



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL NORDESTE**

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA EN LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA
COMUNITARIA

Título de la tesis

Carga del cuidador primario de pacientes con
insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el
Instituto de Cardiología de Corrientes Capital año
2022

Autor: Margarita Santoro

Corrientes, Argentina

Año 2023





FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Nombre de la Maestría: Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

Título: Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes Capital año 2022 "

Directora de Tesis: Dra. Stella Maris Macín

Miembros de Tribunal Evaluador:

1 _____

2 _____

3 _____

Dictamen y Evaluación del Tribunal Evaluador:

Año de presentación del trabajo: 2023

Dedicatoria

A mi hija Victoria por comprender mis ausencias y ser el motor

de mi vida

.

Agradecimientos

A Dios que estuvo presente en los momentos más difíciles y que nunca me dejó caer

A mi directora de tesis Dra. Stella Maris Macín, por su paciencia, asesoramiento y confianza. Mi más profundo agradecimiento por su generosidad, por su amabilidad y por sobre todo por su disponibilidad para enseñarme y guiarme.

A mis familiares y amigos por comprender mi ausencia

A mis compañeros de curso, especialmente al Lic. Oscar Medina, por haberme alentado a seguir y por haberme ayudado en todo momento

A los cuidadores de los pacientes, por haberme brindado su tiempo y su confianza que de manera voluntaria y desinteresada participaron del estudio y gracias a quienes esta investigación fue posible

Resumen

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es actualmente un importante problema de salud pública en los países industrializados. Se estima una alta y creciente prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2% en la población general, y llega a superar el 10% en ancianos.

El aumento se atribuye, en parte, a la mayor esperanza de vida de la población y también a la eficacia de las nuevas estrategias terapéuticas, como el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), de Neprilesina, los bloqueadores beta o la espironolactona.

Esta patología es una de las principales causas de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, se asocia con una elevada morbilidad y a un alto porcentaje de reingreso hospitalario precoz que puede llegar al 50% en los primeros 3 meses tras el alta.

Esto conduce a una importante carga asistencial y a un incremento del consumo de recursos.

Una de las consecuencias de esta patología son los reingresos hospitalarios, que se definen como, aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso.

Para hablar de reingreso es importante mencionar el periodo de ventana que es aquel que oscila entre 15 días y 2 años. Este concepto se define como el lapso que se deja transcurrir entre el ingreso índice y el segundo ingreso para que este último se considere reingreso. Así hay estudios que consideran los periodos de ventana que oscilan entre dos semanas y 12 meses, siendo el habitual el de 30 días y en este trabajo se tomara como punto de corte todo aquel reingreso hospitalario que se producen entre 3 meses y 12 meses luego del alta hospitalaria.

Una característica de los pacientes con IC es su dependencia, a veces parcial y a veces total a mayor grado de progresión de la enfermedad.

En este sentido es sabido que, aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, lo cierto es que, en la mayoría de las veces, la carga del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador primario, que es aquella persona que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades de la vida diaria. Generalmente es un familiar, amigo o incluso vecino que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente

El cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo. La jornada de los cuidadores, suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario: mañana, tarde y noche, lo que significa una atención constante. Esta circunstancia, genera cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del cuidador. Esto es lo que se conoce como "síndrome del cuidador" o "sobrecarga del cuidador".

Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente.

Dada la importancia de estudiar y medir la sobrecarga en el cuidador, se han desarrollado varios instrumentos como el Índice Global de Carga, el Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, el IEQ, el SBAS, el CBI, el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, entre otros. Uno de los más empleados en el ámbito internacional ha sido la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que ha sido validada y consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

Según la bibliografía las características sociodemográficas del cuidador primario son muchas y entre ellas las más importantes son género, edad, estado civil, ocupación, y horas de cuidado, nivel de escolaridad, estrato de la vivienda y parentesco entre otros. A los fines de esta investigación se tomaran como variables el grupo etario perteneciente o relativo a la edad del cuidador, sexo, horas de cuidado definida como la cantidad de horas al día que el cuidador dedica al cuidado de la persona dependiente, antigüedad en el cuidado que es el tiempo que los cuidadores primarios de personas dependientes han de proveer en muchas ocasiones durante meses e incluso años, lo que determina la antigüedad de éste en el cumplimiento de su rol, y los períodos más usuales van de uno a cuatro años, aunque en un 20% de los casos la ayuda informal es provista durante 5 y más años

Por todo lo citado más arriba, queda expuesta la importancia de conocer la sobrecarga del cuidador primario en donde desde el punto de vista asistencial se podría programar los cuidados de una forma que disminuya la sobrecarga del mismo y a la vez no descuidar las necesidades del paciente. En este sentido tendría un papel preponderante el enfermero que desde su mirada holística de los fenómenos nucleares del área disciplinar, persona, entorno, cuidado y salud de la población, podría ser un vínculo entre la familia de la persona afectada y la institución a través de la implementación de programas de seguimiento continuo en la comunidad.

Hipótesis

Los cuidadores primarios de los pacientes con insuficiencia cardíaca que se re internan presentan sobrecarga ligera.

Objetivo General:

Describir la carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022

Objetivos específicos:

- ✓ Describir la carga del cuidador según edad y sexo.
- ✓ Determinar la carga del cuidador según tiempo que está a cargo del cuidado.
- ✓ Identificar la carga del cuidador según horas de atención diarias dedicadas al cuidado.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal. Las unidades de análisis fueron los cuidadores primarios o principales de pacientes con insuficiencia cardiaca que se re internan en un periodo de 3 meses a 12 meses luego del alta.

Para la selección de las unidades de análisis se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de los pacientes con IC crónica y sus cuidadores primarios.

Para recolección de los datos se utilizó un cuestionario dividido en dos secciones A y B

A: donde estuvieron presentes los datos del cuidador principal: edad, sexo, horas diarias de cuidado, antigüedad en el cuidado y los datos del paciente en donde figure edad, sexo,

B: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit con sus 22 ítems que debió responder solo el cuidador principal

Para acceder a los cuidadores primarios se solicitó la autorización del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Cardiología de Corrientes Juana Francisca Cabral, y a su vez se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los cuidadores primarios que participaron del estudio

Una vez recolectado los datos fueron tabulados en una matriz de datos para su posterior análisis.

Luego del análisis, la información obtenida fue resumida y para la redacción del informe se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas; frecuencias absolutas y frecuencias relativas para las variables categóricas, ambas con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Una vez recolectado los datos, estos fueron tabulados en una matriz para su posterior análisis.

Luego del análisis la información obtenida fue resumida con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y las variables categóricas fueron resumidas con frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Resultados

Se realizó la encuesta en los meses de enero-junio del año 2022, la muestra quedo conformada por 72 cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica que se atienden en el Instituto de Cardiología de Corrientes

Según sexo del paciente, el 65,3% correspondió al sexo masculino

En referencia a la edad del paciente, la media de fue de 67,69 años con un desvío estándar de +/-de 14,34 años, con un mínimo de 19 años y un máximo de 91 años (IC al 95% entre 64,32 y 71,07)

Según el sexo del cuidador, el 83,3% correspondió al sexo femenino

La edad media del cuidador oscilo en los 48,21 años con un desvío estándar de +/- 13,47 años con un mínimo de 20 y un máximo de 76 años (IC al 95% entre 45,04 y 51,08 años)

Con respecto a las horas de cuidado, la media de horas diarias fue de 16,13 +/- 8,06 (IC 95% entre 14,23 y 18,03)

En relación a la antigüedad en el cuidado, la media fue de 4,41 años +/-4,17 años (IC al 95% se ubica entre 3,43 y 5,40 años)

Valoración del grado de sobrecarga

Del análisis de la frecuencia de grado de sobrecarga del cuidador primario según el puntaje del cuestionario ZARIT se pudo evidenciar que el 53% de los cuidadores primarios presento algún grado de sobrecarga y que, de ese porcentaje de cuidadores primarios sobrecargados, el 37,5% correspondio a una sobrecarga intensa y el 15% a una sobrecarga ligera.

Conclusión

En este estudio se pudo identificar la presencia de sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardíaca y se observó que la frecuencia fue mayor que la reportada en la literatura sobre todo de la sobrecarga intensa

En cuanto al sexo de los cuidadores la mayoría de los cuidadores primarios fueron mujeres

En relación a la edad de los cuidadores, la mayoría no supera los 50 años

En relación a las horas diarias de cuidado, un alto porcentaje refirió brindar muchas horas al día de su tiempo en cuidar

En relación a la antigüedad en el cuidado un alto porcentaje de los cuidadores sobrecargados no superan los 5 años de cuidados

Summary

Introduction:

Heart failure (HF) is currently a major public health problem in industrialized countries. A high and growing prevalence is estimated, ranging between 0.3 and 2% in the general population, and exceeds 10% in the elderly.

The increase is partly attributed to the greater life expectancy of the population and to the efficacy of new therapeutic strategies, such as the use of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, beta-blockers or spironolactone.

This pathology is one of the main causes of hospitalization in patients older than 65 years, it is associated with high morbidity and mortality and a high percentage of early hospital readmission that can reach 50% in the first 3 months after discharge

A characteristic of patients with HF is their dependence, sometimes partial and sometimes total, to a higher degree of progression of the disease.

In this sense, it is known that although sometimes there are several family members who care for the dependent family member, the truth is that in most cases, the burden of care falls on a single person: the primary caregiver, who is that person who assumes total responsibility for the patient helping him to perform all activities of daily living. It is generally a relative, friend or even a neighbor who does not receive financial help or previous training for patient care

Taking care of a dependent person is an excess of work. The day of the caregivers is usually long, most of them provide help for more than five hours and without schedule: morning, afternoon and night, which means constant attention. This circumstance generates important changes in the lives of caregivers, at a personal, family, work and social level, and health problems may appear, with a physical and emotional overload that, on some occasions, can lead to the abandonment of the caregiver. This is what is known as “caregiver syndrome” or “caregiver overload”.

This caregiver participates in decision-making, supervises, supports, or performs activities of daily living that compensate for the dysfunction that the dependent person has.

Given the importance of studying and measuring the overload in the caregiver, several instruments have been developed such as the Global Burden Index, the Objective and Subjective Family Burden Interview Questionnaire, the IEQ, the SBAS, the CBI, the Effort Index Questionnaire of the Caretaker, among others. One of the most widely used internationally has been the "Zarit Caregiver Burden Scale". Which has been validated and consists of 22 Likert-type questions with 5 options (1-5 points), whose results add up to a total score (22-110 points). This result classifies the caregiver as: "absence of overload" (<46), "light overload" (47-55) or "intense overload" (>56). "Slight overload" represents a risk factor for generating "severe overload". The latter is associated with greater medical, psychiatric and social morbidity and mortality of the caregiver.

According to the bibliography, the sociodemographic characteristics of the primary caregiver are many and among them, the most important are gender, age, marital status, occupation, and hours of care, level of education, household stratum, and kinship, among others.

For the purposes of this research, the age group belonging to or relative to the age of the caregiver, sex, hours of care defined as the number of hours per day that the caregiver dedicates to the care of the dependent person, seniority in care, will be taken as variables. that it is the time that the primary caregivers of dependent people have to provide on many occasions for months and even years, which determines their seniority in fulfilling their role, and the most usual periods range from one to four years, although In 20% of cases, informal help is provided for 5 and more years.

For all of the above, the importance of knowing the overload of the primary caregiver is exposed, where from the care point of view care could be programmed in a way that reduces the overload of the same and at the same time not neglecting the needs of the patient. In this sense, the nurse would have a leading role who, from his holistic view

of the nuclear phenomena of the disciplinary area, person, environment, care and health of the population, could be a link between the family of the affected person and the institution through the implementation of continuous monitoring programs in the community.

Hypothesis

Primary caregivers of patients with heart failure who are readmitted present a slight overload.

General objective:

Describe the burden of the primary caregiver of patients with heart failure with hospital readmission at the Institute of Cardiology of Corrientes, Corrientes Capital year 2022

Specific objectives:

- ✓ Describe the burden of the caregiver according to age and sex.
- ✓ Determine the burden of the caregiver according to the time he is in charge of care.
- ✓ Identify the burden of the caregiver according to hours of daily care dedicated to care.

Methodological design

A prospective, quantitative, descriptive and cross-sectional study will be carried out. The units of analysis will be the primary or main caregivers of patients with heart failure who are readmitted within a period of 3 months to 12 months after discharge.

For the selection of the analysis units, a simple random probabilistic sampling of patients with chronic HF and their primary caregivers will be carried out.

For data collection, a questionnaire divided into two sections A and B will be used:

A: where the data of the main caregiver will be present: age, sex, daily hours of care, seniority in care and the data of the patient where age, sex.

B: Zarit caregiver overload scale with its 22 items that only the main caregiver should answer

To access primary caregivers, authorization was requested from the Department of Teaching and Research of the Institute of Cardiology of Corrientes Juana Francisca Cabral and informed consent was requested from each of the primary caregivers who participated in the study

Once the data was collected, they were tabulated in a data matrix for further analysis.

After the analysis, the information obtained was summarized and for the writing of the report, measures of central tendency and dispersion were used for the numerical variables; absolute frequencies and relative frequencies for the categorical variables, both with their respective 95% confidence intervals.

Once collected, the data will be tabulated in a data matrix for further analysis.

After the analysis, the information obtained will be summarized with measures of central tendency for the quantitative variables and the categorical variables will be summarized with absolute frequencies and relative frequencies.

Results

The survey was carried out in the months of January-June of the year 2022, the sample was made up of 72 primary caregivers of patients with chronic heart failure who are treated at the Institute of Cardiology of Corrientes

According to the sex of the patient, 65.3% corresponded to the male sex

Regarding the patient's age, the mean age was 67.69 years with a standard deviation of ± 14.34 years, with a minimum of 19 years and a maximum of 91 years (95% CI between 64.32 and 71.07)

According to the sex of the caregiver, 83.3% corresponded to the female sex

The average age of the caregiver ranged from 48.21 years with a standard deviation of ± 13.47 years with a minimum of 20 and a maximum of 76 years (95% CI between 45.04 and 51.38 years).

Regarding the hours of care, the average daily hours was 16.13 ± 8.06 (95% CI between 14.23 and 18.03).

In relation to seniority in care, the mean was 4.41 years ± 4.17 years (95% CI is between 3.43 and 5.40 years).

Assessment of the degree of overload

From the analysis of the degree of overload frequency of the primary caregiver according to the ZARIT questionnaire score, it was possible to show that 53% of the primary caregivers presented some degree of overload and that of that percentage of overloaded primary caregivers, 37.5% corresponded to intense overload and 15% to light overload

Conclusion

In this study, it was possible to identify the presence of overload of primary caregivers of patients with heart failure and it was observed that the frequency was higher than that reported in the literature, especially intense overload.

Regarding the sex of the caregivers, most of the primary caregivers were women.

In relation to the age of the caregivers, most do not exceed 50 years

In relation to the daily hours of care, a high percentage reported providing many hours a day of their time in caring

In relation to seniority in care, a high percentage of overburdened caregivers do not exceed 5 years of care

Índice

Resumen	iii
Summary	x
Prologo	1
Introducción	2
CAPÍTULO I	6
1.Planteamiento del problema	6
1.1. La insuficiencia cardiaca	6
1.2 El reingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca	6
1.3. La sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca	7
1.4. Pregunta de investigación.....	8
1.5. Hipótesis.....	9
1.6. Objetivos.....	9
Objetivo General:	9
CAPITULO II	10
Estado actual del conocimiento sobre el tema	10
2.1. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca	10
2.2. Reingreso hospitalario y mortalidad por insuficiencia cardiaca.....	11
2.3. Insuficiencia cardiaca y dependencia.....	12
2.4. El cuidador.....	13
2.5. Características de los cuidadores	14
2.6. La sobrecarga del cuidador.....	15
2.7. Instrumento para medir la sobrecarga del cuidador: escala de Zarit	16
2.8. Descripción de los factores o dimensiones de la escala Zarit	17
CAPITULO III	21
3.Diseño metodológico	21

Capitulo IV	26
Resultados.....	26
Capitulo V	36
Discusión:	36
Conclusión.....	37
Limitaciones del estudio:.....	38
Bibliografía.....	39
8.Anexos.....	46
8.1 Instrumento de recolección de datos	46
8.2 Nota de solicitud de autorizacion para recoleccion de los datos	49
8.3Nota de autorizacion para recoleccion de los datos.....	50
8.4 Modelo de consentimiento informado	51
8.5 Matriz de datos	53

Prologo

En esta tesis se describe una de las problemáticas que impactan en la salud de una franja poblacional que son los que padecen enfermedades crónicas en general e insuficiencia cardiaca en particular. Se trata de las personas que cuidan a estos pacientes que al estar con algún grado de sobrecarga impactaría en la salud de los pacientes cuidados por ellos.

Se trata de la sobrecarga del cuidador primario o síndrome del cuidador que, genera cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del cuidador. Esto es lo que se conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador”.

Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente.

Me motivo este tema, la observación de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica que siempre o casi siempre se encuentran acompañados por alguien que constantemente está pendiente de su cuidado y conoce con detalle las cuestiones relacionadas al tratamiento, pero también observe que muchas veces esos cuidadores darían la impresión de estar cansados. El observar ese estado de cansancio del cuidador motivo la realización de esta tesis ya que si bien la literatura es amplia describiendo la sobrecarga del cuidador de pacientes que padecen muchas enfermedades crónicas como Alzheimer, diabetes, trastornos renales, pero en pacientes con insuficiencia cardiaca es acotada , es por esta razón que consideré pertinente describir como está esta situación en el Instituto de Cardiología, como un primer paso para si fuera necesario diseñar estrategias de mejora, que puedan ayudar a los cuidadores primarios

Deseo que este trabajo sea el punto de partida para la implementación de un plan de mejora orientado a desarrollar proyectos institucionales de atención preventiva en la comunidad con el propósito de asistir a los cuidadores primarios en su cuidado.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es actualmente un importante problema de salud pública en los países industrializados. Se estima una alta y creciente prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2% en la población general, y llega a superar el 10% en ancianos ¹.

El aumento se atribuye, en parte, a la mayor esperanza de vida de la población y también a la eficacia de las nuevas estrategias terapéuticas, como el uso de los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA), los bloqueadores beta la Neprilesina o la espironolactona ².

Esta patología es una de las principales causas de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, se asocia con una elevada morbilidad y a un alto porcentaje de reingreso hospitalario precoz que puede llegar al 50% en los primeros 3 meses tras el alta ³.

Esto conduce a una importante carga asistencial y a un incremento del consumo de recursos ⁴.

Una de las consecuencias de esta patología son los reingresos hospitalarios, que se define como, aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso ¹⁰.

Para hablar de reingreso previamente es importante mencionar el periodo de ventana que es aquel que oscila entre 15 días y 2 años. Este concepto se define como el lapso que se deja transcurrir entre el ingreso índice y el segundo ingreso para que este último se considere reingreso. Así hay estudios que consideran los periodos de ventana que oscilan entre dos semanas y 12 meses, siendo el más habitual el de 30 días y en este trabajo se tomara como punto de corte todo aquel reingreso hospitalario que se producen entre los 3 meses y 12 meses luego del alta hospitalaria.

Una característica de los pacientes con IC es su dependencia, a veces parcial y a veces total a mayor grado de progresión de la enfermedad ¹³.

En este sentido es sabido que, aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, lo cierto es que en la mayoría de las

veces, la carga del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador primario, que es aquella persona que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades de la vida diaria. Generalmente es un familiar, amigo o incluso vecino que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente¹⁶.

Según la bibliografía las características sociodemográficas del cuidador primario son muchas y entre ellas las más importantes son género, edad, estado civil, ocupación, y horas de cuidado, nivel de escolaridad, estrato de la vivienda y parentesco entre otros¹⁸. A los fines de esta investigación se tomaran como variables el grupo etario perteneciente o relativo a la edad del cuidador, sexo, horas de cuidado definida como la cantidad de horas al día que el cuidador dedica al cuidado de la persona dependiente, antigüedad en el cuidado que es el tiempo que los cuidadores primarios de personas dependientes han de proveer en muchas ocasiones durante meses e incluso años, lo que determina la antigüedad de éste en el cumplimiento de su rol, y los períodos más usuales van de uno a cuatro años, aunque en un 20% de los casos la ayuda informal es provista durante 5 y más años

El cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo. La jornada de los cuidadores, suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario: mañana, tarde y noche, lo que significa una atención constante. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente¹⁹. Esta circunstancia, genera cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del cuidador. Esto es lo que se conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador”²⁰.

Dada la importancia de estudiar y medir la sobrecarga en el cuidador, se han desarrollado varios instrumentos como el Índice Global de Carga, el Cuestionario

Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, el IEQ, el SBAS, el CBI, el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, entre otros. Uno de los más empleados en el ámbito internacional ha sido la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que ha sido validada y consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador ²⁴.

Por todo lo citado más arriba, queda expuesta la importancia de conocer la sobrecarga del cuidador primario en donde desde el punto de vista asistencial se podría programar los cuidados de una forma que disminuya la sobrecarga del mismo y a la vez no descuidar las necesidades del paciente. En este sentido tendría un papel preponderante el enfermero que desde su mirada holística de los fenómenos nucleares del área disciplinar, persona, entorno, cuidado y salud de la población, podría ser un vínculo entre la familia de la persona afectada y la institución a través de la implementación de programas de seguimiento continuo en la comunidad.

El reingreso hospitalario es según algunos autores considerado como un indicador de la calidad de atención de las instituciones, analógicamente se podría decir que es un indicador de la calidad de los cuidados que recibe una persona.

Desde esta perspectiva es que se plantea el estudio con el propósito de detectar la sobrecarga de los cuidadores primarios de los pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) que presentan reingreso hospitalario.

Los resultados de este trabajo podrán ser utilizados en beneficio de por un lado los pacientes que presentan IC y además en los cuidadores primarios de estos pacientes. Al detectar la presencia de sobrecarga del cuidador e identificar las características de los mismos, desde el punto de vista asistencial se podría programar los cuidados de una forma que disminuya la sobrecarga del mismo y a la vez no descuidar las necesidades del paciente

Desde el área docente es un insumo importante para dar a conocer al colectivo de enfermería, para el desarrollo de estrategias preventivas, además de que es quizás un área poco desarrollada en nuestro contexto.

Desde la investigación el estudio proporcionará hipótesis para futuros trabajos de investigación a nivel correlacional o de asociación, siguiendo la misma línea de investigación.

CAPÍTULO I

1.Planteamiento del problema

1.1. La insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es actualmente un importante problema de salud pública en los países industrializados. Se estima una alta y creciente prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2% en la población general, y llega a superar el 10% en ancianos

El aumento se atribuye, en parte, a la mayor esperanza de vida de la población y también a la eficacia de las nuevas estrategias terapéuticas, como el uso de los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA), los bloqueadores beta la Neprilesina o la espironolactona.

Esta patología es una de las principales causas de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, se asocia con una elevada morbilidad y a un alto porcentaje de reingreso hospitalario precoz que puede llegar al 50% en los primeros 3 meses tras el alta ⁽³⁾ Esto conduce a una importante carga asistencial y a un incremento del consumo de recursos.

1.2 El reingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria, aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.

En los últimos años se duda que la tasa bruta de reingreso sirva como índice de calidad, considerándose en algunos trabajos como debido a causas no modificables,

aunque una tasa alta de reingreso en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada.

Además, pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índice de calidad ⁽⁷⁾. Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva

Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de reingreso, unos dependientes del paciente y su entorno social: edad, grado de dependencia, nivel económico, estado de salud auto percibido tipo de seguro médico, educación del paciente y de la familia respecto al problema de salud específico. Otros factores son dependientes del tipo de enfermedad, siendo en general la tasa de reingreso más baja cuando la enfermedad es de tratamiento quirúrgico, de la gravedad del proceso clínico y del seguimiento del enfermo. La tasa de reingreso es más alta en ancianos, particularmente en el anciano frágil y la insuficiencia cardíaca uno de los problemas médicos con índice de reingreso más alto⁽⁵⁾.

En el Instituto de Cardiología de Corrientes, es frecuente observar el reingreso de pacientes con esta enfermedad, los cuales como afirma la literatura, deteriora la calidad de vida de estos, provocando un incremento en los costos a nivel institucional y también a nivel individual.

Además, genera una alteración en la vida cotidiana familiar, por el paciente hospitalizado en reiteradas oportunidades en un corto período y de manera frecuente.

1.3. La sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardíaca

Con el aumento progresivo de la esperanza de vida y la mayor supervivencia de personas con patologías crónicas como la IC, estamos asistiendo a un importante incremento en el número de personas con dependencia que precisan de ayuda

médica, social y familiar. Aparece así, la figura del cuidador principal o informal definido como aquella persona del hogar familiar encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica a cambio.

Según algunos estudios existen muchos factores que aumentan la probabilidad de rehospitalización en estos pacientes, y la mayoría desde la visión biomédica.

Enfermería, como disciplina tiene en cuenta a la persona sujeto de cuidado, el entorno y la salud como fenómenos nucleares que sustentan la práctica es desde esta visión que, la persona con esta enfermedad crónica debe ser abordada desde una perspectiva integral.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es la sobrecarga del cuidador primario que asiste a la persona con IC, ya que el mismo podría mejorar la gestión del cuidado y a la vez, disminuir los reingresos por esta enfermedad.

Con base en lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022?

1.5. Hipótesis

Los cuidadores primarios de los pacientes con insuficiencia cardíaca que se re internan presentan sobrecarga ligera.

1.6. Objetivos

Objetivo General:

Describir la carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022

Objetivos específicos:

- ✓ Describir la carga del cuidador según edad y sexo.
- ✓ Determinar la carga del cuidador según tiempo que está a cargo del cuidado.
- ✓ Identificar la carga del cuidador según horas de atención diarias dedicadas al cuidado.

CAPITULO II

Estado actual del conocimiento sobre el tema

2.1. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardíaca (IC) es actualmente un importante problema de salud pública en los países industrializados. Se estima una alta y creciente prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2% en la población general, y llega a superar el 10% en ancianos¹. Este aumento se atribuye, en parte, a la mayor esperanza de vida de la población y también a la eficacia de las nuevas estrategias terapéuticas, como el uso de los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA), los bloqueadores beta, la Neprilesina o la espironolactona.² Este síndrome que afecta a 23 millones de personas en el mundo, con una alta tasa de mortalidad, de reingresos hospitalarios y consumo de recursos para el sistema de salud³ está caracterizado por la presencia de síntomas típicos como disnea, inflamación de tobillos y fatiga que puede acompañarse de signos como presión yugular elevada, crepitantes pulmonares y edemas periféricos, causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional que producen una elevación de las presiones intracardiacas o un gasto cardíaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio⁴. Al ser el estadio final de muchas cardiopatías, sus causas pueden variar y su frecuencia depende del medio en el que se lleven a cabo los estudios y de la población evaluada⁵ que, si bien en los países desarrollados la incidencia ajustada por edad podría estar disminuyendo, la incidencia total sigue en aumento debido al envejecimiento de la población⁶.

Según su causa, un análisis de estudios procedentes de 40 países, reportó que la cardiopatía isquémica es la causa principal en Norteamérica y Europa occidental (50%), siendo menos frecuente en América Latina y Asia (30%) y poco común en África (10%). Por su parte, la hipertensión arterial sistémica es mucho más frecuente en Europa oriental (35%) y África (32%); la etiología reumática es más prevalente en Asia (34%) y África (14%); la cardiomiopatía de origen chagásico se ha encontrado principalmente en África (25%), América Latina (19%) y Asia (16%); y, el origen

relacionado con una enfermedad cardiopulmonar subyacente es algo frecuente principalmente en Asia (11%). Por otra parte, en los países de América Latina los factores de riesgo para insuficiencia cardíaca muestran ser una combinación heterogénea entre condiciones usualmente propias de países desarrollados y otras existentes sobre todo en países no desarrollados. Así, para las etiologías principales existe un amplio rango en su frecuencia de presentación: enfermedad isquémica coronaria (68% - 71%), hipertensión arterial (14% - 76%), enfermedad de Chagas (1.3% - 21%), enfermedad valvular reumática (3% - 22%), cardiomiopatía dilatada idiopática (1.3% - 37%) y alcoholismo crónico (1.1% - 8%).⁷

Dentro de los países de América Latina, en Argentina, se realizó una revisión de 18 estudios publicados en revistas nacionales e internacionales entre los años 1992-2011, que incluyeron 19.727 pacientes con IC, en donde se observó que la proporción de hipertensos fue del 69%, de diabéticos del 25%, de etiología isquémica del 36%, de serología positiva para Chagas del 4,4%, de enfermedad valvular del 15%, con anemia del 20%, de fallo renal del 10%, de fibrilación auricular del 28%. Si bien estos estudios dan una aproximación de la epidemiología de la IC en el país, se destaca que la mayoría de los datos fueron recolectados en la región central y no en todo el territorio nacional.⁸

2.2. Reingreso hospitalario y mortalidad por insuficiencia cardíaca

Como se citó anteriormente, a pesar de los avances en el tratamiento médico y el uso de dispositivos, la IC continúa teniendo altas tasas de mortalidad y reingresos. La mortalidad hospitalaria se encuentra entre un 4-7% y la mortalidad a los 60-90 días es del 7-11%. Los reingresos a los 60-90 días oscilan entre el 25-30%⁹ es decir que 1 de cada 3 pacientes reingresa al menos una vez al año en donde en caso de producirse varios reingresos, se tiene en cuenta únicamente el primer reingreso durante el periodo analizado que va de 30 días a 1 año, entendiéndose que el reingreso hospitalario o reinternación es aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con

el que se justificó el primer ingreso.¹⁰ Estas re internaciones generan una importante carga al sistema de salud provocando el aumento en el consumo de recursos¹¹, siendo estas hospitalizaciones por IC responsables del 70% del gasto en salud destinado a tratar este síndrome.¹²

Para hablar de reingreso previamente es importante mencionar el periodo de ventana que es aquel que oscila entre 15 días y 2 años. Este concepto se define como el lapso que se deja transcurrir entre el ingreso índice y el segundo ingreso para que este último se considere reingreso. Así hay estudios que consideran los periodos de ventana que oscilan entre dos semanas y 12 meses, siendo el más habitual el de 30 días y en este trabajo se tomara como punto de corte todo aquel reingreso hospitalario que se producen entre los 3 meses y 12 meses luego del alta hospitalaria.

2.3. Insuficiencia cardiaca y dependencia

Una característica de los pacientes con IC es su dependencia, a veces parcial y a veces total a mayor grado de progresión de la enfermedad. Para definir la situación de dependencia acostumbra tomarse como punto de partida la recomendación que ofrece el Consejo de Europa, que define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o de forma más amplia y específica como: "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, los referentes al cuidado personal".¹³

2.4. El cuidador

Bajo la mirada de la concepción de ayuda o suplencia para asistir o acompañar al individuo dependiente, aparece la figura del cuidador que según la literatura asume diferentes acepciones:

Cuidador: es la persona que asume las tareas de carácter de apoyo, pero definido también por las relaciones sociales y familiares, de amistad e incluso vecindad

Cuidador principal: persona familiar o cercana que se encarga de brindar apoyo físico y emocional a otra persona de manera comprometida ¹⁴

Cuidadores formales: son personas que no forman parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica. El pago por los servicios prestados es lo que lo hace cuidador formal ¹⁵

Cuidador principal informal o cuidador primario: que es aquella persona encargada de ayudar o asistir en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir ningún tipo de pago o retribución económica.¹⁶ Este cuidador asume la responsabilidad total del cuidado del paciente que generalmente suele ser en la mayoría de los casos un familiar, pero también pueden asumir este rol amigos e incluso algún vecino.

La gran diferencia entre cuidador formal e informal es la remuneración económica recibida en retribución al cuidado brindado

Es importante destacar que los cuidadores, antes que cuidadores son personas con necesidades propias. Desde la mirada de la escuela de las necesidades, cuya máxima exponente es Virginia Henderson y quien considera al individuo sano o enfermo un ser completo, que presenta 14 necesidades básicas a satisfacer, las cuales se expresan de forma diferente en función de cada cultura e individuo; el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia, sino de requisito indispensable para mantener la armonía del ser humano.

Cada una de estas necesidades, se encuentra relacionada con las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales, de forma que, si una o varias permanecen insatisfechas, las demás pueden sufrir repercusiones. Este enfoque

permite observar cómo los cuidados prestados por el cuidador pueden repercutir en la satisfacción de sus propias necesidades básicas y no solo las necesidades del paciente al que cuidan.¹⁷ y entendiendo que el cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo, y que generalmente la jornada de los cuidadores, suelen ser largas, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario: mañana, tarde y noche, lo que significa una atención constante. Esta circunstancia, genera cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que, en algunas ocasiones, puede desembocar en el abandono del cuidador.

2.5. Características de los cuidadores

Según la bibliografía los cuidadores informales tienen ciertas características, sobre todo las sociodemográficas y entre ellas las más importantes son género, edad, estado civil, ocupación, horas de cuidado, nivel de escolaridad, estrato de la vivienda y parentesco entre otros. Son los hijos que aún viven en el hogar de la persona dependiente los principales cuidadores, con una edad promedio de entre 36 a 45 años, preferentemente mujeres.¹⁸ A los fines de esta investigación se tomaran como variables el grupo etario perteneciente o relativo a la edad del cuidador, sexo, horas de cuidado definida como la cantidad de horas al día que el cuidador dedica al cuidado de la persona dependiente, antigüedad en el cuidado que es el tiempo que los cuidadores primarios de personas dependientes han de proveer en muchas ocasiones durante meses e incluso años, lo que determina la antigüedad de éste en el cumplimiento de su rol, y los períodos más usuales van de uno a cuatro años, aunque en un 20% de los casos la ayuda informal es provista durante 5 y más años.

Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente. Este cuidador debe asumir un nuevo rol y con ello un cambio en toda su rutina, lo que le implica desarrollar habilidad para cuidar ¹⁹

2.6. La sobrecarga del cuidador

El cuidado informal puede tener repercusiones negativas en el nivel de salud, económico y social del cuidador. Esta situación le puede originar estrés que, si es mantenida en el tiempo, puede dar lugar a la aparición del “síndrome de burnout” o síndrome del cuidador. Este síndrome se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. También es habitual que los cuidadores deban redistribuir o gestionar sus recursos económicos para dar respuesta a las situaciones de dependencia como ser adaptar la vivienda, contratar a un cuidador, comprar ayudas técnicas o abandonar el trabajo por un tiempo indeterminado. Por otro lado, el cuidado suele confinar al cuidador en el hogar y reducir su tiempo libre afectando así a sus relaciones sociales que se reducen y debilitan ²⁰

De manera tal que las preocupaciones por la salud de su familiar, además de las situaciones personales que enfrentan los cuidadores en su vida diaria, se asocian con el detrimento en su estado físico y emocional, así como en la calidad de sus relaciones personales como se dijo anteriormente ²¹

Este estado de sobrecarga del cuidador puede tener componentes objetivos y subjetivos. La sobrecarga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol como cuidador. El tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña la cuidadora o cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados, son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente. La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional de la cuidadora/cuidador ante la experiencia de cuidar, es decir que la sobrecarga subjetiva se ha definido como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar ²², en definitiva, es la percepción que tiene el cuidador respecto del cuidado que brinda, es decir como se ve o como se percibe cuidando al otro

2.7. Instrumento para medir la sobrecarga del cuidador: escala de Zarit

Dada la importancia de estudiar y medir la sobrecarga en el cuidador, se han desarrollado varios instrumentos validados mundialmente como el Índice Global de Carga, el Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, el IEQ, el SBAS, el CBI, el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, entre otros. Uno de los más empleados en el ámbito internacional ha sido la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.91²³. Es un instrumento validado y consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos),

1 Nunca , 2 Rara vez , 3 Algunas veces , 4 Bastantes veces , 5 Casi siempre cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos) en donde a mayor puntaje, mayor sobrecarga y en consecuencia este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). Es de destacar que la Sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa asociándose a esta última con una mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador²⁴.

Además de lo mencionado más arriba, esta escala evalúa tres principales factores relacionado a los cuidadores: efecto del cuidado, es decir su impacto o sobrecarga, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia o capacidad para cuidar.²⁵ que constituirían las dimensiones de la escala Zarit²⁶.

2.8. Descripción de los factores o dimensiones de la escala Zarit

El primer factor (ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 22 de la escala Zarit) se refiere a las valoraciones que hace el CP respecto de la prestación de los cuidados que brinda y su impacto, el segundo factor (ítems 1, 4, 5, 6, 9, 13 escala Zarit) explica la relación que mantiene con su paciente y por último, el tercer factor (ítems 15, 20, 21 escala Zarit) refleja las creencias del CP en relación a su capacidad para cuidar.²⁷

2.9. Antecedentes de investigación

Pablo Santiago et al,²⁷ realizaron un estudio exploratorio y correlacional de corte transversal con el objetivo de examinar la asociación entre autoeficacia y sobrecarga percibida del cuidador de pacientes con insuficiencia cardíaca, participaron 109 cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca; dentro de las mediciones principales se realizó una evaluación psicológica, en la que se aplicaron los instrumentos escala de Carga Zarit y la Escala de Autoeficacia Percibida en Cuidadores Primarios Informales de Enfermos Crónicos, cuyos resultados fueron: 49,5% (95%IC: 82,12-89,16) de la muestra reportó un nivel de autoeficacia bajo, 27,5% (95%IC: 20,04-22,75) presentó sobrecarga leve y un 25,7% (95%IC: 37,71-47,78) sobrecarga intensa. El análisis de los resultados revela una relación inversamente proporcional entre las variables del estudio, esto quiere decir que, a mayor sobrecarga, menor autoeficacia percibida y viceversa.

Como en estudios previos al describir las características de los cuidadores primarios informales en esta muestra se observa un perfil similar al descrito en publicaciones previas, el cual corresponde a una mujer, con nivel educativo bajo, sin empleo y con un nivel socioeconómico también bajo.

Ortiz Claro et al ²⁸ realizaron un estudio de abordaje cuantitativo descriptivo correlacional con el objetivo de determinar la asociación entre las características sociodemográficas con el grado de sobrecarga del cuidador en pacientes diabéticos. Se aplicó instrumentos de caracterización sociodemográfica de los cuidadores y escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Resultados: respecto a las características demográficas y grado de sobrecarga, se reportó asociación estadísticamente significativa en las variables género, edad, ocupación, y horas de cuidado; contrario al parentesco en las que no encontró relación directa con la percepción de sobrecarga.

Romero-Massa E, et al ²⁹ realizaron un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida y la sobrecarga percibida por el cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica. La metodología utilizada fue la descriptiva en donde participaron 135 cuidadores familiares de pacientes con IRC que están en proceso de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Resultados: la mayoría de los participantes fueron mujeres, con un promedio de edad de 40 años que dedican de 7 a 12 horas al cuidado del paciente y llevan más de 37 meses como cuidador, el 39,3% de los cuidadores manifestó tener una sobre carga ligera y el 25,2% sobrecarga intensa.

Milesi, V., Sotelo, LM., Medina, O. ¹⁰ realizaron un estudio cuantitativo, analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles con el objetivo de establecer la relación entre sobrecarga del cuidador, grupo etario, sexo y antigüedad del mismo; y las reinternaciones producidas en adultos mayores con grado 3 de dependencia y deterioro cognitivo de moderado a grave. La muestra quedó conformada por 75 cuidadores primarios distribuidos en dos grupos, uno integrado por 25 cuidadores (grupo caso) de adultos mayores que se internaron dos veces o más en el último año, y otro por 50 cuidadores (grupo control) de pacientes que se internaban por primera vez en el Hospital Geriátrico de Agudos "Juana F. Cabral". Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, las variables a estudiar fueron el sexo del cuidador, el grupo etario, la antigüedad del cuidado y la sobrecarga de dicho cuidador, para lo cual se utilizó la escala de Zarit modificada.

Los resultados demostraron que los adultos mayores con cuidadores sobrecargados tienen 1,45 veces más probabilidades de re internarse con un IC de 95% entre 0,45-

4,70, al igual que aquellos que son cuidados por personas del sexo femenino, con 4,04 veces más probabilidades, con un IC de 95% entre 0,75-28,59. El grupo etario del cuidador, no influyó en las reinternaciones, su IC fue de 95% de 0,34-2,91. La variable antigüedad del cuidador destacó que a menor antigüedad, mayor es la posibilidad de que se produzca la reinternación del adulto mayor. IC 95% de 0,37-3,16.

