I.A.E.	288	307	300	248	288	273	254	282	294	345	321	283	3.483
Med. Foleclónica	3	2	1	4	5	6	2	7	2	7	1	1	41
Delictiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	5
Automedicación/ mal uso	6	7	9	6	6	9	3	7	4	20	14	2	93
Otra (intencional)	4	2	2	20	13	12	5	13	9	10	12	11	113
SUB TOTAL (voluntaria)	321	333	339	300	336	315	284	329	320	401	359	308	3945

Motivación involuntaria	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
Accidental	519	446	428	412	399	327	354	305	343	407	397	410	4747
Alimenticia	9	9	14	3	10	8	3	7	4	10	7	2	86
Ambiental	10	6	7	2	0	10	2	5	3	1	3	0	49
Incendio	2	3	4	5	0	0	4	2	1	1	0	0	22
Delictiva	1	2	2	0	4	1	3	4	1	0	0	0	18
Error de medicación	16	13	21	7	11	21	12	12	9	0	7	4	132
fatrogénica	10	12	9	15	11	8	7	15	10	8	12	6	123
Mal uso	16	9	7		7	7	11	6	3	0	0	11	77
Ocupacional	40	20	32	34	25	34	30	40	25	32	29	27	368
Otra (no intencional)	3	2	9	9	2	2	8	5	8	2	5	0	55
SUB TOTAL (involuntaria)	626	522	533	487	469	418	434	401	407	461	460	460	5678

Desconocida	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
	14	14	41	12	16	15	11	11	12	14	17	20	197

TOTAL	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
	961	869	913	799	821	748	729	741	730	876	856	788	9820

INSTITUTO NACIONAL DE DONACION Y TRASPLANTE DE CELULAS, TEJIDOS Y ORGANOS.
AÑO 2005

INDICES DE PRODUCTIVIDAD Y PORCENTAJES

Fallecidos comunicados

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	Setiembre	octubre	noviembre	diciembre
Positivos	25,25%	26,50%	23,50%	22,50%	21,82%	23,89%	25,16%	23,98%	21,28%	23,59%	23,49%	21,24%
Negativos	22,17%	25,00%	23,00%	26,50%	24,70%	23,52%	21,70%	23,32%	27,10%	23,53%	23,55%	22,35%
Sin expresión	51,58%	48,50%	53,50%	51,00%	53,48%	52,59%	53,14%	52,70%	51,62%	52,88%	52,96%	56,41%
Exp.de voluntad positivas	79,00%	76,00%	80,00%	80,00%	85,08%	83,77%	82,64%	81,59%	77,00%	80,57%	79,97%	79,96%
Exp.de voluntad negativas	21,00%	24,00%	20,00%	20,00%	14,92%	16,23%	17,36%	18,41%	23,00%	19,43%	20,03%	20,04%

ANATOMIA PATOLÓGICA
Año 2005

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	Total
Biopsias	90	73	104	102	123	174	61	145	129	136	169	150	1403
Piezas	168	137	155	156	166	158	160	147	137	170	149	128	1831
Extemporaneas	2	6	2	4	7	8	7	5	6	6	8	7	68
Punciones	17	9	12	14	21	28	21	8	14	20	23	15	202
Colpocitologías	123	111	94	144	130	155	148	130	124	163	136	101	1559
Neuropcias	0	2	2	3	3	0	2	1	1	0	0	1	15
Placentas	16	15	17	14	9	14	8	17	6	10	9	6	141
PBR	8	4	1	3	4	3	1	1	1	0	0		26
Legrados	8	11	8	10	7	6	8	3	3	5	11	9	89
Mat. De investigación	0	2	1	8	0	0	0	1	0	0	0	1	13
Líquidos	0	0	2	6	2	5	1	1	6	1	2	1	27
Cepillado	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	7
Citol. Exfoliat.	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0		4
IHQ	0	0	55	76	67	159	38	72	42	58	105	98	780
Otros	35	29	0	0	0	0	0	1	3	6	3	8	85
TOTAL	467	399	453	547	539	710	455	532	478	586	617	527	6310

DEPARTAMENTO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA. AÑO 2005

	ENERO	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SET	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL
Total de estudios Electroencefalografía	25	35	44	54	40	41	32	55	43	40	35	25	469
Policlínica Neurológica	18	25	38	44	33	32	28	39	29	28	29	12	355
Policlínicas Generales	1	3	3	3	2	0	0	3	0	1	4	0	20
Clínica de Neurología	2	1	1	4	0	1	2	3	2	2	1	1	20
Clínicas Generales	1	3	1	1	3	4	0	6	6	2	1	4	32
C.T.I.	0	1	0	1	2	2	1	4	6	4	0	7	28
M.S.P.	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Nursery	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Emergencia	2	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	1	9
Extrap. Pagoste	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Instituto de Higiene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estudios especiales	2	1	0	3	3	4	3	2	9	2	2	0	31
Test de Wada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Video EEG								1	0	0	0	0	1
Monitores prolong(G.C.E.)	2	1	1	2	1	2	2	1	9	2	2	0	25
Otros	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	5
Potenciales evocados	29	31	16	21	24	4	9	12	19	10	24	23	202
Auditivos	10	4	3	7	7	2	4	6	7	5	9	8	72
Visuales	12	3	9	8	7	1	3	4	6	3	9	8	73
Somatosensitivos	7	4	3	6	10	1	2	2	6	2	6	7	56
4 MM	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	4

**CATEDRA Y DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA
AÑO 2005**

	ene	feb	mar	abr	mayo	jun	Jul	Ag	Set	oct	nov	dic	TOTAL
<i>Donantes recibidos</i>	487	466	464	492	448	421	408	497	495	499	525	456	5658
Clasificaciones	487	466	415	492	408	383	366	447	457	451	525	412	5309
Hemogramas	487	466	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5254
Inv. De antio. irregulares	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116
H.I.V.	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116
H.V.C.	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116
HBsAg	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116
Chagas	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116
V.J.R.L.	416	399	415	437	408	383	366	447	457	451	525	412	5116

Hemocomponentes producidos

Plasma fresco	388	317	318	375	328	336	340	397	410	361	393	349	4312
Concent. plaquetarios	289	205	237	211	217	203	235	273	398	217	250	240	2975
Crioprecipitados	0	10	17	6	0	0	10	0	0	0	0	0	43
Albumina (frascos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangre desplasmada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangre total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Hemocomponentes transfundidos

Sangre total							1	3	4	1	3	12	
Plasma fresco	176	121	293	106	176	147	250	122	361	230	247	195	2424
Concentrados plaquetarios	280	80	197	153	181	188	201	222	265	234	330	263	2594
Sangre desplasm.	378	271	376	347	406	356	386	365	401	425	442	362	4515
Crioprecipitados	0	0	0	0	0	0	0	0	10	12	0	0	22

Hemoderivados transfundidos

Factor VIII (en ui)	58760	85790	75260	39816	59106	38200	75400	100000	70040	76500	63500	86730	829102
Factor IX (en ui)	6000	6000	0	3000	7500	13000	10000	5000	11000	7000	10000	12000	92500
Albumina IV(en frascos)	31	70	29	18	18	30	25	51	61	43	13	0	389
Imunog. Intrav. (en esjas)	0	0	0	0	48	80	20	0	4	47	27	23	249
Anti-rhoD (en ampollas)	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	9

Estudios realizados a pacientes

Clasificación sanguínea	311	271	279	331	356	288	102	565	398	415	405	369	4090
Invest. De antio. irregulares	58	62	64	48	46	59	60	84	62	57	85	77	762
Ident. de antio. irregulares	24	28	24	24	24	21	22	20	24	12	17	14	254
Coomb directo a RN	75	68	68	68	64	72	62	66	68	69	72	79	831
Coomb directo a pacientes	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2	26
Prueba de compatibilidad	0	346	376	0	347	356	386	366	404	429	421	365	3796

Procedimientos especiales

Aféresis (donantes)	8	4	0	0	2	0	1	0	5	6	0	7	33
Aféresis (terapéuticas)	6	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Transfusión autóloga	4	5	3	0	6	0	4	0	3	7	0	0	32

