



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“Valoración de enfermería a insuficientes cardíacos en un hospital de la
ciudad de Guayaquil. 2017”**

Autores:

Loor Cevallos, Lady Denisse

Campoverde Matute, Mike Christopher

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Tutora:

Lic. Fanny Ronquillo de León Mgs.

Guayaquil, Ecuador 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER** y **LOOR CEVALLOS LADY DENISSE**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciatura en Enfermería**.

TUTORA:

LIC. FANNY RONQUILLO DE LEÓN MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 05 días del mes de Marzo del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARAMOS QUE:

El trabajo de Titulación, “**Valoración de enfermería a insuficientes cardiacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil.2017**”, previo a la obtención del Título de **Licenciatura en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 05 días del mes de Marzo del año 2018

AUTORES:

Mike Christopher Campoverde Matute

Lady Denisse Loor Cevallos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotros autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Valoración de enfermería a insuficientes cardiacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil.2017”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 05 días del mes de Marzo del año 2018

AUTORES:

Mike Christopher Campoverde Matute

Lady Denisse Loor Cevallos

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS INSUFICIENCIA CARDIACA_CAMPOVERDE_LOOR UTE.docx
(D36142267)
Submitted: 3/5/2018 6:19:00 PM
Submitted By: lady_denisse_loor_cevallos@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Denisse Loor", written over a diagonal line.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

"VALORACION DE ENFERMERIA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD
DE GUAYAQUIL.2017"

AUTORES: LADY DENISSE LOOR CEVALLOS MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA.

TUTORA: LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON MGS.

GUAYAQUIL, ECUADOR 2018

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por
CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER y LOOR CEVALLOS LADY DENISSE, como
requerimiento para la obtención del Título

de Licenciatura en Enfermería.

TUTORA:

_____ LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

_____ Lcda. Mendoza Vinces, Angela Ovilla, Mgs.

Guayaquil, a los __ del mes de ____ del año 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARAMOS QUE: El trabajo de Titulación, "Valoración de enfermería a insuficientes
cardiacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil.2017",

previo a la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería, ha sido desarrollado
respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el
documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente
este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del
contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, __ del mes de ____ del año 2018

AUTORES:

Mike Christopher Campoverde Matute Lady Denisse Loor Cevallos

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotros autorizamos

a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "

Valoración de enfermería a insuficientes cardiacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil.2017",

cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, __ del mes de ____ del año 2018

AUTORES:

Mike Christopher Campoverde Matute Lady Denisse Loor Cevallos

REPORTE DE URKUND

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer inmensamente a Dios ya que nos ha dado salud y perseverancia para poder continuar en todos estos años, por la fe y el amor que le tenemos nos ha ayudado en este largo camino. A nuestros padres que con su esfuerzo nos dieron la mejor educación tanto en casa y a nivel educativo - profesional, poniendo un granito de arena para que esto sea posible, darnos el apoyo incondicional cada día de nuestras vidas y por no permitir que nos demos por vencido en cualquier circunstancia difícil que se nos haya atravesado en el camino. También agradecemos sinceramente a nuestra asesora de tesis la Lic. Fanny Ronquillo de León Luis por su esfuerzo, paciencia y dedicación con sus conocimientos que ha sido de gran importancia en este trabajo. Al hospital Luis Vernaza el cual estaremos muy agradecidos por abrirnos las puertas y permitirnos desarrollar con tranquilidad nuestro tema de titulación, siempre tratando de ayudarnos y corregirnos el trabajo realizado. Atentamente:

LADY DENISSE LOOR CEVALLOS MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DEDICATORIA

A Dios, por estar presente siempre nuestros corazones y ayudarnos en cada paso que hemos dado a lo largo de nuestra vida. A nuestros padres y familia quienes han sido ejemplo de superación, valores, amor, humildad y ser parte importante en nuestro proceso de formación académica - profesional.

Esto va dedicado a ustedes con mucho amor y respeto.

Atentamente:

LADY DENISSE LOOR CEVALLOS MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

_____ LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON, MGS. TUTORA

_____ LCDA. ANGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGS. DIRECTORA DE
CARRERA

_____ LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

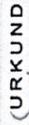
, MGS. Oponente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CALIFICACIÓN

ÍNDICE GENERAL

Contenido CERTIFICACIÓN VII DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD VIII AUTORIZACIÓN IX
AGRADECIMIENTO 11 DEDICATORIA 12 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN 13 CALIFICACIÓN 14
ÍNDICE GENERAL 15 ÍNDICE DE TABLAS 17 RESUMEN 18 ABSTRACT 19 CAPITULO I 22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 22 PREGUNTAS DE INVESTIGACION 23 JUSTIFICACION 24
OBJETIVOS 25 OBJETIVO GENERAL 25 CAPÍTULO II 26 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL 26 2.1
DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA 26 2.2 ETIOLOGÍA 26 2.1.1 ETIOLÓGICAS 27 2.1.2
PROBABLEMENTE ETIOLÓGICAS 27 2.1.3 NO ETIOLÓGICAS 27 2.2 SIGNOS Y SINTOMAS 29 2. 3
FACTORES DE RIESGO 31 2.4 METODOS DE DIAGNOSTICO 31 2.5 TRATAMIENTO 32 2.5.1
DIURETICOS 32 2.5.2