Paulina José Zepeda-Álvarez et al ³⁰ realizaron un estudio de tipo correlacional de corte transversal, sobre una muestra de 43 cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa cuyo Objetivo fue evaluar la relación entre las características sociodemográficas y del cuidado con la sobrecarga de los cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa. Para medir nivel de sobrecarga utilizaron la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit; se registraron variables sociodemográficas y del cuidado. Resultados: El 69,77% de los cuidadores presentó sobrecarga. La edad media fue de $58,33 \pm 12,98$ años, el mayor porcentaje fueron mujeres con un 74,42% y el 46,51% estaba soltero. El 86,05% de los cuidadores principales cuidaba 24 horas al adulto mayor y el 55,81% eran hijas/os. El abandono de una actividad por el cuidado alcanzó una diferencia estadísticamente significativa con la presencia de sobrecarga del cuidador ($p < 0,05$)

Navarro-Abala Yolanda et al ³¹ realizaron un estudio con el objetivo de analizar las diferencias en la sobrecarga percibida entre personas cuidadoras de familiares dependientes que son usuarias de asociaciones y que no lo son, así como evaluar la relación entre sobrecarga, capacidad de resiliencia y nivel de empatía. Se utilizó estudio ex post facto retrospectivo de dos grupos, uno de ellos casi control. La muestra estuvo conformada por 155 personas que prestan cuidados informales (28 hombres y 127 mujeres); 109 eran usuarios/as de asociaciones de familiares de personas enfermas y 46 no usuarios/as. Resultados: las personas cuidadoras integradas en asociaciones muestran una menor sobrecarga y nivel de empatía, poniéndose de manifiesto que, a mayor nivel de sobrecarga percibida, menor es la capacidad de resiliencia.

Del Campo Navarro. A et al ³² en otro estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el grado de sobrecarga y las características sociodemográficas de cuidadores informales de personas adultas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. El

estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal a 83 cuidadores informales de personas adultas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. Para medir la sobrecarga se utilizó la Escala Zarit, se incluyeron ítems sobre características sociodemográficas. Resultados: el perfil del cuidador con tendencia a sobrecarga fue: mujer (81.9%), ama de casa (47%), con un promedio de edad de 40 años, casada (53%), hija del adulto mayor (72.3%), de baja escolaridad (66.1%) e ingresos económicos bajos (51.8%) que lleva de uno a tres años como cuidadora (54.2%) dedicando más de 17 horas/ diarias al cuidado (51.8%). El 48.2% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa, el 44.6% ausencia de sobrecarga y 7.2% sobrecarga leve. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.02$) entre el grado de sobrecarga y las variables estado civil y ocupación.

Moreno-Gaviño et al.³³ realizaron un estudio transversal multicéntricos con el objetivo de conocer el perfil del cuidador principal (CP) y los factores relacionados con la sobrecarga sentida, en una cohorte multicéntricos de pacientes pluripatológicos (PP). determinándose como paciente pluripatológicos aquel que tiene dos enfermedades o más entre los que se encuentran pacientes con Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, diabetes entre otros

El perfil del cuidador se determinó a todos los PP. El cansancio del CP se determinó mediante el índice de esfuerzo del cuidador (IEC). Entre los resultados relevantes se pudo determinar que los cuidadores principales en un 88% eran familiares de primer grado (146 [49,7%] de ellos, el cónyuge), de 62 ± 15 años, y el 80%, mujeres. El IEC fue > 7 puntos (Índice de esfuerzo elevado) en el 41,5% y en general fue $5,35 \pm 3,5$, mayor en los que cuidaban del PP con enfermedades neurológicas ($7 \pm 3,2$ frente a $4,5 \pm 3,3$; $p < 0,0001$). El perfil del CP de los PP se correspondió con mujeres familiares en primer grado de unos 60 años y más de la tercera parte estaban sobrecargadas.

CAPITULO III

3.Diseño metodológico

3.1. Tipo de estudio: Se realizó un estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.2. Unidades de estudio: Las unidades de análisis fueron los cuidadores primarios o principales de pacientes con insuficiencia cardiaca que se re internaron en un periodo de 3 meses a 12 meses luego del alta en el Instituto de Cardiología de Corrientes

3.3. Muestra: Se realizo un muestreo probabilístico aleatorio simple de los pacientes con IC crónica y sus cuidadores primarios que hayan estado internados en los últimos 12 meses o 3 meses luego del alta

3.4. Criterios de selección

3.4.1. Criterios de inclusión: cuidadores primarios mayores de 18 años de pacientes con IC crónica que acepten responder el cuestionario previa firma del consentimiento informado

3.4.2. Criterios de exclusión: Pacientes con IC crónica que no tienen cuidador primario

3.4.3. Criterios de eliminación: pacientes que al momento de realizar la encuesta su cuidador primario se encontraba ausente

Pacientes con IC crónica que al momento de la entrevista en este haya fallecido

3.5. Calculo del tamaño de la muestra: Para realizar este estudio, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, conociendo que los pacientes que se re hospitalizaron en el período histórico Enero-Octubre del año 2019 por ICC fueron 122 y tomando como referencia un estudio previo donde la sobrecarga del cuidador primario fue del 20%, se necesitaron 82 pacientes con ICC re hospitalizados con sus

respectivos cuidadores primarios. Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el software estadístico Epidat 3.1

3.6. Método de recolección de datos: Para recolección de los datos se utilizó una encuesta dividida en dos secciones A y B:

A: donde estuvieron presentes los datos del cuidador principal: edad, sexo, antigüedad en el cuidado y los datos del paciente en donde figuro edad, sexo, diagnostico medico de insuficiencia cardiaca crónica, numero de internaciones en el periodo dado

B: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit con sus 22 preguntas que solo respondió el cuidador principal. Esta escala valora el grado de sobrecarga o no que pudiera tener el cuidador principal en donde:

< o igual a 46 puntos indica ausencia de sobrecarga

Entre 47-55 puntos: sobrecarga ligera

> o igual a 56 puntos: sobrecarga intensa

3.7. Operacionalización de variables: se evaluaron la edad y sexo tanto del paciente como del cuidador. También se evaluaron antigüedad en el cuidado que es el tiempo que lleva cuidando al paciente (años) y las horas diarias de cuidado que responde el cuidador.

Variables	Indicador	Puntuación	Valor del indicador
Ausencia de sobrecarga	Sumatoria de la puntuación por cada respuesta de la escala de Zarit(1,2,3,4,5)	Puntuación total de los 22 ítems de la escala de Zarit(22-110 puntos)	< o igual a 46 puntos
Sobrecarga ligera	Sumatoria de la puntuación por cada respuesta de la escala de Zarit(1,2,3,4,5)	Puntuación total de los 22 ítems de la escala de Zarit(22-110 puntos)	47-55 puntos
Sobrecarga intensa	Sumatoria de la puntuación por cada respuesta de la escala de Zarit(1,2,3,4,5)	Puntuación total de los 22 ítems de la escala de Zarit(22-110 puntos)	> o igual a 56 puntos

Variables	Indicador	Valor
Edad del cuidador	Edad que responde el encuestado	Edad en Años
Sexo del cuidador	Sexo que responde el encuestado	M: masculino F:femenino
Antigüedad en el cuidado	Tiempo que lleve cuidando al paciente que responde el encuestado	Número de años
Horas diarias de cuidado	Número de horas al día que cuida al paciente	Número de horas

3.8. Accesibilidad a la población

Para acceder a los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca que asisten al Instituto de Cardiología de Corrientes, se solicitó permiso a las autoridades institucionales (Ver anexo 2) y una vez otorgada la autorización (Anexo 3) se solicitó la firma del consentimiento informado a cada participante del estudio. En este se detalla la información sobre la investigación, su objetivo y se hace saber la voluntariedad de la participación, la preservación del anonimato y el manejo de los datos obtenidos (Anexo 4).

Aspectos éticos.

Para la elaboración del presente Protocolo se tuvieron en cuenta los Principios Éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013) y las Pautas de CIOMS (4ª Edición 2016); también se tuvieron en cuenta los siguientes documentos fundamentales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación y los documentos y Pautas Internacionales en los que la misma se basa, Código Civil y Comercial argentino).

Se respetará bajo todo concepto la Ley General de datos personales “Habeas Data N° 25326/00”.

El autor declara no tener conflictos de interés de ninguna índole.

3.9. Análisis de los datos

Una vez recolectado los datos fueron tabulados en una matriz de datos diseñada para tal fin (Anexo 5) para su posterior análisis.

Para el análisis de los datos, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Se utilizó un nivel de confianza al 95% y un nivel de significancia del 0,05 %.

Luego del análisis de la información obtenida, se realizó la redacción del informe y para complementar la información se utilizaron tablas de frecuencias absolutas y relativas, gráficos circulares, de columnas según corresponda.

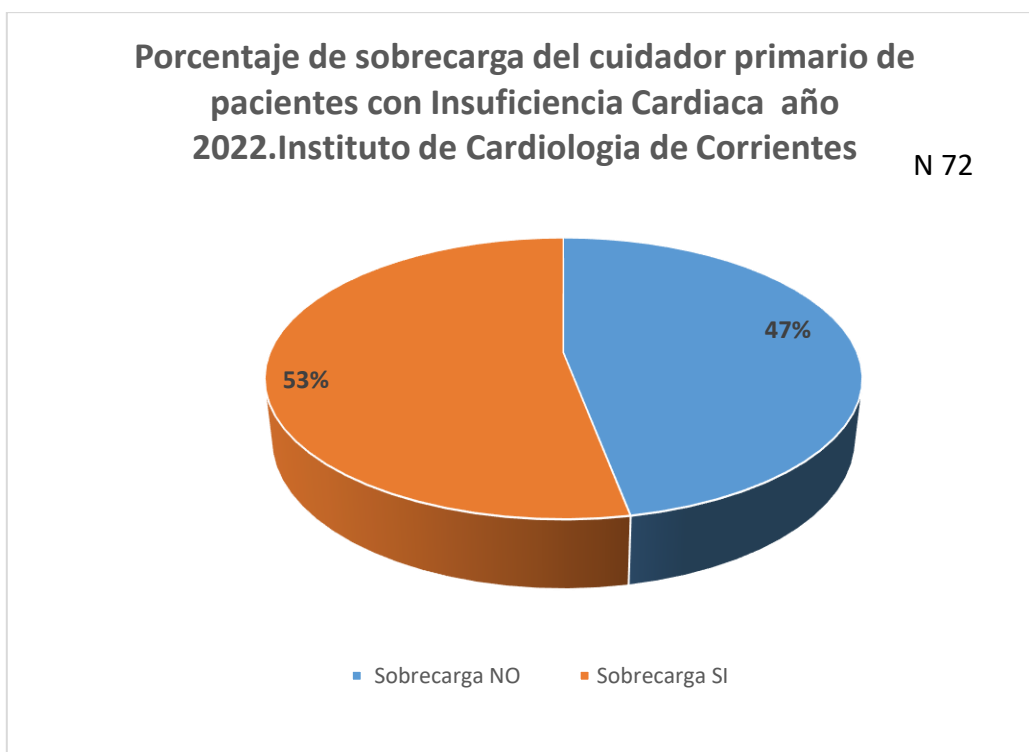
Capitulo IV

Resultados

Se realizó la encuesta en los meses de enero-junio del año 2022, la muestra quedo conformada por 72 cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica que se atendieron en el Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral”

De las 72 encuestas analizadas el 53% presento algún grado de sobrecarga.

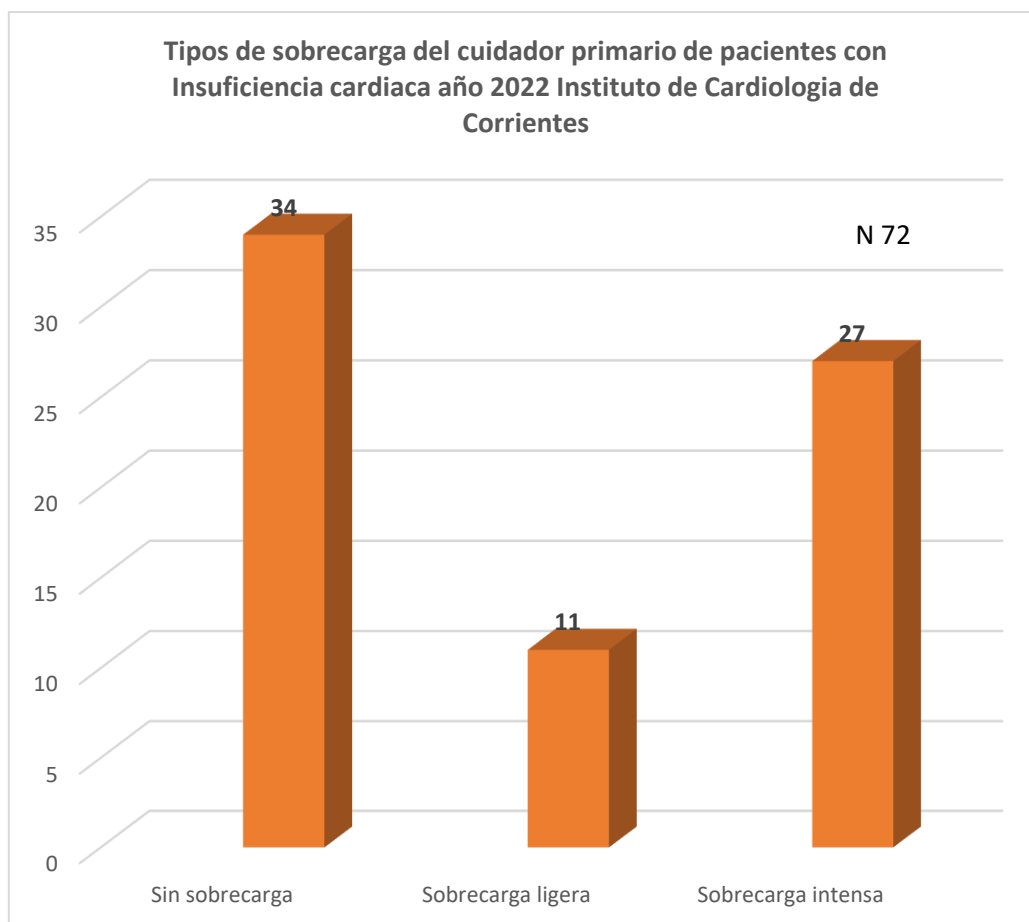
Grafico N°1



Fuente: encuesta Zarit

Del 53% de los cuidadores primarios sobrecargados, el 37,5% correspondió a una sobrecarga intensa y el 15% a una sobrecarga ligera. El 47% no presentó sobrecarga

Grafico N 2



Fuente: encuesta Zarit

Sexo del paciente

Según el sexo del paciente, el 65,3% correspondió al sexo masculino y el 34,7% al sexo femenino

Tabla N°1

Distribución según sexo de pacientes con insuficiencia cardiaca con reingreso hospitalario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	47	65,3%
Mujer	25	34,7%
Total	72	100%

Fuente: encuesta

Sexo del cuidador

Según el sexo del cuidador, el 83,3% correspondió al sexo femenino

Tabla N°2

Distribución según sexo de cuidadores de pacientes con insuficiencia cardiaca con reingreso hospitalario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Sexo del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	12	16,7%
Mujer	60	83,3%
Total	72	100%

Fuente: encuesta

Edad del paciente

La media de edad fue de 67,69 años, desvío estándar de +/- 14,34 años, con un mínimo de 19 años y un máximo de 91 años (IC al 95% entre 64,32 y 71,07)

Tabla N°3

Media de edad de pacientes con insuficiencia cardiaca con reingreso hospitalario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Edad del paciente	Edad mínima	Edad máxima	Media	Desvío standard
	19	91	67,69	14,349

Fuente: encuesta

Edad del cuidador

La edad media del cuidador oscilo en los 48,21 años desvío, estándar de +/-13,47 años con un mínimo de 20 y un máximo de 76 años (IC al 95% entre 45,04 y 51,08 años)

Tabla N°4

Media de edad de cuidadores de pacientes con insuficiencia cardiaca con reingreso hospitalario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Edad del cuidador	Eda mínima	Edad máxima	Media	Desvío standard
	20	76	48,21	13,378

Fuente: encuesta

Horas diarias de cuidado

En relación a las horas diarias de cuidado brindadas por el cuidador primario, la media fue de 16,13 +/- 8,06(Tabla 5) (IC 95% entre 14,23 y 18,03). El 47,2 % de la muestra brindo 24 hs diarias de cuidados, seguido del 12,5% que brindo cuidados 12 has al día (Tabla 6)

Tabla N° 5

Media de horas diarias de cuidado brindada por el cuidador primario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

N de cuidadores	Media de horas diarias de cuidado	Desvío Standard
72	16,13	8.063

Fuente: encuesta

Tabla N°6

Porcentaje de horas diarias de cuidado brindados por el cuidador primario de pacientes con insuficiencia cardiaca con reingreso hospitalario Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Horas diarias de cuidado	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1,4%
2	2	2,8%
3	1	1,4%
4	2	2,8%
5	1	1,4%
6	3	4,2%
7	2	2,8%
8	6	8,3%
10	7	9,7%
12	9	12,5%
16	3	4,2%
18	1	1,4%
24	34	47,2%
Total	72	100%

Fuente: encuesta

Antigüedad en el cuidado en años

En relación a la antigüedad en el cuidado, la media fue de 4,41 años $\pm$ 4,17 años (IC al 95% se ubica entre 3,43 y 5,40 años). **Tabla N° 7.** El 22,2% de la muestra refirió tener menos de un año de antigüedad en el cuidado, seguido del 12,5% que dijo tener 3 años cuidando al paciente. **TablaN° 8**

Tabla N°7

Media de años de cuidado brindada por el cuidador primario. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

N de cuidadores	Media de años de cuidado	Desvío Standard
72	4,42	4,178

Fuente: encuesta

Tabla N° 8

Distribución de frecuencia años de cuidado brindados por el cuidador de pacientes con insuficiencia cardiaca. Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Años de cuidado	Frecuencia	Porcentaje
0	16	22,2%
1	7	9,7%
2	6	8,3%
3	9	12,5%
4	6	8,3%
5	5	6,9%
6	3	4,2%
7	4	5,6%
9	3	4,2%
10	5	6,9%
11	2	4,8%
12	3	2,2%
13	1	1,4%
14	1	1,4%
15	1	1,4%
Total	72	100%

Fuente: encuesta

Análisis de los factores o dimensiones de la escala Zarit

Dimensión impacto del cuidado o primer factor

De, las 13 las preguntas que evalúan esta dimensión, los números 7,14,8 y 2 fueron las que más cuidadores respondieron con la opción numero 5(casi siempre):

7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

De 72 UA,22 respondieron la opción 5(30,5%)

14 ¿Piensa que su familiar lo considera a usted como la única persona que lo puede cuidar?

De 72 UA, 22 respondieron la opción 5 (30,5%)

8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?

De 72 UA,21 respondieron la opción 5 (29,1%)

2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo para usted?

De 72 UA,14 respondieron la opción 5(19,4%)

Dimensión relaciones o segundo factor

De las 6 preguntas que evalúan esta dimensión o segundo factor de la escala Zarit, menos del 8% de los cuidadores optaron por la opción 5, lo que se interpreta que su relación con los pacientes no se encuentra afectada de forma negativa

Dimensión creencias del cuidador respecto al cuidado que brinda o tercer factor

De las 3 preguntas que evalúan esta dimensión, en 2 de ellas se observó que muchos cuidadores eligieron la opción número 5.

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar?

De las 72 UA, 18(25%) piensa que casi siempre podría cuidar mejor de su familiar

20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

De las 72 UA, 15(20,8%), piensa que casi siempre que podría hacer más por su familiar

Capítulo V

Discusión:

Es de destacar que la literatura es amplia en relación a la sobrecarga, pero de pacientes con enfermedades crónicas sobre todo aquellas relacionadas a dependencias severas como pacientes con trastornos neurológicos, enfermedad de Alzheimer, pero la evidencia que haga referencia a la sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardíaca es escasa

Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores tienen algún grado de sobrecarga, este resultado coincide con lo señalado por Santiago et al ²⁷ en donde el 27,5 % presentó sobrecarga leve y el 25,7 % sobrecarga intensa, es de decir 1 de cada 4, aunque en este estudio se observó mayor porcentaje de sobrecarga intensa (37,5%) La variable género coincide con la mayoría de la literatura revisada en donde predomina el género femenino en más del 80%, las horas de cuidado coincide con la literatura observándose una media de 16 hs de cuidado o más por día

Aunque se contrapone a lo hallado por Achury et al ⁽²³⁾ en donde el 70% de los cuidadores informales de pacientes con insuficiencia cardíaca no presentaron sobrecarga, pero si se encontró coincidencia con estos autores en relación a los ítems relacionados con la sobrecarga de cuidador en donde, al igual que ellos,

la mayoría de los cuidadores destacan que casi siempre el familiar lo considera como la única persona, que lo puede cuidar, refieren temor por el futuro de su familiar, también señalan que algunas veces podrían cuidar mejor a su familiar, aunque en esta investigación la variable género coincide con este estudio, en donde en más del 80% el cuidado está a cargo de mujeres, de entre 40 y 61 años

Este estudio coincide con. Moreno-Gaviño et al ⁽³³⁾ en donde el cuidador principal de pacientes con enfermedades crónicas incluida la insuficiencia cardíaca es mujer, de unos 60 años de edad. Estos autores encontraron que Más del 40% de las cuidadoras presentó grados de sobrecarga elevada, aunque en la actual investigación la sobrecarga fue mayor

Por otro lado, en relación a la antigüedad en el cuidado, Milesi et al ⁽¹⁰⁾ encontraron que la media de años de antigüedad en el cuidado de cuidadores sobrecargados fue

de entre 1 y 5 años hallándose coincidencia con la actual investigación en donde la media fue de 4,42 años

Conclusión

Por medio de esta investigación se pudo responder el objetivo planteado en el protocolo ya que se observó una sobrecarga en más del 50% de los cuidadores primarios, aceptándose la hipótesis alterna de que los cuidadores tienen sobrecarga.

Se observó que la frecuencia coincide con la literatura internacional, aunque según el grado de sobrecarga en este estudio se evidencio mayor cantidad del tipo intensa

En cuanto al sexo y edad del paciente la mayoría fueron varones por encima de 67 años como cita la bibliografía sobre todo en pacientes cardiovasculares

En relación al género y edad del cuidador, en un alto porcentaje fueron mujeres con edades que oscilaban entre 40 y 60 años con una media de 48 años

En relación a las horas de cuidado la mayoría asisten al paciente por más de 16 horas

En cuanto a la antigüedad, un alto porcentaje de cuidadores sobrecargados se ubican en menos de un año, seguido de aquellos que tienen una antigüedad en el cuidado de 3 años con una media de 4 años

Se puede concluir que más de la mitad de los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca presentan, sobrecarga, que esa sobrecarga es intensa y que la padecen las mujeres en su mayoría

Limitaciones del estudio:

Una de las grandes limitaciones de este estudio es la muestra de 72 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión. En un primer momento se llegó al cálculo maestral de 83 unidades de análisis, pero se tuvieron que eliminar 11 por datos incompletos, de manera que los resultados hallados no son extrapolables y se propone seguir trabajando en la misma línea de investigación

Bibliografía

1.Bui AL, Horwich TB, Fonarow Epidemiología y perfil de riesgo de la insuficiencia cardiaca. Revista de cardiología[Internet].2011;8(1)30-41pp [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21060326>

2.Pedro Conthe, Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Revista de Medicina Clínica[Internet] 2002;118(16) 605-610 pp [consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [La insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna \(estudio SEMI-IC\) - ScienceDirect](#)

3.Vinueza Aguay GJ, Chiluisa Mancheno AR,Aveiga Flores CN. Insuficiencia cardiaca: desafíos en la terapia farmacológica. Revista Digital de posgrado[Internet]2019;8(3). [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [Insuficiencia cardíaca: desafíos en la terapia farmacológica \(bvsalud.org\)](#)

4. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica Rev. Esp Cardiol. [Internet] 2016;69(12): 1167.e1-e85 pp. [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica \(revespcardiologia.org\)](#)

5.Urrutia de Diego A, Santaesmas Ejarque J, Lupon Roses J. ABC de la insuficiencia cardiaca. Seminarios de la Fundacion Española de Reumatología.[Internet] 2011; 12(2): p. 42-49.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [ABC de la insuficiencia cardiaca - Elsevier](#)

6. Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2022;75(6): 523.e1-523.e114 pp [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica \(revescardiol.org\)](https://revescardiol.org/)

7. Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev. Med. Vozandes [Internet] 2018; 29: 51 – 53. pp [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [RMV2018v29n1-2 EDIT \(revistamedicavozandes.com\)](https://revistamedicavozandes.com/)

8. Perna ER, Coronel ML, Cimbaro Canella JP, Echazarreta, D. Revisión de insuficiencia cardíaca en Argentina Avances y retrocesos luego de dos décadas de registros y más de 19000 pacientes incluidos. Insuf Card [Internet] 2015;10 (1): 2-10 [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [Redalyc. Revisión de insuficiencia cardíaca en Argentina Avances y retrocesos luego de dos décadas de registros y más de 19000 pacientes incluidos](https://redalyc.org/)

9. Ruiz-Romero V, Lorusso N, Expósito García S, Páez-Pinto JM, Palmero-Palmero C, Caballero-Delgado G et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2016;90: e4000890 [Consultado el 2 de Febrero 2023]

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100408&lng=es

10. Milesi V, Sotelo ML, Medina OA. Relación entre las características del cuidador primario y las re internaciones. Revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste [Internet] 2014; XXXIV (1): 12-19 [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible https://med.unne.edu.ar/home/images/documentos/Revista_Numero/119-2014-vol-xxxiv-n-1-2-Relacion-entre-las-caracter%C3%ADsticas-del-Cuidador-Primario-y-las-Reinternaciones-de-Adultos-Mayores.pdf

11. Martínez Santos P, Bover Freire Fernández AE, Bernal Sobrino JL, Fernández Perez C, Elola Somoza FJ, Macaya Miguel C et al. Mortalidad hospitalaria y reingresos por insuficiencia cardiaca en España. Un estudio de los episodios índice y los reingresos por causas cardiacas a los 30 días y al año. Rev. Esp. Cardiol[Internet]2019;72(12)998-1004[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893219300582>

12. Ormachea Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. Revista uruguaya de Cardiología[Internet]. Abril 2018;33(1):205-244[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000100205.

13. Rodríguez-González R. Discapacidad VS dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Índex de enfermería[Internet] Septiembre 2017;26(3)170-174[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011

14. Rivas Herrera J, Ostigüin Meléndez R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Enfermería universitaria[Internet] 2011; 8(1): 49-53.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007

15. Cerquera Córdoba A, Aparicio MJG. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensamiento psicológico[Internet]. 2014; 12(1).149-167[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011

16. Lopez-Garcia E. Cuidar a los que cuidan. Ciencia y Salud[Internet]. 2016; 8(2): p. 62-70.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/672>

17. Velazco Ramirez JF, Grijalva MG, González Pedraza Avilés A. Repercusiones delcuidar en las necesidades básicas delcuidador primario depacientes crónicos y terminales. Medicina Paliativa[Internet]. 2015; 22(4): p. 146-151.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7100295>

18. Flores Villavicencio ME, Fuentes Laguna LH, González Pérez GJ, Meza Flores JI, Cervantes Cardona GA, Valle Barbosa MA. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. Nure investigacion.[Internet] Febrero 2017; 14(88).[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045/778>

19. Torres-Pinto X, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. Factores que influncian la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. Revista de la universidad industrial de Santander Salud.[Internet] Junio 2017; 49(2): p. 330-338.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000200330

20. Villanueva Lumbreras y García Orellan R. Calidad de vida del cuidador informal: Un análisis de concepto. Ene Revista de enfermería.[Internet] 2018; 12(2).223.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://scielo.isciii.es/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=GARCIA-ORELLAN,+ROSA>

21. Brenes-Mesa L, Valero-Saldaña LM, Acosta-Maldonado BL, Rodríguez-Aguilar MR, Aguilar-Ponce JL, Rivera-Fong. Intervenciones psicológicas en cuidadores primarios de pacientes con trasplante de células hematopoyéticas:Revisión descriptiva.Enfermería universitaria.[Internet] Septiembre 2021;17(2).203-219 pp [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632020000200202&script=sci_arttext

22. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería.[Internet]Marzo 2012; XVIII(1): p. 29-41.[Consultado el 2 de Febrero]

Disponible en https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf

23 Achury-Saldaña DM, Restrepo L, Garavito M, López MJ, Martínez Forero N, Sánchez MA, Toledo L. Nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes con falla cardíaca. Revista mexicana de enfermería cardiologica.[Internet]Enero 2020; 27(3): p. 88-93.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en [Vista de NIVEL DE SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PACIENTES CON FALLA CARDÍACA. \(revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx\)](Vista de NIVEL DE SOBRECARGA DE CUIDADORES DE PACIENTES CON FALLA CARDÍACA. (revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx))

24.Breinbauer K Hayo, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Méd. Chile [Internet]. Mayo 2009; 137(5): 657-665 [Consultado el 2 de Febrero 2023].

Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009

25. Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres AM. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Universidad y salud.[Internet] Agosto 2018; 20(3): p. 261-269.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/2389-7066-reus-20-03-00261.pdf>

26. Mundaca Cardozo G, Castro Yovera, IM. “Nivel de sobrecarga en el cuidador familiar principal del adulto mayor con dependencia grado II adscrito al programa de atención domiciliaria del Hospital III Jose Cayetano Heredia. Marzo –Abril 2019”. Tesis de grado.

Disponible en <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2254>

27. Pablo Santiago R, Domínguez Trejo B, Peláez Hernández V, Rincón Salaza S, Orea Tejeda A. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Revista Clínica de Medicina de Familia.[Internet] 2016; 9 (3): p. 152-158.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300004

28. Ortiz Claro Y, Lindarte Clavijo A, Jiménez Sepúlveda M, Vega Angarita O. Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. Revista Cuidarte.[Internet] 2013; 4(1): p. 459-466.[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533224005.pdf>

29. Romero Massa E, Bohórquez Moreno C, Castro Muñoz K. Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal

crónica, Cartagena (Colombia). Archivos de medicina.[Internet] Mayo 2018; 18(1).105-113[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/2738/273856494010/html/>

30 Zepeda-Álvarez PyMM. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Gerokomos[Internet].Marzo 2019; 30(1).2-5[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002

31. Navarro-Abal.Y , López-López M, Climent-Rodríguez J, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. Gaceta sanitaria.[Internet] Junio 2019; 33(3): 268-271. [Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000300268

32. Martin del Campo Navarro A S, Medina Quevedo P, Hernández Pedroza RI, Correa Valenzuela SE, Peralta Peña SL, Vargas MR.Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. Enfermería Global[Internet].Diciembre 2019; 18(56).57-78[Consultado el 2 de Febrero de 2023]

Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400003

33. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittela M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Atención primaria[Internet] 2008;40(4):193-8 [Consultado el 5 de Febrero de 2023]

Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7713460/pdf/main.pdf>

8. Anexos

8.1 Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes año 2022

Sección A

Datos del paciente

Edad Años Sexo

Datos del cuidador principal

Edad Años Sexo

Horas diarias de cuidado Horas

Antigüedad en el cuidado Años

Sección B

Por favor marque con un X el número que Ud. considera más adecuado a cada pregunta

1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre

Escala de Zarit		Puntuación por cada respuesta				
Ítems		1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?						
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo para usted?						
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?						
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?						
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?						
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?						
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?						
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?						
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?						
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?						
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?						
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente debido a tener que cuidar de su familiar?						
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?						

14 ¿Piensa que su familiar lo considera a usted como la única persona que lo puede cuidar?					
15 -¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 -Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Piensa que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a cargo de otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 ¿Globalmente que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?					
Total					

Referencias:

Puntaje

< a 46 puntos: Ausencia de sobrecarga

Entre 47-55 puntos: Sobrecarga ligera

>0= a 56 puntos: Sobrecarga intensa

8.2 Anexo

Nota de solicitud de autorización para recolección de datos a la jefa del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Cardiología de Corrientes

Corrientes, 10 de Agosto de 2018

A Sra. Jefa del Departamento de Docencia e Investigación

Instituto de Cardiología de Corrientes

Dra. María del Carmen Bangher

S/D: _____

Por la presente me dirijo a Ud. a fin de solicitar autorización para la recolección de datos en cuidadores primarios, con el propósito de realizar un trabajo de tesis denominado “Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2018”

Realizo esta solicitud en el marco del trabajo de tesis para la “Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria”.

Sin otro particular y quedando a su disposición ante cualquier duda, aprovecho para saludarla con atenta y distinguida consideración.



Lic. Margarita Santoro

MP 165

8.3 Anexo Autorización de Docencia e Investigación



INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES
"Juana Francisca Cabral"
CONCESIONARIO FUN.CA.CORR.
COMITÉ DE INVESTIGACIONES MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
"DR. JOAQUIN GARCIA"



Corrientes, 21 de Agosto de 2018

Lic. Margarita Santoro
S/D

A través de la presente se notifica que en la reunión Nro. 14-18 del 21/08/2018 el Comité de Investigación *Aprueba* la siguiente documentación presentada se recuerda que se deben presentar informes de avance semestrales y/o final:

Título del Proyecto: "Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia Cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes"

Sin otro particular, saludamos atentamente.

Dra. María del Carmen Bangher
Jefe del Dpto. de Docencia
e Investigación
Instituto de Cardiología de Corrientes

8.4 Anexo

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADOR PRIMARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022

Lugar y fecha: Corrientes,de de 202.....

Estimado cuidador, lo invitamos a participar de un estudio de investigación denominado “Carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022”

Este trabajo nos permitirá Describir la carga del cuidador primario de pacientes con Insuficiencia cardíaca con reingreso hospitalario en el Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes Capital año 2022 con el propósito de obtener información confiable, cuyos resultados sean útiles para el desarrollo de estrategias preventivas y la implementación de programas de seguimiento continuo en la comunidad.

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, solamente un código numérico a los fines del análisis de los datos.

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos referentes a este tema.

Además, le informo que este estudio es realizado en el marco de la elaboración de una Tesis de Maestría, requisito para acceder al título de Magister en Ciencias de la enfermería comunitaria.

Si hay algún aspecto de este que no comprenda o sobre el que desee solicitar más información no dude en comunicarse con el que suscribe, Lic. Margarita Santoro al siguiente correo electrónico: margasan12@yahoo.com.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Firma del cuidador: _____

Aclaración de firma: _____

8.5 Anexo Matriz de datos

UA	Edad P	Sexo P	Edad C	Sexo C	Cantidad horas de cuidado	Años de Cuidado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	Sobrecarga	
1	64	Hombre	38	Mujer	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
2	85	Hombre	52	Mujer	4	2	3	1	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	31
3	72	Hombre	31	Mujer	10	6	5	5	1	1	1	1	3	5	3	2	1	1	1	5	4	3	2	1	1	1	1	4	52	
4	54	Hombre	39	Mujer	24	3	3	5	5	1	3	1	5	5	1	2	4	5	3	5	5	1	3	1	1	1	1	3	64	
5	84	Mujer	44	Mujer	24	4	3	3	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	2	1	2	35	
6	74	Hombre	50	Mujer	24	3	1	5	5	3	1	3	5	3	3	1	3	3	3	5	5	3	4	3	5	3	3	4	74	
7	67	Hombre	32	Mujer	24	3	1	4	5	3	1	2	5	5	4	1	3	3	1	5	5	1	1	1	2	4	2	63		
8	62	Hombre	27	Mujer	24	5	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	3	3	1	36	
9	80	Hombre	65	Mujer	16	11	4	4	4	1	3	3	5	5	2	4	3	4	2	2	5	4	3	4	1	5	5	4	77	
10	59	Hombre	60	Mujer	24	10	3	3	3	1	1	1	2	3	2	3	3	3	1	4	3	1	2	1	1	5	3	5	54	
11	79	Hombre	49	Mujer	6	4	1	5	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	33	
12	74	Hombre	53	Mujer	24	0	1	2	2	1	1	4	5	5	1	1	1	1	1	4	5	1	1	1	3	4	3	1	49	
13	62	Hombre	31	Hombre	8	3	2	5	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	1	5	3	1	1	1	3	2	3	2	44	
14	62	Hombre	60	Mujer	24	7	2	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	5	2	2	2	2	3	3	3	43	
15	62	Hombre	60	Mujer	24	7	1	3	2	1	2	1	3	2	3	1	1	2	2	5	5	3	3	1	1	5	5	3	55	
16	35	Hombre	33	Mujer	4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	4	5	5	1	40	
17	71	Hombre	34	Mujer	12	9	3	5	5	2	4	3	5	5	4	3	5	4	2	5	5	2	5	3	1	5	5	4	85	
18	71	Mujer	43	Mujer	12	10	5	3	5	2	3	5	3	5	3	3	3	5	3	5	3	2	3	1	2	3	5	4	76	
19	73	Mujer	40	Mujer	24	4	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	3	3	4	3	4	44	
20	41	Mujer	51	Mujer	16	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	30	
21	39	Hombre	61	Mujer	24	3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5	4	5	5	5	5	102	
22	60	Hombre	57	Mujer	10	12	3	2	3	1	2	2	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	5	5	2	67	
23	41	Hombre	46	Mujer	24	12	3	3	3	1	2	3	4	4	3	2	3	3	3	5	1	2	2	1	1	2	1	4	56	
24	66	Mujer	31	Mujer	8	1	1	1	2	1	1	1	5	5	3	3	2	1	5	5	5	2	1	3	2	2	2	2	55	
25	86	Mujer	56	Hombre	24	15	1	3	3	1	1	1	5	5	2	1	2	3	3	5	2	4	3	3	1	5	4	3	61	
26	78	Hombre	38	Mujer	12	13	3	3	3	1	1	3	1	5	3	1	1	3	2	4	5	2	3	1	1	3	2	5	56	
27	83	Mujer	59	Hombre	12	4	1	5	5	2	3	5	3	5	4	4	4	4	2	5	1	4	4	4	3	2	2	4	76	
28	68	Mujer	36	Mujer	10	3	4	3	4	2	2	1	1	3	3	2	2	3	1	2	1	3	2	2	3	5	5	4	58	
29	66	Hombre	49	Mujer	24	5	5	3	3	1	1	1	5	5	4	2	3	2	1	5	5	1	1	1	1	4	4	4	62	
30	77	Hombre	42	Mujer	6	11	1	3	4	1	1	2	5	5	3	2	2	2	1	5	4	1	5	1	3	4	3	1	59	
31	74	Hombre	75	Mujer	8	1	1	4	4	5	5	4	1	2	2	1	5	5	5	1	1	1	5	1	2	3	5	5	68	
32	84	Mujer	65	Hombre	12	2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	1	5	4	3	2	3	3	4	4	3	59	
33	60	Mujer	42	Hombre	7	2	1	4	5	1	1	1	5	4	1	2	3	2	3	3	5	3	3	2	3	2	3	2	59	
34	66	Mujer	58	Hombre	24	14	1	2	3	1	1	2	5	5	3	1	2	1	1	5	3	4	5	2	2	1	4	2	56	
35	81	Mujer	57	Mujer	8	6	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
36	43	Hombre	64	Mujer	2	0	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	5	1	36	
37	49	Hombre	41	Mujer	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	24	
38	68	Mujer	36	Mujer	24	0	2	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	29	
39	66	Hombre	64	Hombre	24	7	1	2	1	3	1	1	5	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	5	5	1	43	
40	76	Hombre	56	Mujer	24	0	5	5	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	2	1	5	42		
41	63	Hombre	53	Mujer	5	10	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	4	5	1	37	
42	90	Hombre	61	Mujer	24	3	2	4	1	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	37	
43	85	Hombre	24	Hombre	24	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	29		
44	52	Mujer	30	Hombre	2	0	1	1	3	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	4	1	38	
45	65	Hombre	59	Mujer	24	0	2	4	3	1	2	2	5	3	2	2	2	2	1	4	3	1	1	1	1	2	2	3	49	
46	73	Hombre	41	Mujer	10	0	2	4	4	4	3	2	1	3	2	1	2	2	1	4	3	1	1	1	1	2	2	3	49	
47	53	Mujer	24	Mujer	24	5	1	3	2	1	1	1	5	3	1	1	3	1	2	5	4	1	1	1	1	5	5	4	52	
48	61	Hombre	46	Mujer	12	2	1	1	3	5	3	3	5	1	1	2	3	3	5	2	1	1	2	3	5	2	1	2	55	
49	76	Mujer	26	Mujer	7	2	3	3	3	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	1	3	3	2	2	2	50	
50	89	Hombre	55	Hombre	16	0	2	4	3	1	2	1	3	2	1	2	3	3	3	2	4	3	3	1	3	3	3	3	55	
51	54	Hombre	45	Mujer	24	0	3	3	2	1	3	3	2	3	2	3	2	1	5	4	1	1	1	3	4	3	3	56		
52	69	Mujer	37	Mujer	24	7	3	5	3	1	2	3	5	5	5	4	3	3	1	4	2	3	4	3	4	5	5	4	77	
53	87	Mujer	58	Mujer	10	0	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1	29	
54	19	Hombre	36	Mujer	24	0	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	30	
55	91	Mujer	60	Mujer	3	5	3	1	5	3	3	2	3	4	2	3	1	1	1	2	3	3	2	2	3	3	3	4	57	
56	76	Hombre	48	Mujer	10	0	4	3	4	1	2	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	65		
57	72	Mujer	39	Mujer	24	3	2	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	29	
58	72	Hombre	57	Mujer	6	9	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	1	33	
59	78	Hombre	55	Mujer	8	5	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
60	51	Hombre	44	Mujer	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
61	61	Mujer	28	Mujer	8	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	1	5	36	
62	69	Hombre	67	Mujer	24	6	2	1	1	3	1	1	5	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	44	
63	85	Hombre	58	Mujer	12	0	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	30	
64	68	Mujer	50	Mujer	12	1	1	1	1	2	1	1																		