MEDICINA NUCLEAR, AÑO 2005

	Ciudad	Clasificación	Diagnóstico	Diagnóstico X tipo	ECG	F.R.V.S.	Flebo cont.	Udido	Tampon centesis	Hefido espinterico	Lado central	MTBG	Bacteriograma	Afuerza	Caso	PST	Tuberculof	NGH	Radi	S CR	S VG	Sangu. Digestivo	MFG CI	Mphi perito	Mphi testones	PMN perifericos	T.B.V.G.	CT. DIV	CT.	Quora	Total "in vivo"	MTA	SUB TOTAL	TSH ultrason	TOTAL				
enero	0	4	3	7	7	22	0	0	5	0	0	4	21	0	84	1	5	4	3	8	1	0	8	0	0	1	1	1	2	1	0	9	27	5	234	37	271	1541	4812
febrero	1	3	4	18	5	15	1	1	1	1	0	4	28	0	81	1	2	0	5	0	6	0	1	0	4	1	0	4	37	5	235	31	260	1332	1592				
marzo	1	4	5	16	11	5	0	0	8	1	2	1	40	0	95	3	8	6	2	16	0	3	2	0	4	5	1	3	22	3	270	35	305	1109	2499				
abril	0	5	4	23	18	22	0	2	5	2	0	2	30	0	106	2	9	6	11	15	0	7	0	2	1	1	1	15	45	5	377	47	424	1943	2367				
mayo	0	0	0	20	19	30	0	0	1	1	0	1	44	1	316	1	3	6	5	1	10	1	0	0	1	3	5	1	6	20	18	138	75	411	1805	2116			
junio	0	5	5	6	16	21	0	0	3	0	0	3	65	0	138	6	0	8	2	10	0	2	0	0	1	4	7	0	0	1	4	7	0	321	49	370	2517	2687	
julio	0	3	3	15	15	29	0	1	7	0	0	4	40	0	93	1	0	8	5	14	1	17	0	2	0	1	11	8	0	2	40	4	325	47	372	2310	2682		
agosto	0	4	6	34	19	75	2	1	4	1	0	1	57	0	102	3	0	8	6	13	1	11	0	1	2	2	15	0	0	40	6	355	50	405	2221	2426			
septiembre	0	5	5	19	17	25	0	0	3	0	1	1	88	0	95	2	4	7	6	17	2	4	15	2	1	2	4	14	0	0	43	12	389	53	442	2308	2450		
octubre	0	1	5	22	15	29	0	2	3	1	1	1	61	0	93	0	10	8	6	19	1	0	15	0	2	4	5	0	0	34	9	54	67	411	1741	2152			
noviembre	0	5	6	22	15	14	0	3	3	0	0	5	70	0	81	6	2	7	4	15	1	12	1	2	0	3	2	17	0	0	37	6	324	65	370	2215	2583		
diciembre	0	4	3	1	14	20	0	0	0	0	0	2	30	0	73	7	1	2	3	11	0	20	0	2	0	4	4	0	0	19	8	240	45	296	2412	2710			
TOTAL	2	48	58	182	170	246	3	10	42	7	4	27	645	1	1107	31	42	69	54	137	9	12	128	4	16	5	19	45	65	2	44	403	89	3756	581	4337	24439	28776	

ANO 2005

Repetición	ENERO	FEBR.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL
Bioquímica	19732	17033	16974	19025	20095	16583	18728	21584	23512	23967	28207	15736	241176
Emergencia	26433	28768	30737	31288	31006	29880	28519	30627	33489	31358	30640	28438	361383
Inmunología	2950	3020	2938	3184	3529	3495	3303	3444	3706	3683	3655	3097	40004
Microbiología	2390	2257	2334	2239	2220	2516	2377	4229	4039	3903	4274	3901	36669
Monitoreo de medicamentos	102	130	154	158	141	135	126	107	128	133	108	106	1528
Hematología	13107	12205	14786	13641	13761	14123	12377	13915	12774	14492	12670	12343	160194
Trasmisibles	3663	3635	3792	4253	3742	3701	3376	4028	4445	4294	4216	3927	47072
Total	68377	67068	71715	73788	74434	70433	68806	77934	82083	81330	83770	67548	887826

**LABORATORIO DE EXPLORACION FUNCIONAL RESPIRATORIA
AÑO 2005**

	ENERO	FEBR	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL	194	196	280	362	339	347	334	364	378	352	343	336	3975
Gases en sangre	117	114	184	225	236	218	201	233	251	219	229	231	2458
Espirometrias	45	46	50	74	51	78	57	73	59	78	69	52	742
Prueba máxima de ejercicio	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	2	2	36
Distancia recorrida en 6 minutos	0	6	12	18	14	10	19	25	20	16	20	20	180
Volúmenes Pulmonares	8	8	7	8	11	10	13	10	12	11	6	9	113
Polisinnógrafos	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	2	2	36
Medición de CO espirado	0	0	1	11	8	12	16	3	8	8	4	3	74
Fuerzas musculares	2	0	2	3	2	3	1	1	6	4	0	6	30
Oximetrías nocturnas	4	4	4	4	1	0	1	3	2	0	0	1	24
Varabilidad de Frec.cárdiaca	10	10	12	11	12	10	10	12	12	12	11	10	132

Fuente: Laboratorio de Exploración funcional respiratoria

Anexo N° 4

**Caracterización de la población que
se asiste en consulta externa**

Caracterización de usuarios revascularizados coronarios asistidos en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” durante el año 2005.

De acuerdo con la revisión de las historias clínicas proporcionadas por el jefe del Departamento de Registros Médicos Sr. Álvaro Pérez en el mes de Agosto de 2006, se destaca en cuanto a las características de los usuarios revascularizados coronarios asistidos (Ver anexo N° 3) que entre los factores de riesgo no modificables podemos decir que el 58% corresponde al sexo masculino, presentando una media de edad de 50 años. De los factores de riesgo modificables podemos decir que el 47,4% de los usuarios presentan por lo menos tres de ellos, la presencia de 2 y más de 3 factores de riesgo se corresponden ambos con una frecuencia relativa de 26,3 %. Por consiguiente no se encontraron usuarios con la presencia de un solo factor de riesgo cardiovascular modificable.

Respecto a la presencia de factores de riesgo modificables el 100% de los usuarios presenta comorbilidades, siendo el 68,4% dislipémicos y 95% hipertensos. Estos porcentajes fueron calculados en base a un N de 19 usuarios.

De los hábitos nocivos presentes en dicha población se destacan tabaquismo, con una frecuencia de 63%, obesidad con un 21%, alcoholismo y estrés ambos con un 16%, sedentarismo y sobrepeso con una frecuencia del 10%, estas proporciones fueron calculadas bajo el mismo N.

De los usuarios intervenidos quirúrgicamente el 63% presentaron complicaciones postoperatorias producto del acto quirúrgico. De aquellos que presentaron complicaciones el 50% presentaron por lo menos una complicación postoperatoria, seguido de un 33,3% que presentaron dos complicaciones postoperatorias. Entre las más frecuentes encontramos el edema agudo de pulmón y en menor frecuencia derrame pleural, derrame pericárdico, dehiscencia de sutura e infección de herida quirúrgica.

Tabla N°1: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según Sexo.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Sexo	FA	FR%
Masculino	11	58
Femenino	8	42
N=	19	100

Tabla N° 2: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según Edad.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Edad	FA	FR%
20 - 35	0	0
36 -64	11	58
>65	8	42
N=	19	100

Tabla N° 3: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según el número de Factores de riesgo Cardiovascular (FRCV) Modificables presentes en la población.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Número de FRCV Modificables presentes	FA	FR%
1	0	0
2	5	26,3
3	9	47,4
Más de 3	5	26,3
N=	19	100

Tabla N° 4: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según presencia de Complicaciones Postoperatorias.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Complicaciones postoperatorias	FA	FR%
Presenta	12	63
No Presenta	7	37
N=	19	100

Tabla N° 2: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según Edad.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Edad	FA	FR%
20 - 35	0	0
36 -64	11	58
>65	8	42
N=	19	100

Tabla N° 3: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según el número de Factores de riesgo Cardiovascular (FRCV) Modificables presentes en la población.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Número de FRCV Modificables presentes	FA	FR%
1	0	0
2	5	26,3
3	9	47,4
Más de 3	5	26,3
N=	19	100

Tabla N° 4: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según presencia de Complicaciones Postoperatorias.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Complicaciones postoperatorias	FA	FR%
Presenta	12	63
No Presenta	7	37
N=	19	100

Tabla N° 5: Distribución de los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005 según el número de complicaciones postoperatorias presentes durante el periodo de hospitalización.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

Número de complicaciones postoperatorias					
	FA	FR%		FA	FR%
Una complicación Post operatoria	6	50	Insuficiencia respiratoria	1	16,7
			Infección de herida quirúrgica (safenectomía)	1	16,7
			Edema pulmonar	2	33,3
			Celulitis en cicatriz de safenectomía	1	16,7
			Derrame pleural	1	16,7
Dos complicaciones Post operatorias	4	33,3	Derrame pericárdico Angor	1	25
			Edema pulmonar Traqueobronquitis purulenta	1	25
			Edema pulmonar Infección de esternotomía	1	25
			Edema pulmonar Alteración de crisis	1	25
Tres complicaciones Post operatorias	2	16,7	Derrame pleural	1	50
			Derrame pericárdico		
			Dehiscencia de sutura		
Más de 3 Complicaciones Post operatorias	0	0	Dehiscencia esternal	1	50
			Infección de herida quirúrgica		
			Traqueobronquitis purulenta		
N=	12	100			

Cuadro N°1: Presencia de Factores de riesgo Cardiovascular (FRCV) Modificables en los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

<u>FRCV Modificables</u>	<u>FA*</u>
Dislipemia	13
Hipertensión arterial	18
Diabetes Mellitus	3
Estrés	3
Obesidad	4
Sobrepeso	2
Tabaquismo	12
Alcoholismo	3
Sedentarismo	2

*Las frecuencias absolutas contenidas en la tabla corresponden al número de usuarios con la presencia de dicho factor de riesgo cardiovascular en forma individual de los 19 usuarios.

Cuadro N° 2: Presencia de Complicaciones Postoperatorias en los usuarios revascularizados coronarios en el Hospital de Clínicas durante el año 2005.

Fuente: Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Médicos

<u>Complicaciones Postoperatorias</u>	<u>FA</u>
Insuficiencia Respiratoria	1
Derrame Pleural	2
Derrame Pericárdico	2
Anemia	1
Angor	1
Celulitis MMII	1
Edema Pulmonar	5
Traqueobronquitis purulenta	2
Dehiscencia de sutura	2
Infeción de herida quirúrgica	2

Anexo N° 5

**Entrevista a Lic. en Enfermería
Marta Dafond.**

Montevideo, 20 de Julio de 2006.

Entrevistador/a: _____

Entrevista a: Licenciada en Enfermería Marta Dafond.

- 1) ¿Cuál es su nombre y desde cuando trabaja como Licenciada en la Policlínica de Cirugía Cardíaca?

Mi nombre es Marta Dafond, soy licenciada en enfermería y trabajo en la policlínica de cirugía cardíaca desde el 20 de Agosto del año 2002.

- 2) ¿Esta policlínica pertenece al primer nivel de atención?

Si y no. Se hace control, nada más. El hospital no tiene policlínica de prevención. El paciente concurre por que está enfermo, o concurre a control luego de realizada su cirugía, no hay otra cosa.

- 3) ¿Cuál es la población objetivo de ésta Policlínica de Cirugía Cardíaca?

Pre y postoperatorios de cirugía cardíaca. En esa misma planta física se hacen controles post. Cineangiografía y angioplastia, se hace policlínica de anticoagulación y policlínica de pacientes congénitos, cuando ya no pueden ser atendidos en el Hospital Pereyra Rossell después de los 15 años.

- 4) ¿Como llegan los usuarios a éste servicio?

Derivados por cardiología o cualquiera de los otros servicios de Medicina General o cirugía del hospital, también del hospital de Tacuarembó, o también derivados desde el interior del país por su medico tratante, para empezar con el estudio hemodinámico y demás porque sospechan el diagnostico.

- 5) ¿Cómo está integrado el equipo de trabajo que se encarga de la asistencia de los revascularizados?

Desde el punto de vista médico hay un profesor grado 5 (Álvaro Lorenzo), 1 grado 4 (Daniel Brusich), 2 grado 3 (Gabriel Loriel y Flavio Gutiérrez) y 3 o 4 médicos grado 2 (Juan Reinoso; Cura; etc.).

Después hay residentes e internos de cirugía cardíaca que los compartimos con la sala que está en Piso 11, sala 1, que es la sala de cirugía cardíaca, ellos trabajan en los 2 lados. Pero a su vez en esa policlínica trabajan cardiólogos, grado 2 y cardiología que dependen del Profesor Lhuberas, que es el grado 5 de cardiología. Acá son 2 departamentos independientes desde el punto de vista medico pero que funcionan en la misma planta física.

En relación con los recursos de enfermería, estoy yo y hay una auxiliar de enfermería en cirugía cardíaca (Marta Segain) y otra auxiliar de enfermería (Iris Machado) que colabora, que esta en rehabilitación y colabora con cirugía cardíaca.

Y desde el punto de vista administrativo hay un director administrativo (Susana Pichini) y hay dos administrativas, una se ocupa de la parte de cardiología y la otra de la parte de cirugía cardíaca y dos ayudantes de servicios generales que hacen tareas administrativas.

- 6) ¿Se llega a cubrir todas las demandas con ese equipo de trabajo?

Si, aunque esta mal reestructurado, recién ahora empezamos de vuelta a curar y sacar puntos acá, porque hubo una época en que se hacía todo eso en piso.

La planta física está muy deteriorada, no hay calefacción, las paredes tienen humedad y hongos.

Para el volumen de pacientes el recurso de enfermería es suficiente, porque solamente es policlínica de control, si pudiéramos nosotros reestructurar esto, hacer educación, abrir otras policlínicas, hacer entrevistas de enfermería, entonces sí, por supuesto que el personal no alcanzaría. Pero a como esta trabajando el hospital ahora sí. Lo poco que hacemos es por voluntad propia, pagando nosotras el material.

Todos los años trabajamos en la semana del corazón con la Nurse de las policlínicas generales y los carteles los hacemos nosotras y vamos a la Comisión Honoraria a buscar cosas.

7) ¿Cuales son los días y horarios de atención?

Policlínica de cirugía cardíaca donde esta el cirujano que ve al paciente en el post operatorio inmediato, después del alta son solo los Jueves. Lunes, Miércoles y Viernes hay policlínica de control, el cardiólogo controla a los postoperatorios alejados y a la gente que se hizo angioplastia. Todo en el horario de 8:00 a 12:00.

8) ¿Cuál es el número de usuarios revascularizados de miocardio que concurren a éste servicio diariamente o mensualmente?

No conozco ese dato, se deberá buscar en archivos médicos.

9) ¿Cuales son las características de ésta población?

Son viejos que generalmente tienen otras patologías asociadas, cuando llegan acá ya llegan deteriorados por el acúmulo de patologías, tienen graves problemas sociales, falta de trabajo, de contención. Hay pacientes que viven en la calle, hurgadores.

El hospital ahora bajo el nivel de usuarios, no de atención.

Cada vez el usuario que viene es más viejo y más pobre. Y después toda la gente que se jubiló y no pudieron costearse la mutualista. Y mucha gente sola.

10) ¿La mayoría son usuarios-revascularizados o también hay revascularizados y valvulares?

No, de las dos cirugías juntas no, son más revascularizados que valvulares, generalmente es mayor por que es más la incidencia de la patología para revascularizar que la otra. Generalmente los valvulares son más aórtico que mitral, pero de las dos cosas juntas no. Además tratan de no hacer las dos operaciones juntas.

11) ¿Lleva usted un registro de los usuarios asistidos? ¿Cuales?

No, en cirugía cardíaca no, nos manejamos con las estadísticas que nos da la archivera. La archivera te proporciona por día la lista de pacientes que tienen que venir, se usa el número de registro.

En cardiología se ven muchos pacientes, 20 a 30 por día, entonces la enfermera lleva un registro de nombres de pacientes diarios, pero acá no. Aquí en cirugía cardíaca concurre un número de usuarios no mayor de 10, en los meses de Agosto y Septiembre pueden ser más.

La mayoría son de hemodinamia más que quirúrgicos por que se hacen más estudios hemodinámicos que tratamientos quirúrgicos.

12) ¿Cuál es el número aproximado de consultas mensuales que tiene la policlínica?

Se trabaja 3 veces por semana, por que los Jueves es día de la docencia y los martes no se trabaja, por cuatro semanas, sería entonces 12 días de consultas mensuales.

13) ¿Cuáles son las características de la consulta externa?

El paciente viene a la consulta por primera vez derivado por algún profesional de la salud, con un pase escrito, la archivera le da hora, los anota y ese día el paciente concurre a las 8 de la mañana y el archivo central nos trae las historias del paciente que está citado para ese día.

Nosotros no tenemos archivera que reciba los pacientes, eso es trabajo de archivo médico, que lo tiene que hacer un archivero médico, pero lo hace enfermería, que recibe al paciente, le da la tarjeta gris, controla que esté la fecha escrita y ahí en unas pilas de historias que nos trae el mensajero de archivo, buscamos las historias y nos fijamos. Si el paciente tiene algún examen lo ponemos en la historia y si el paciente tiene un electrocardiograma mayor de tres meses de antigüedad pedimos uno nuevo, lo pedimos nosotros, no el cardiólogo, eso como rutina del servicio.

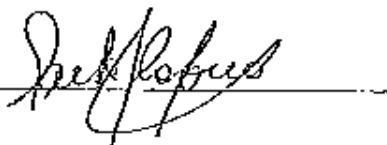
Cuando el médico lo ve ya tiene los estudios que el paciente trajo y el electrocardiograma si es necesario y lo ve en la consulta.

Los estudios de ergometría los realizan los técnicos neumocardiólogos; los estudios de anticoagulación, riesgo cardiovascular y genética damos las horas enfermería, ecocardiograma, si es urgente o no lo da el archivo o la enfermera de la policlínica de ecocardiograma, es un poco repartido. El que paso por archivo viene con historia y con ticket pagado, el que no paso por archivo, salvo las ergometrías viene sin historia y sin ticket pagado.

El paciente que viene de anticoagulación no paga ticket, por que si le hacemos pagar ticket una vez por mes o cuando está descompensado una vez por semana es imposible. Hay cosas que requieren ticket y otras no.

El paciente que viene a rehabilitación cardiovascular, que se hace dos veces por semana, no paga ticket, el paciente que viene a hacerse ergometría le da la hora el técnico, pero la archivera trae igual la historia porque sabe, por que entre ellas se conversan, pero el paciente que viene a anticoagulación y a riesgo que damos las horas nosotras viene sin ticket y sin historia clínica. Se usan historias paralelas, el paciente que viene a control de marcapasos le da hora el técnico, tiene historias paralelas y nadie se entera que vino, por que vienen a la policlínica los viernes los médicos y el técnico que está controlando.

Firma del Entrevistado:



Anexo N° 6

**Solicitud de autorización al
Dpto. de Enfermería**

Montevideo, 30 de octubre de 2001

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

División Enfermería

Directora del Depto de Educación

Lic. Enf. Mgter. Miriam Gorrasi.

Por la presente, los abajo firmantes, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, solicitamos autorización para administrar cuestionarios referentes a "Calidad de vida en usuarios revascularizados coronarios" a aquellos usuarios que se asisten en consulta externa en Policlínica de Cardiología del Hospital Universitario.

Dichos cuestionarios están enmarcados en el trabajo de investigación final del grupo.

El mismo está tutelado por la Prof. Agdo. (S) Lic. en Enf. Alicia Bracco, docente del Dpto. De Salud del Adulto y el Anciano de la mencionada institución.

Sin otro particular, saluda a Ud. atte.

Por el grupo investigador:



Br. Fiorella Galli.
Celular 099 736052



Lic. Enf. Alicia Bracco
Tutor.

Agradecimientos

- Prof. Dra. Laura Schwartzmann
- Dr. Jordi Alonso
- Lic. Enf. Miriam Gorrassi, División Enfermería
- Lic. Enf. Estela Gasso
- Lic. Enf. Marta Dafond, Auxiliares de Enf. Marta Segain y Luz Rios.
- Técnico en Registros Médicos Álvaro Pérez
- Prof. Adj. Lic. Enf. Gloria Piñero
- Psicóloga Mirian Rodríguez