Documento TESIS INSUFICIENCIA CARDIACA, CAMPOVERDE LOOR UTE.docx (D38142287)
 Presentado 2018-03-05 12:19 (-05:00)
 Presentado por lady_dentise_loor_cevallos@hotmail.com
 Recibido oiga_muñoz_ucsg@analysis.urkund.com
 Mensaje TESIS CAMPOVERDE MATUTE_LOOR CEVALLOS Mostrar el mensaje completo
 9% de estas 24 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Lista de fuentes	Bloques	Enlace/nombre de archivo
		https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/salud.pdf
		https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/390001/6387/1/NN-001-ConstitucionC3%83n.pdf
		https://www.ome.es/mcdia/dps/GI-Doc-4%20Alorac%C3%83n_enfermera.pdf
		https://urkund.com/hl4fnjd
		URKUND MARYURI (27-4-2017).docx
		https://enciclopedia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ur-114/revistasdeatencion

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Guayaquil / URKUND MARYURI (27-4-2017).docx

Guayaquil, Ecuador

GUAYAQUIL, ECUADOR 2018

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER y LOOR CEVALLOS LADY DENISSE, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería.

TUTORA:

LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA:

Lcda. Mendoza Vines, Angéla Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los ___ del mes de ___ del año 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE

MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por

Deigodo López Maryuri Liberti, como requerimiento para la obtención del título



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer inmensamente a Dios ya que nos ha dado salud y perseverancia para poder continuar en todos estos años, por la fe y el amor que le tenemos nos ha ayudado en este largo camino.

A nuestros padres que con su esfuerzo nos dieron la mejor educación tanto en casa y a nivel educativo - profesional, poniendo un granito de arena para que esto sea posible, darnos el apoyo incondicional cada día de nuestras vidas y por no permitir que nos demos por vencido en cualquier circunstancia difícil que se nos haya atravesado en el camino.

También agradecemos sinceramente a nuestra asesora de tesis la Lic. Fanny Ronquillo de León por su esfuerzo, paciencia y dedicación con sus conocimientos que ha sido de gran importancia en este trabajo. Al hospital Luis Vernaza el cual estaremos muy agradecidos por abrirnos las puertas y permitirnos desarrollar con tranquilidad nuestro tema de titulación, siempre tratando de ayudarnos y corregirnos el trabajo realizado.

Atentamente:

LADY DENISSE LOOR CEVALLOS

MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DEDICATORIA

A Dios, por estar presente siempre nuestros corazones y ayudarnos en cada paso que hemos dado a lo largo de nuestra vida. A nuestros padres y familia quienes han sido ejemplo de superación, valores, amor, humildad y ser parte importante en nuestro proceso de formación académica - profesional.

Esto va dedicado a ustedes con mucho amor y respeto.

Atentamente:

LADY DENISSE LOOR CEVALLOS
MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON, MGS.

TUTORA

LCDA. ANGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGS.

DIRECTORA DE CARRERA

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS.

COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA, MGS.

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

CALIFICACIÓN

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	VII
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	VIII
AUTORIZACIÓN	IX
REPORTE DE URKUND.....	X
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
ESPECÍFICOS:.....	8
CAPÍTULO II	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.1.1. Atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardiaca en atención primaria.....	9
2.1.2 Pérdida de peso en pacientes obesos con insuficiencia cardiaca y pronóstico ...	10
2.2.3 Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico.....	11
2.1.4 Implantación de una herramienta para la valoración de enfermería en la consulta de insuficiencia cardiaca de la Osi Deba barrena	12
2.1.5 Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca	13
2.1.6 Plan de cuidados estandarizado en un paciente con insuficiencia cardiaca (IC) en atención primaria (AP)	14
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15

2.2.1 DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIÁCA.....	15
2.2.2 ETIOLOGÍA.....	15
2.2.3 Etiológicas	16
2.2.2.2 Probablemente etiológicas.....	16
2.2.2.3 No etiológicas	17
2.2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS	18
2. 2.4 FACTORES DE RIESGO.....	21
2.2.5 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.....	21
2.2.6 TRATAMIENTO	22
2.2.6.1 Diuréticos.....	22
2.2.6.2 IECA (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina)	23
2.2.6.3 ARA II (Antagonistas de los receptores de la angiotensina II)	23
2.2.6.4 Betabloqueantes	24
2.2.6.5 Vasodilatadores	24
2.2.6.6 Anticoagulantes	25
2.2.6.7 Estatinas	25
2.2.6.8 Antiagregantes plaquetarios	26
2.2.7 VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	26
2.2.8 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	29
2.2.8.11 Patrón 11: Valores – Creencias	37
2.2.11 DISPOSITIVOS.....	39
2.2.11.1 Resincronizadores	39
2.2.11.2 Cardio Desfibriladores Implantables	40
2.2.11.3 Marcapasos	40
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	42
2.3.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008: SECCIÓN SÉPTIMA DE SALUD	42
2.3.2 LEY ORGÁNICA DE SALUD	43
CAPