

GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

AUTORÍA

López Casanov, Francisco de Borja.

Santiago Gómez, María José.

Feito Alvarez, Isabel.

Valentín Rabadán, Salud.

Dirección para correspondencia: borjalopezcasanova@gmail.com

RESUMEN

La adherencia terapéutica no solo se refiere a la toma de los fármacos, sino también, a importantes modificaciones en el estilo de vida del paciente. En este estudio pretendemos conocer el tiempo de adherencia al tratamiento, y relacionar los factores de riesgos modificables con las condiciones sociodemográficas de los sujetos en estudio.

Se elaboró un cuestionario anónimo compuesto por datos sociodemográficas, y datos referentes a la cumplimentación de la dieta, el control y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular, el seguimiento de la actividad física y el seguimiento del tratamiento farmacológico.

La muestra está compuesta por 61 pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital San Juan De Dios, que cubre el área sanitaria del Aljarafe en Sevilla.

Se ha llegado a la conclusión de que a medida que avanza la enfermedad el grado de adherencia terapéutica es menor, abandonando las pautas de vida cardiosaludable adquiridas en la fase aguda.

PALABRAS CLAVES

Adherencia terapéutica, Tratamiento, cumplimiento, síndrome coronario agudo. Manejo ineficaz del régimen terapéutico.

INTRODUCCIÓN

El término síndrome coronario agudo (SCA) fue introducido en 1985 por Fuster para diferenciar los factores específicos que distinguen la angina inestable y el infarto de miocardio de la enfermedad coronaria estable. (1,2)

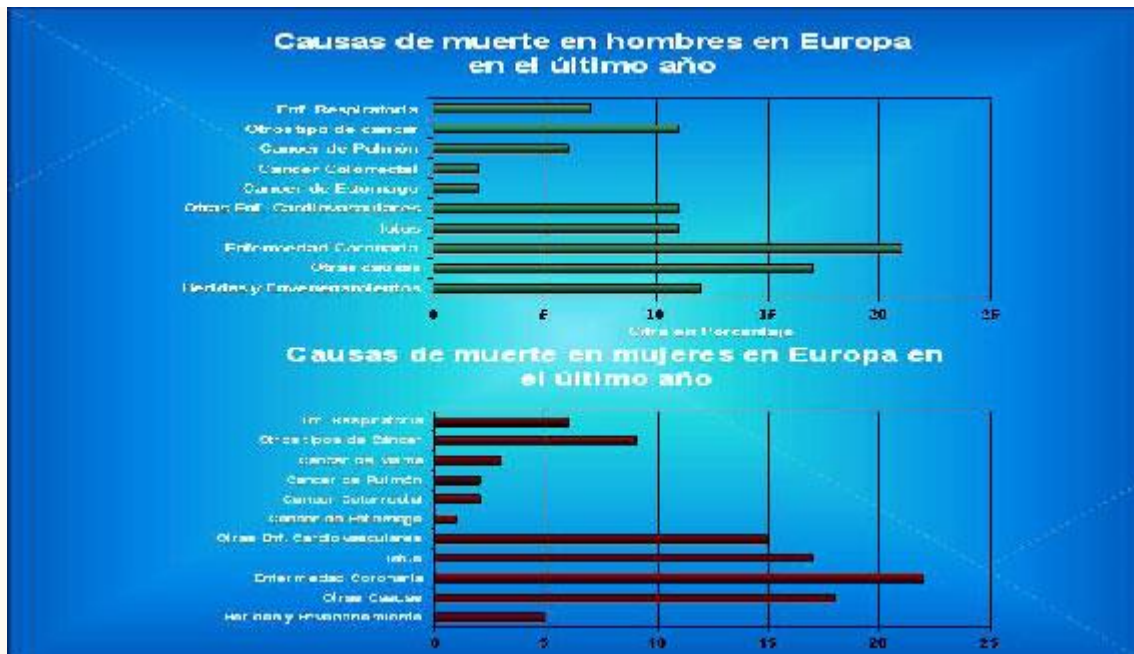
El SCA es un término especialmente útil en la evaluación inicial de los pacientes con dolor torácico y clínica de isquemia miocárdica aguda, ésta se produce por la erosión o la rotura de una placa arteroescleroma. La clasificación del SCA es un aspecto muy importante porque de ella va a depender el tratamiento, así se divide en dos grupos: aquellos que presentan un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST(SCACEST), candidatos a repercusión inmediata y los que no presentan elevación del segmento ST (SCASEST) que seguirán un tratamiento convencional.(2)

Clínicamente se define como dolor opresivo centrotorácico, con irradiación a cuello, brazos y espalda, aunque también puede aparecer como dolor epigástrico, interescapular, disnea o mareo. Se puede acompañar, o no, cortejo vegetativo.

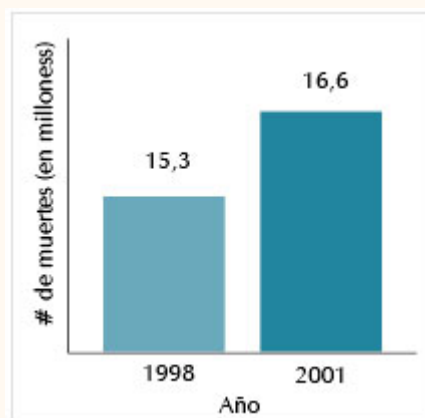
Actualmente la importancia de la enfermedad coronaria en nuestro medio, está fuera de toda duda, no en vano, en EEUU es la causa más importante de muerte y una de las causas más importantes de asistencia médica urgente y de hospitalización. En 1996 la cardiopatía coronaria, ocupa en España el primer lugar como causa de muerte en los hombres a partir de los 45 años y entre las mujeres a partir de los 65 años. (4)

Las mayores tasas de mortalidad correspondieron a al infarto de miocardio (44 por 100.000 habitantes). En el mundo al menos 20 millones de personas sobreviven a los ataques cardíacos cada año y muchos requieren cuidado clínico continuo y costoso. (5)

En Europa cada año la enfermedad cardiovascular causa 4.3 millones de fallecimientos, colocándose como la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres.



En España la mortalidad por cardiopatía isquémica se encuentra entre las más bajas del mundo, y a partir de los años ochenta las cifras de mortalidad han demostrado una estabilización, pero en la etapa de 1998 a 2001 existe un aumento de más de un punto.



El SCA está íntimamente relacionado con una serie de factores de riesgo. Los factores de riesgo cardio-vascular (FRCV) son una condición (característica personal o ambiental) que aumenta el riesgo de un individuo para desarrollar un evento cardiovascular como angina, infarto agudo de miocardio, muerte súbita, o muerte por cualquier causa cardiovascular, que pueden ser o no inherentes a la propia persona y que nombraremos brevemente en esta introducción.

Son FRCV no modificables:

La Herencia: los hijos de pacientes con enfermedad cardiovascular tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de enfermedades.

Sexo: Los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas. En las mujeres tras la menopausia aumenta el riesgo de padecer algún proceso cardiovascular, pero sigue siendo menor que en el sexo masculino.

Edad: Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años.

Con la edad aumentan las probabilidades de desarrollar una enfermedad coronaria. (9)

FRCV modificables:

Tabaco y otras drogas: Los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores. Las evidencias parecen indicar que la exposición crónica a ambientes con humo de tabaco también (fumadores pasivos) aumentaría el riesgo de enfermedad cardiovascular.

La cocaína es una droga psicoestimulante, consumida generalmente por Inhalación, siendo uno de los riesgos orgánicos la cardiopatía isquémica. (9)

Hipercolesterinemia: es uno de los principales factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular. Diversos estudios han mostrado una relación continua y gradual entre la colesterinemia y la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Además, la reducción de ésta produce una disminución de la incidencia y mortalidad de la enfermedad cardiovascular en general. (Labarthe, 1998). (10)

Hipertensión arterial: Este agente incrementa el trabajo al que es sometido el corazón, aumentando el riesgo de accidente vascular encefálico, ataque cardíaco, fallo renal, etc.

Sedentarismo: Es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. La actividad aeróbica regular juega un rol significativo en la prevención. Niveles moderados de actividad, son beneficiosos a largo plazo si se realizan regularmente.

Otros FRCV que contribuyen son:

Diabetes mellitus: incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Más del 80% de los pacientes diabéticos pueden padecer alguna afección de este tipo. (11)

Obesidad: El sobrepeso predispone a desarrollar enfermedades cardiovasculares .Es perjudicial porque incrementa el esfuerzo a que es sometido el corazón, y se vincula a la enfermedad coronaria por su influencia negativa sobre el colesterol y la diabetes.

La asociación entre obesidad y/o aumento del perímetro abdominal y enfermedad cardiovascular está bien demostrada a largo plazo se ha mostrado que la mortalidad coronaria aumenta entre un 4% y un 6% de media por cada unidad adicional del índice de masa corporal (IMC), además tiene el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión arterial. (12)

Estrés: Es sabido que hay vinculación entre la enfermedad coronaria y el estrés, probablemente en su interrelación con los demás factores de riesgo.

La presencia de situaciones de estrés se ha relacionado con el aumento de la probabilidad de padecer una enfermedad isquémica del corazón, especialmente en pacientes que ya presentan enfermedad coronaria, es decir, el estrés precipita crisis de angina de pecho o de infarto agudo de miocardio, de ahí la vital importancia de evitar las reacciones de estrés en estos pacientes crónicos. (13)

MARCO TEÓRICO

La etiqueta diagnóstica NANDA *Gestión ineficaz de la propia salud*, se define como, el patrón de regulación que mide la adherencia en la vida cotidiana de un paciente a su régimen terapéutico para el tratamiento de su enfermedad y de sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

El cumplimiento terapéutico para Haynes (6) es el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias. Sin embargo, según diversos autores, este término tiene connotaciones discordantes, ya que implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente sin que este participe en su tratamiento, así que se cree más adecuado el uso del término "adherencia terapéutica" (7), que implica la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido y la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, de esta forma, éste último deja de ser un sujeto pasivo en la evolución de su enfermedad. La adherencia no solo se refiere a la toma de los fármacos, sino también, a importantes modificaciones en el estilo de vida del paciente. Conseguir la adherencia al tratamiento y mantener la motivación durante el resto de su vida es difícil, el abandono de todas estas pautas al encontrarse mejor al cabo del tiempo es frecuente. (7,8)

Las alteraciones que presentan los pacientes pueden diferir según características específicas como el sexo, la edad, procedencia y otros aspectos psicosociales, así si identificamos grupos de pacientes podemos prestar especial atención a aquellas áreas con mayor afectación, e introducir intervenciones de enfermería en las diferentes necesidades, sin embargo, no se deben obviar que existen necesidades comunes a todos los pacientes, derivadas de la dificultad para mantener los cambios de estilos de vida saludables . En este sentido, los profesionales de la salud deben ser conscientes de estas cuestiones, y desarrollar estrategias que ayuden a mantener las modificaciones en los hábitos de vida saludables. (9)

En este estudio pretendemos conocer el tiempo de adherencia al tratamiento, y relacionar estos factores de riesgos modificables con las condiciones sociodemográficas de los sujetos en estudio.

Después de realizar una amplia búsqueda bibliográfica es de destacar que el grado de adherencia de los pacientes crónicos, al tratamiento farmacológico, oscila entre el 40 y el 60 % aproximadamente, y el incumplimiento no farmacológico oscila entre el 70 y el 95%, lo que da a entender la dificultad que lleva consigo tomar la medicación de modo continuo, o realizar los cambios en el estilo de vida y el abandono de los hábitos tóxicos.

La evaluación del grado de adherencia al tratamiento se pueden realizar mediante dos procedimientos: Uno directo (determinaciones de alguno de los fluidos del organismo) y otro indirecto, la historia clínica de donde se han recogido datos sociodemográfico, diagnósticos y a través de un cuestionario, para conocer las modificaciones de sus hábitos de

vida, teniendo en cuenta la fiabilidad de las respuesta del paciente en la contestación a los ítems por Miedo, vergüenza, confianza,...

Son escasos los estudios que investigan el grado de adherencia terapéutica de los pacientes con patología cardiaca crónica, es por eso que mi estudio va dirigido a identificar el grado de adherencia al tratamiento y cambio en sus hábitos de vida dado el alto índice de reingresos por estas patologías.

La prevención es uno de los aspectos fundamentales, si no es el más importante, de la cardiología. Trata de evitar la aparición y sobre todo mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos evitando el empeoramiento de sus enfermedades.

Con el paso de los años, los países desarrollados han conseguido prevenir en gran medida la presencia de algunas cardiopatías. Otras, sin embargo, empeoran de forma llamativa a causa de la obesidad, la diabetes mellitus o la hipertensión arterial. Este aumento se debe en unos casos al desarrollo de malos hábitos dietéticos, a una vida sedentaria, incurrencia en los FRCV y a no cumplir el tratamiento médico, en general a la falta de adhesión terapéutica, esto se podría impedir o disminuir si cuando se tiene al paciente en frente se le diese la misma importancia al tratamiento que a la prevención de estas enfermedades, explicando, dietas adecuadas a su enfermedad, insistiendo en la importancia de evitar los FRCV y recalcando lo sano que es caminar 30 minutos al día.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Valorar la gestión eficaz de la propia salud de los pacientes con un SCA.

Objetivos específicos:

Determinar la relación entre adhesión al tratamiento y el proceso de su enfermedad.

Determinar la relación entre adhesión terapéutica y la edad del paciente

Determinar la adherencia al tratamiento terapéutico y FRCV.

Hipótesis:

Los pacientes con cardiopatía isquémica a largo plazo demuestran una menor adherencia terapéutica y abandono de los hábitos de vida cardiosaludable, así como los de mayor edad.

METODOLOGÍA

Diseño:

Estudio descriptivo transversal mediante la utilización de técnicas cuantitativas.

Instrumentos:

Se elaboró un cuestionario (anexo 1) que consta de 35 ítems cerrados, con respuesta múltiple, repartidos en cinco bloques:

- 1.- Datos sociodemográficas.
- 2.- Cumplimentación de la dieta
- 3.- Control y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular
- 4.- Seguimiento de la actividad física
- 5.- Seguimiento del tratamiento farmacológico.

El control y seguimiento de estas variables (sexo. hábitos saludables. diabetes. estímulos ambientales estresantes. hipertensión arterial. obesidad. tabaco y drogas y TT° farmacológico) son de gran importancia para la evolución de la enfermedad cardiaca. La desinformación, la dificultad para mantener los cambios de estilos de vida saludables me llevan a realizar este estudio para conocer cuál de los factores de riesgo tiene menor grado de adherencia y pautar una serie de intervenciones de enfermería encaminadas a motivar la cumplimentación de estas.

Participantes:

La muestra inicial estaba compuesta de 85 pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital San Juan De Dios, que cubre el área sanitaria del Aljarafe, de los cuales 61 pacientes respondieron el cuestionario, siendo el grado de participación de 71.76%

Los criterios de inclusión de nuestro estudio fueron: pacientes mayores de 30 años, con enfermedad cardiaca cuya evolución sea mayor a seis meses, que acuden al centro sanitario en el que se realiza el estudio con una clínica sugerente

de SCA. Quedan excluidos aquellos pacientes que se encuentren dentro de los parámetros de inclusión pero con enfermedad cognitiva que les impida hacerse cargo de su tratamiento.

Procedimiento de recogida de datos:

El cuestionario se realiza a los pacientes ingresados en el servicio de cuidados críticos y urgencias, por el equipo investigador, una vez que su enfermero referente le explicase los fines del estudio y el anonimato del mismo, este enfermero ayudara a cumplimentar los cuestionarios de aquellas personas que por causas diversas no lo pudiesen rellenar.

La recogida de datos se hizo entre el 20 de agosto al 31 de octubre.

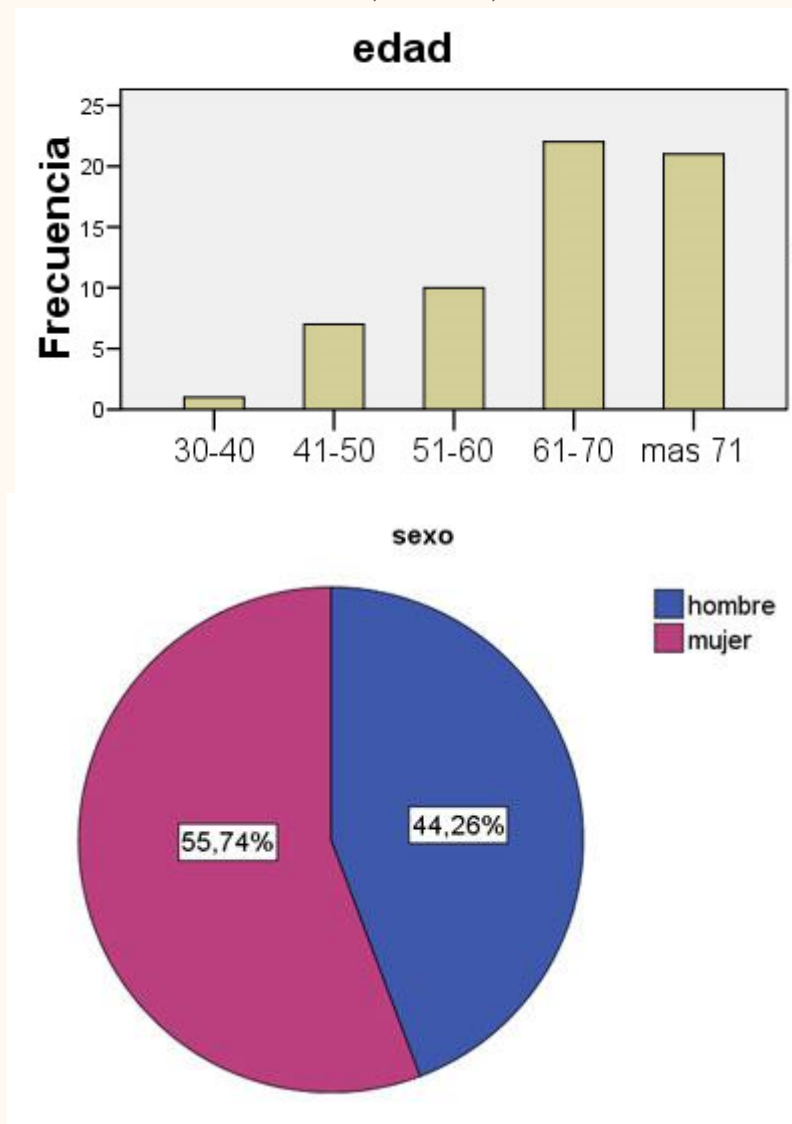
Análisis de la información:

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando porcentajes, medias y relaciones entre diferentes variables.

Los cálculos estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 15.1

RESULTADOS

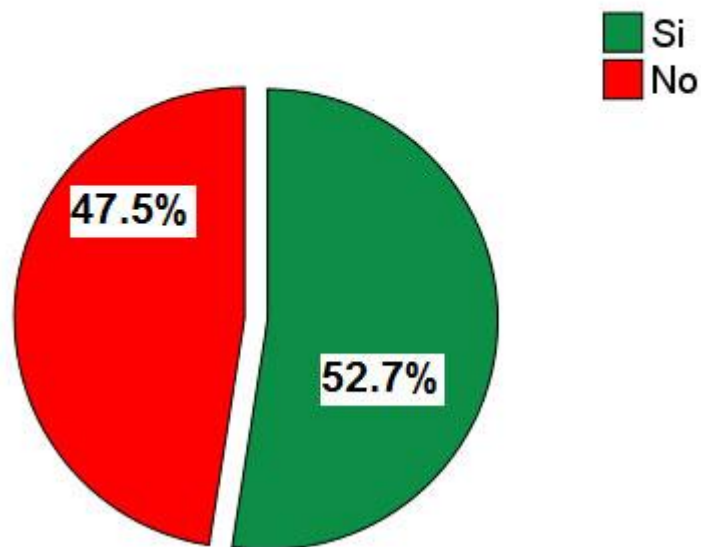
La media de edad de los pacientes se encuentra entre 61 y 70 años en un 36,1%, los pacientes eran el 55,7%, mujeres y el 42,6% estaban casados con un nivel de estudio similar, en un 32,8% realizan estudios básicos o secundaria



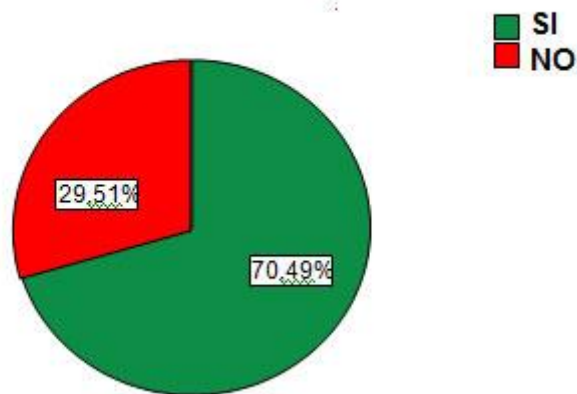
Resultados de las variables modificables:

El 70,4% de los pacientes del estudio conocen como seguir una dieta adecuada y solo el 52,7% la siguen.

¿Sigue una dieta adecuada?

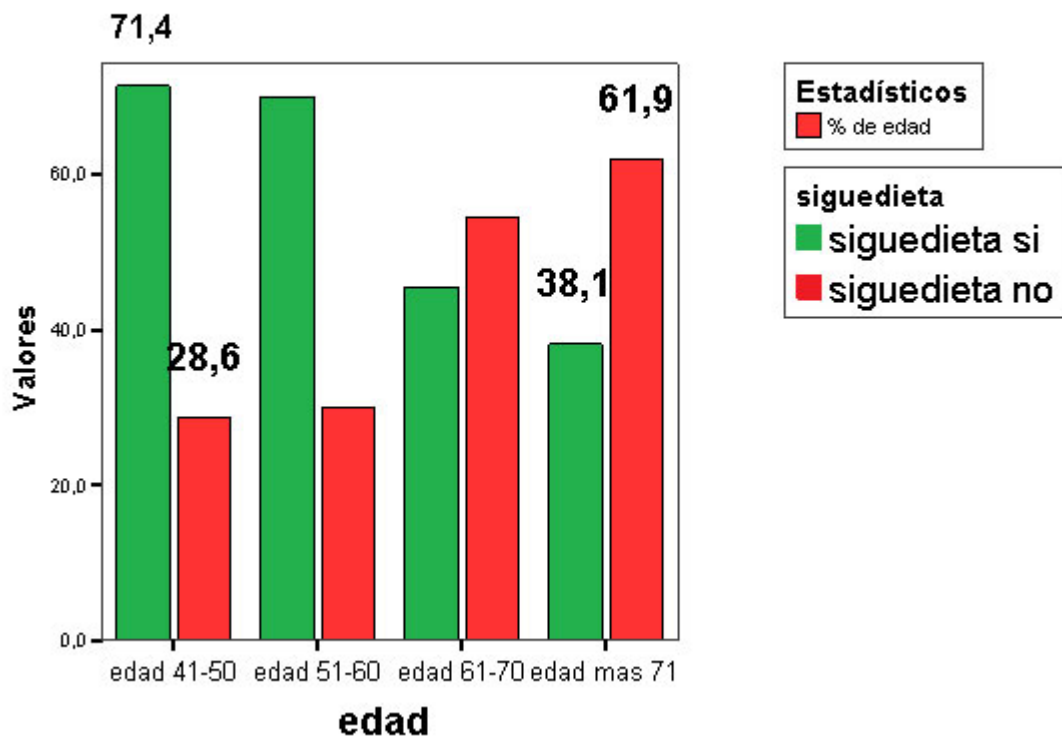


¿Conoce como seguir una dieta adecuada?

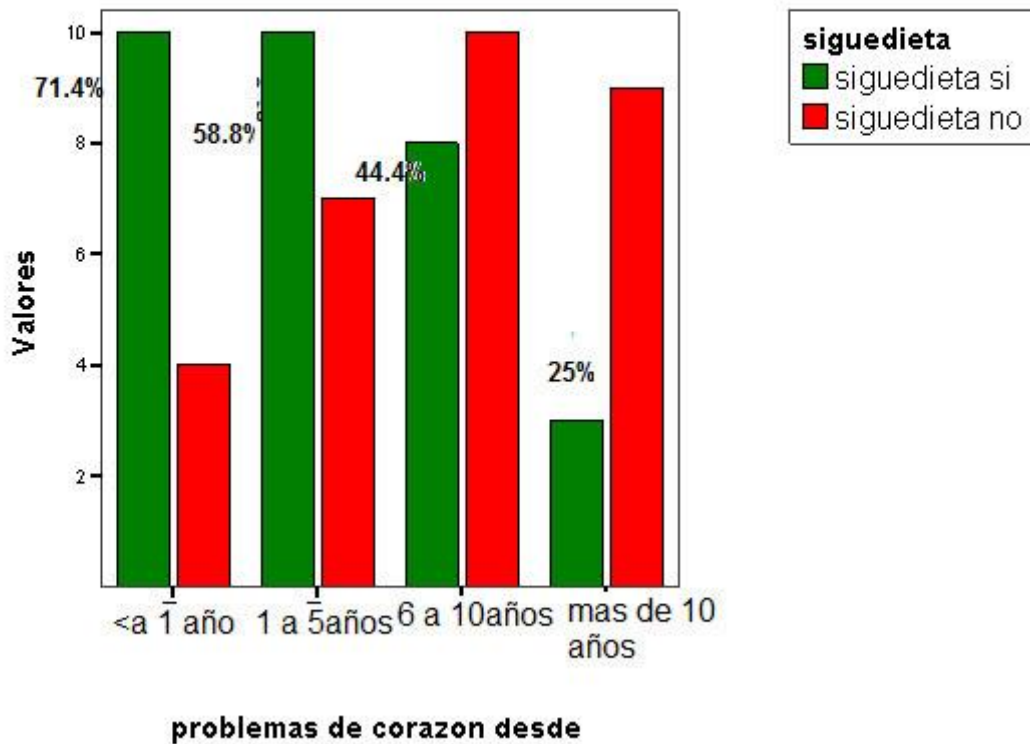


Relacionando la dieta con los años, los pacientes entre 41 a 51 años cumplen la dieta en un 70.4%, las cifras más altas de cumplimiento observan en los pacientes que solo llevan enfermos menos de un año (71.4%) siendo significativo que solo el 25% cumplen la dieta a largo plazo.

Seguimiento de la dieta en relacion a la edad

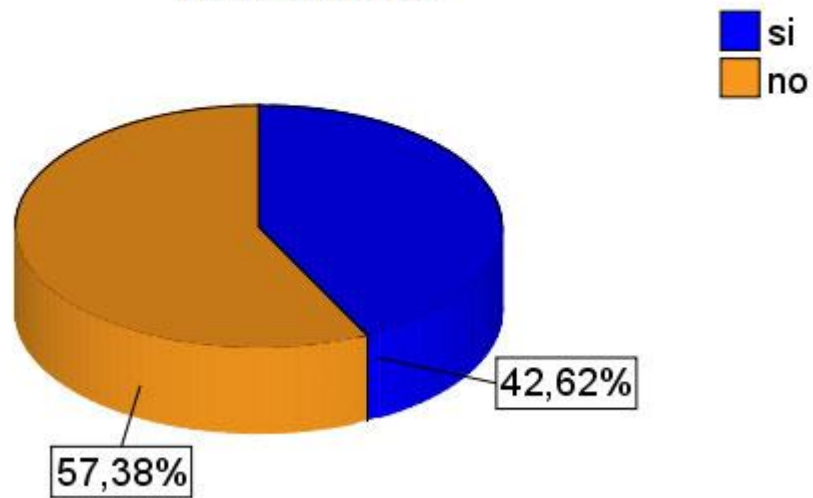


Seguimiento de la dieta relacionado con los años de problemas de corazón

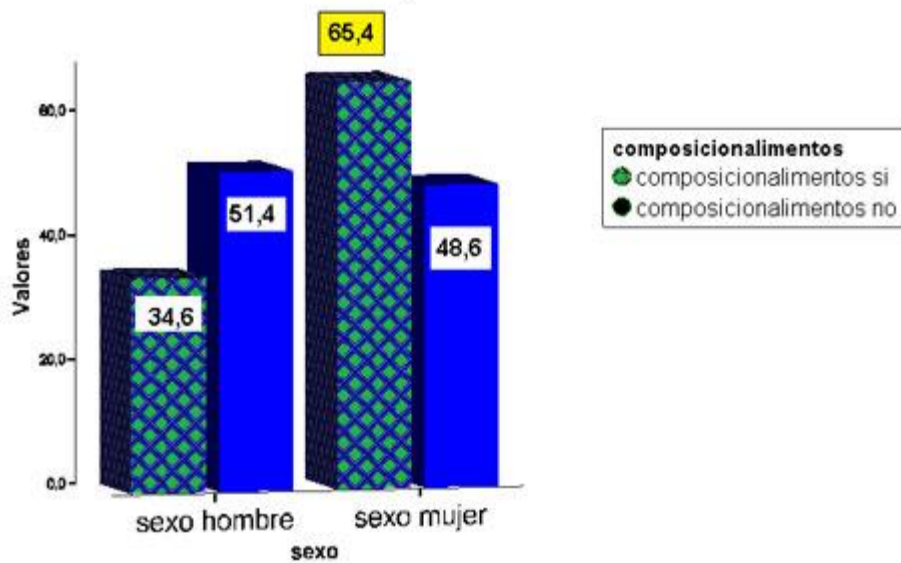


Es destacable que solo el 40% se fija en la composición de los alimentos y de estos el 65,4% son mujeres.

¿Se fija en la composición de los alimentos?

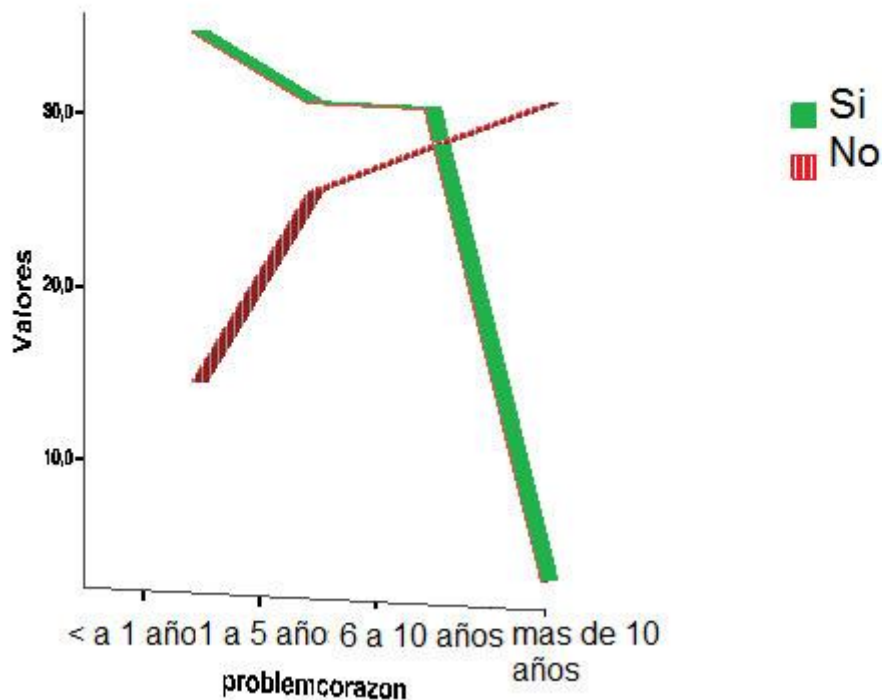


Relación entre el conocimiento de la composición de los alimentos y el sexo



Los pacientes que más se fijan en la composición de los alimentos son aquellos que llevan menos de un año enfermos (34,6%)

Relacion de el tiempo de enfermedad y la importancia de la composición de los alimentos



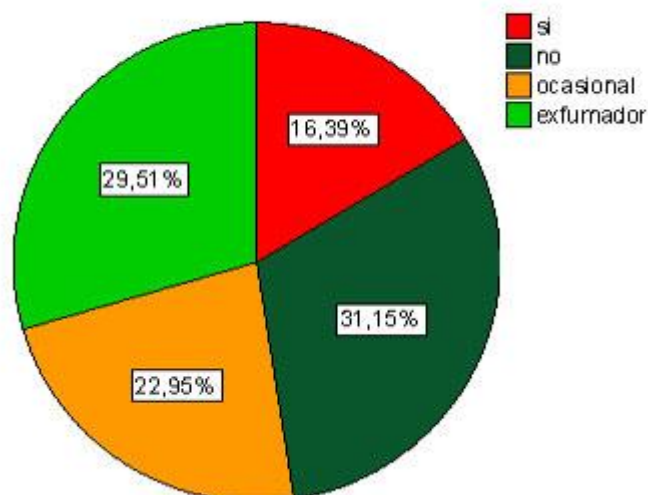
Sobre las recomendaciones de la dieta a seguir un 78% de los pacientes afirman haberla recibido por los profesionales sanitarios.

Resultados en cumplimiento de factores de riesgo

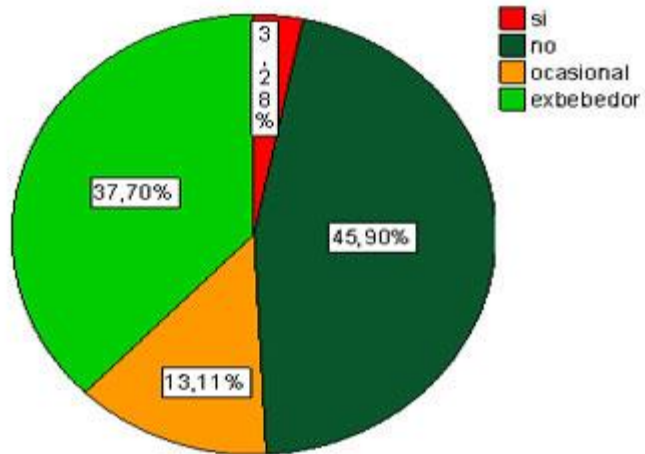
A nivel del cumplimiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como datos a destacar; no fuman o nunca han fumado un 60%, pero solo han dejado de fumar un 30%.

Con respecto al alcohol el 45,9% manifiestan no consumir alcohol, siendo ex bebedores tras el episodio SCA un 37,7%.

¿Fuman tabaco o otras drogas?



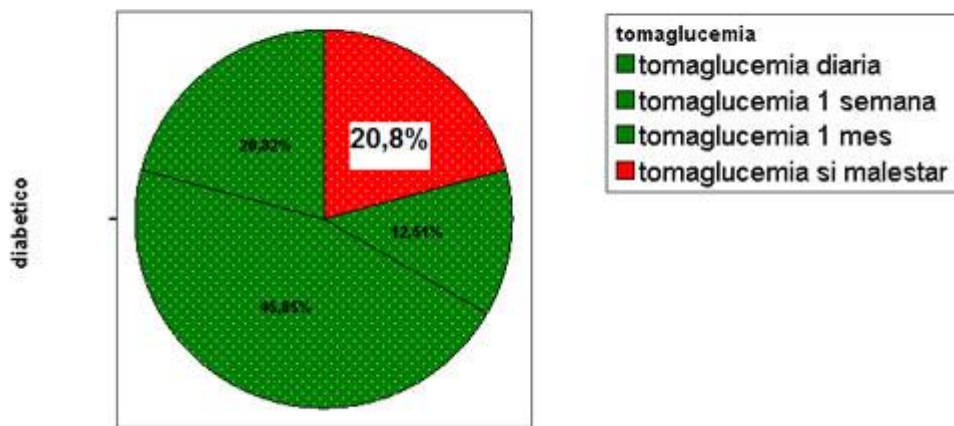
¿consume alguna bebida alcoholica?



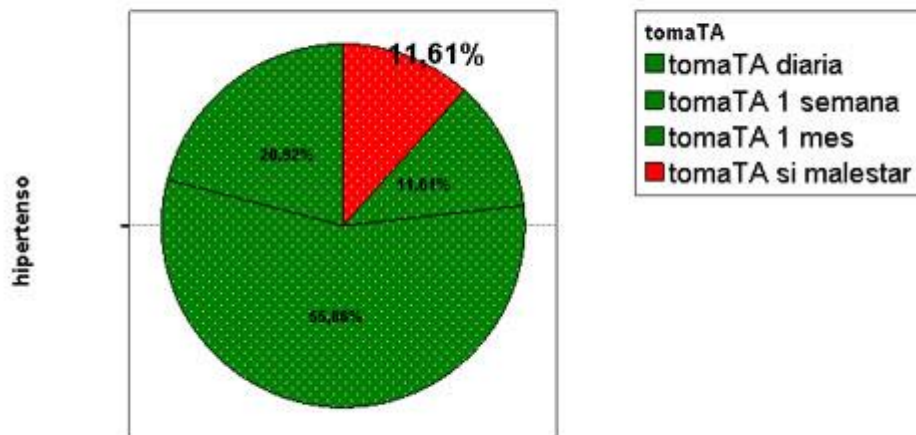
La pregunta de si el paciente padece de hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes los resultados indican que el 70% sufrían HTA, que el 40% diabetes y un 24% de estos tenían HTA y diabetes.

En cuanto al seguimiento del control de HTA y Diabetes la mayoría lo realiza semanalmente, (HTA 55,8%) y (diabetes el 45,8%), y solo se la controlan cuando se encuentran mal los hipertensos en un 11% y los diabéticos en un 20,8%.

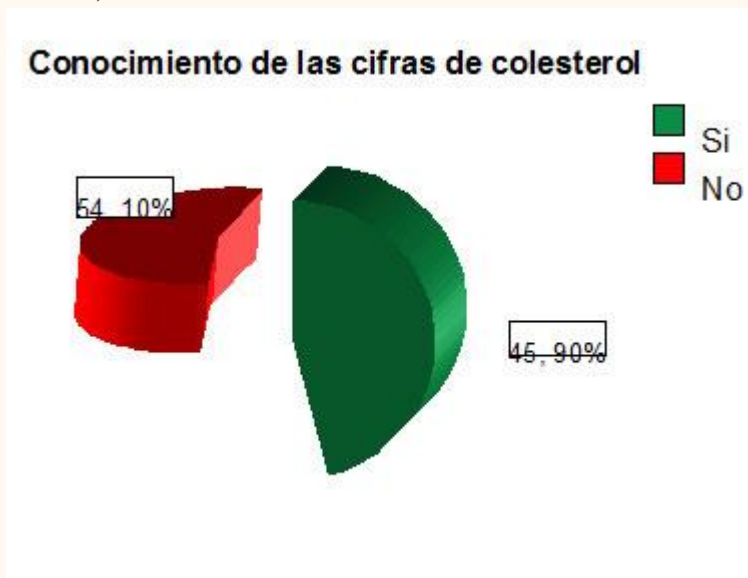
Control del azucar en pacientes diabeticos



Control de la tension arterial en pacientes HTA



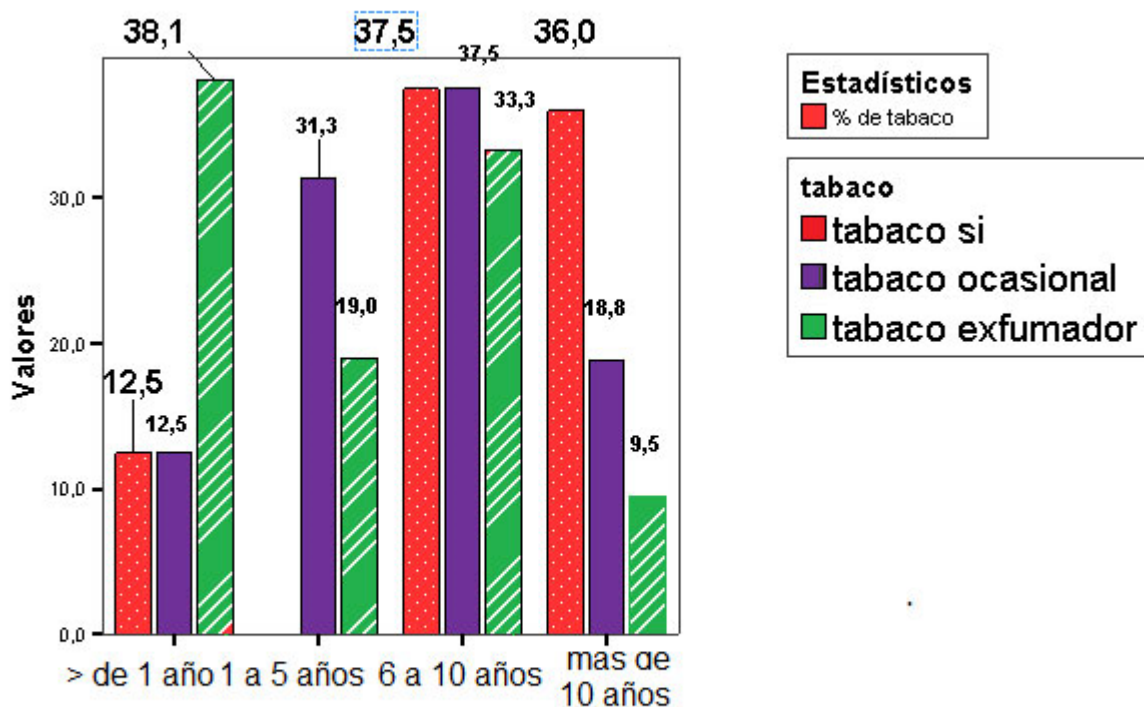
El 54,1% de los pacientes no conocen sus cifras de colesterol y de los que si las conocen, son los pacientes con menos de 1 año de enfermedad con un 39,3%.



El dato más llamativo con respecto al factor de riesgo del tabaco, es que el 37,5% vuelven a fumar a partir de los seis años del proceso y un 36% a los diez años.

Las cifras más altas de fumadores se reflejan en los márgenes de edad de 50 a 70 años con un 70% de los fumadores.

Problemas de corazon relacionado con la edad



problemas de corazon desde

El 42,6% han recibido información sobre el control de los factores de riesgo por el médico y la enfermera y un 31,1% lo ha recibido del personal de enfermería.

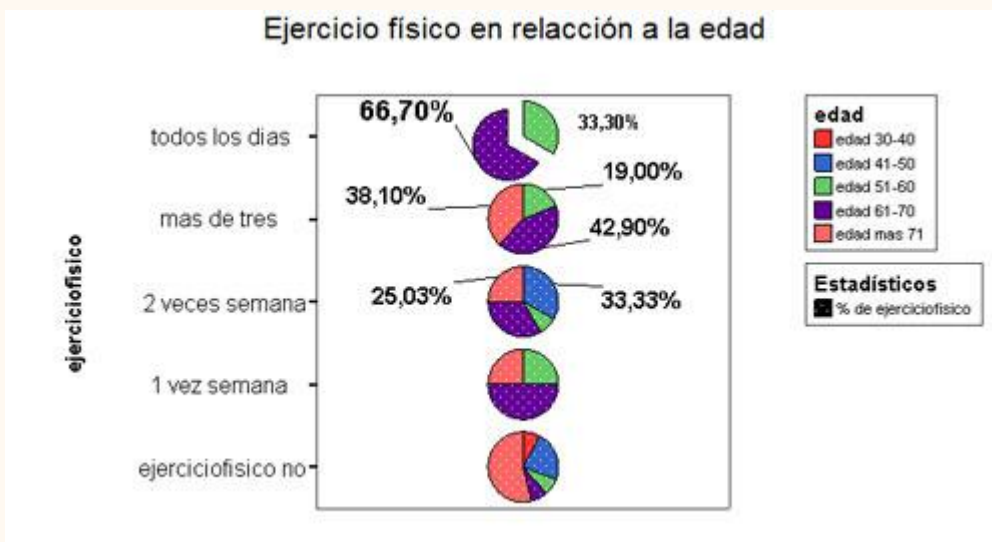
Información recibida a cerca de los FRCV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Válidos	si por el medico	8	13,1	13,1%
	si la enfermera	19	31,1	31,1%
	medico y enfermera	26	42,6	42,6%
	amigos/familia	8	13,1	13,1%

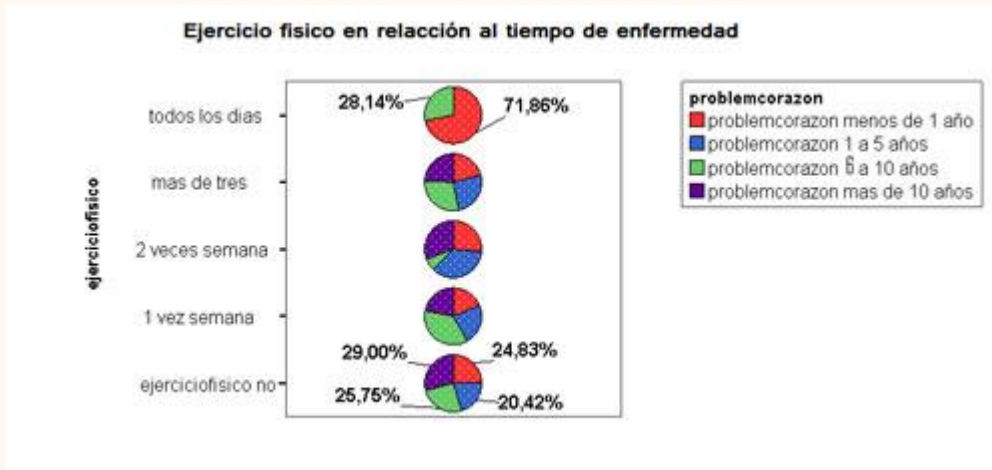
RESULTADOS ACTIVIDAD FISICA:

El 34,4% de los pacientes realizan ejercicio físico tres veces a la semana, siendo el caminar la actividad más realizada en un 39,3%, seguido de montar en bicicleta (24,6%) y un 11,5 se declaran sedentarios.

El margen de edad donde mayor ejercicio se realiza es, las edades comprendidas entre los 51 y 70 años, el 66,7%.que realizan ejercicio todos los días tenían edades comprendidas entre los 61 y 70 años.



Con respecto al tiempo de enfermedad donde más ejercicio se realiza es en los pacientes que llevan enfermos menos de un año (71,8% ejercicio todos los días) seguido de los que se encuentran entre el 6 y 10 año (28,4 ejercicio todos los días).

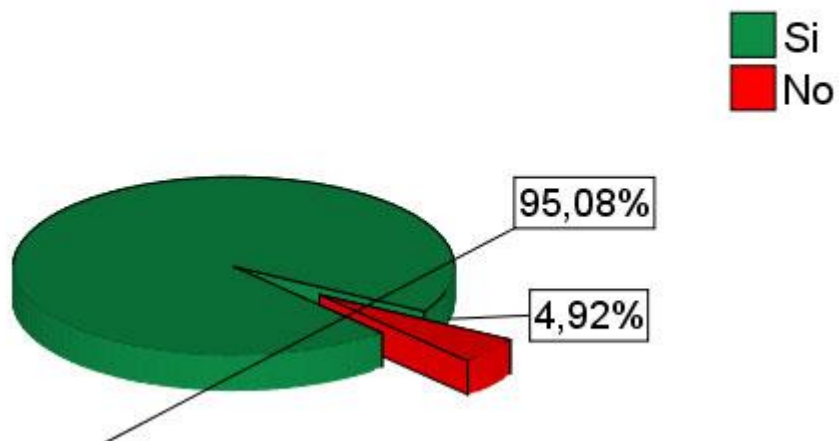


Los pacientes afirman que se encuentra contento con el nivel de información transmitida por el enfermero y el médico (45,9%) seguido de la información dada por enfermería en un 24,6%.

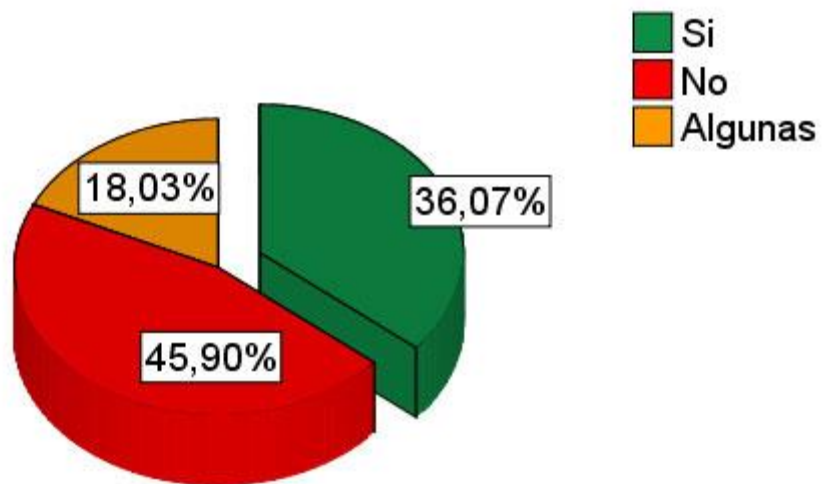
RESULTADO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El 95,08% de los pacientes toman su medicación, pero solo un 36,07% conocen para que sirve esta.

¿Toma su medicación?

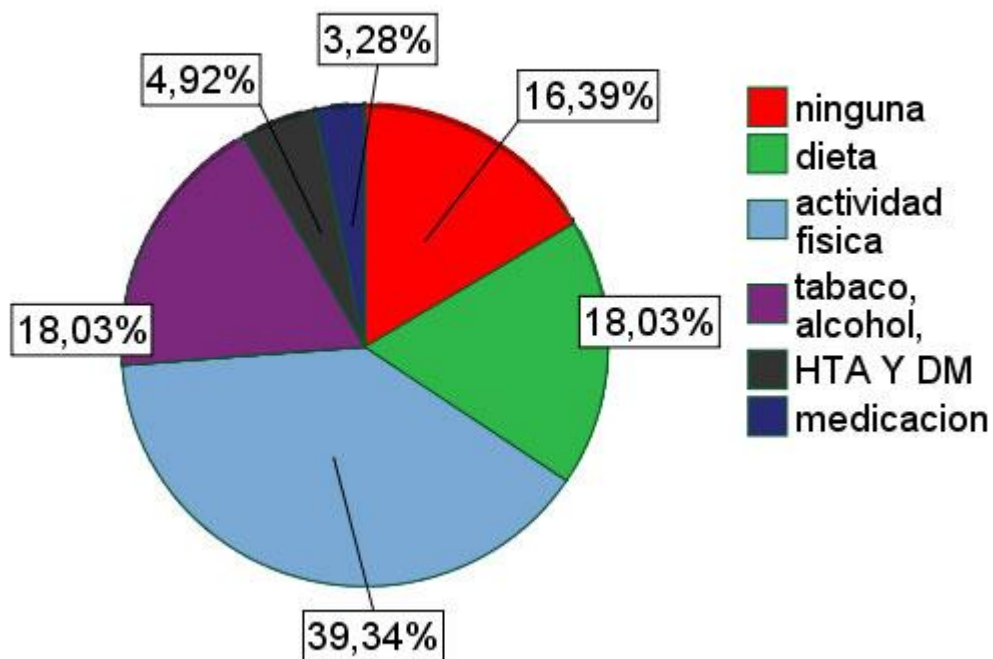


¿Conoce su tratamiento?



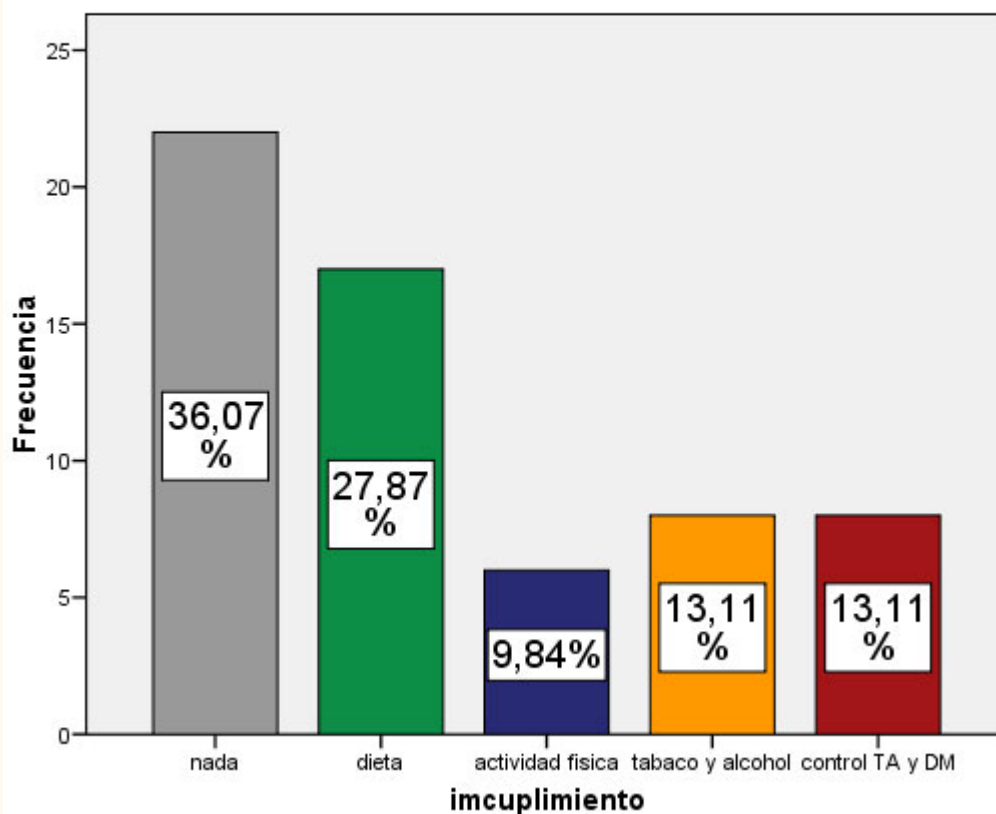
Dentro de los factores de riesgo lo que más valoran los pacientes es el ejercicio físico (39,3%) y al que menos importancia es al tratamiento médico (3,29%) ya que esto es para ello una rutina.

¿Que factor de riesgo es el mas importante?

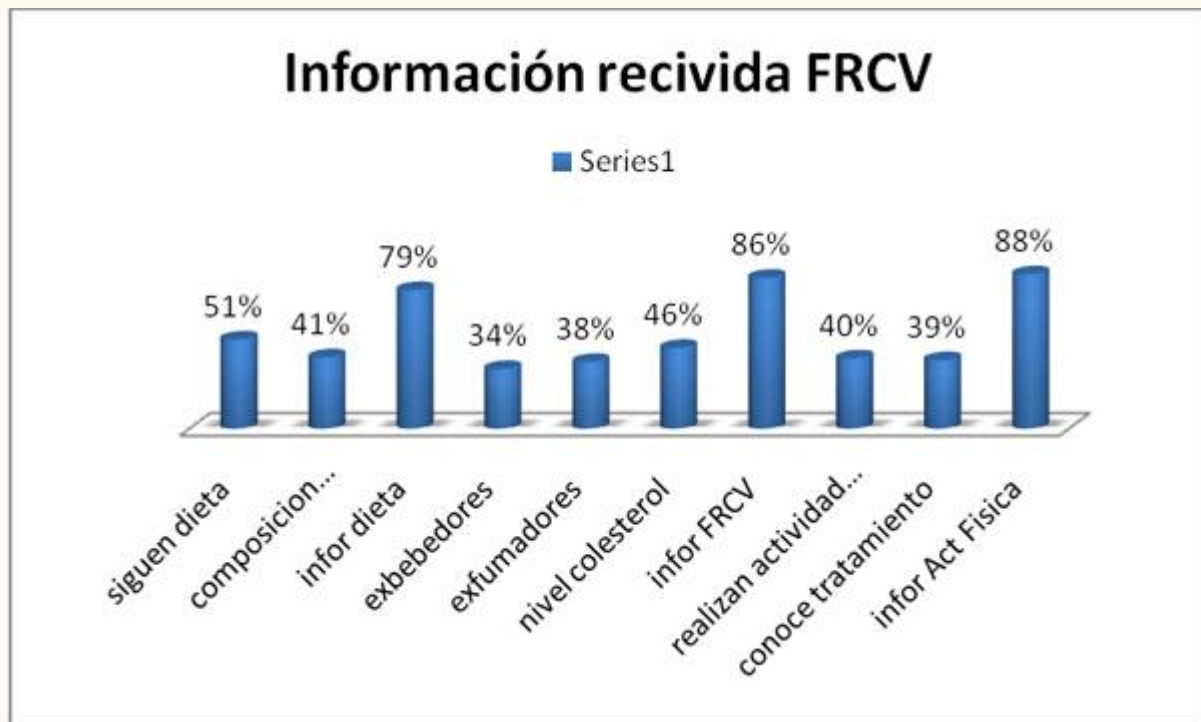


De los FRCV que menos importancia le da tras pasado un periodo de años es la dieta en un 27,8%.

¿Cual es el factor de riesgo al que le dio menos importancia?



Los profesionales de la salud proporcionan información acerca de los FRCV y la importancia de la actividad física en el 88% de los casos, pero el seguimiento a estos factores no se muestra en la misma medida.



DISCUSIÓN

El estudio nos ha permitido evaluar la de gestión de la propia salud, tratando de localizar los puntos de menor adherencia a este tratamiento y la relación existente entre la baja adherencia y factores como la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad.

En primer lugar, debemos considerar que lo ideal sería realizar este estudio a lo largo del tiempo de evolución de cada paciente verificando si la adherencia de este se ve afectada por las variables: edad y tiempo de evolución de la enfermedad.

Medir el grado de adherencia a las pautas prescritas es difícil, ya que hay factores que influyen en los pacientes como es el miedo, la vergüenza..., estableciendo un sesgo en el estudio.

La toma de medicación ha tenido unos resultados muy elevados, pero no así el conocimiento de la misma lo que favorece el manejo ineficaz al tratamiento. Si el paciente conoce el tratamiento (sintron) aumenta la adhesión al mismo relacionándolo con el riesgo de no tomarlo.

Según los resultados obtenidos el grado de información que obtiene el paciente de los profesionales sanitarios es alto pero no coincide siempre con el nivel de adhesión, esto puede ir encaminado a que los profesionales no motiven al paciente haciéndoles ver que el tratamiento tanto farmacológico como de evitar factores de riesgo mejora la salud y aumenta la calidad de vida.

Debido a que la enfermedad coronaria es una causa muy importante de muerte e incapacidad, es prioritaria la identificación de los factores de riesgo, con el fin de tomar medidas profilácticas, brindando así una educación y orientación para la adopción de un buen manejo del régimen terapéutico.

La literatura coincide en la existencia de una correlación positiva entre la incidencia de enfermedad coronaria y la presencia de los factores de riesgo como de el bajo nivel de cumplimiento terapéutico en patologías crónicas con su repercusión en la misma enfermedad, acarreado a estos pacientes a una mayor hospitalización, mayor índice de mortalidad y menor calidad de vida

Según la bibliografía y los resultados de mi estudio, este incumplimiento terapéutico se ve aumentado por la edad de los pacientes y por los años que estos llevan enfermos evidenciándose mayor cumplimiento en pacientes que llevan poco tiempo enfermos y en aquellos que son más jóvenes.

Cuando el paciente es parte activa en el proceso de su enfermedad, solicitando información, y conocimiento de la misma mejora la cumplimentación del tratamiento, así como el realizar las modificaciones necesarias en el control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovasculares

CONCLUSIÓN

1.- La hipótesis puede darse por aceptada pues en la mayoría de las variables estudiadas el porcentaje de adhesión es menor en aquellos pacientes que llevan más de 6 años enfermos.

2.- El nivel de adhesión a los factores estudiados es mucho menor en los pacientes con edades a partir de los 60 años.

- 3.-La variable cuyo porcentaje de adhesión es más alto es la del seguimiento del tratamiento médico.
- 4.-La variable a la que menos adherencia demuestran los pacientes es la realización de ejercicio físico de forma constante.
- 5.- La información dada a los pacientes por parte de los profesionales sanitarios, sobre los Factores de Riesgo Cardiosaludables es muy alta con un promedio superior al 80%.

BIBLIOGRAFÍA

- Fuster v, steel PM chesebro JH. ROLe of platelets and coronary atherosclerotic disease and studden death. J am Coli. Cardiol 1985: B175-84.
- Fiol M. Tratamiento del SCA en la UCI/UC. M Intensive 2004; 2:1:1-36.
- Braunwald MD: Directrices ACC/AHA para el manejo de pacientes con AI IAM sin elevación del segmento ST.
- Perez G, Pena A, Sela J, Roset PN, Regicar investigators. Acute Myocardial case fatality, irrident and mortality rater in population registry in Gerona,Spain 1990-1992. Epidemiol 1988;27 599-604.
- Kulasma K, Mahonem M, Tolonem H, Amouyel, For the who Monica project populations. Lancet 1999;353: 1547-1557
- Haynes RB. Compliance in health care. Introduction. In: Haynes, R.B.; Taylor, D.W. & Sackett, D.L. (Eds): Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
- Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna, 2002;29(4):637-51.
- Colom F y Vieta E. Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Intersiquis, 2002;
[-http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/3706](http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/3706). 28/01/2003.
- Villar Álvarez Fernando. Benegas Banegas José Ramón. de Mata Juan. Campos Donado. Rodríguez Artalejo Fernando. INFORME SEA 2007. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras
- National Cholesterol Education Program. Detection evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. 1988.
- Bueno Zamora H novena edicion marzo 2006 guia del enfermo coronario
- Clementel ,Cristian - Gauna, Carlos A. - Toledo, María J HTA: correlacion con el perimetro abdominal.
- Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, et al. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. Angina-pectoris-myocardial infarction investigations in Japan. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 11-18.
[-http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_cardiovasculares.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_cardiovasculares.jsp)
[-http://www.eldia.es/2008-10-27/sociedad/sociedad4.htm](http://www.eldia.es/2008-10-27/sociedad/sociedad4.htm)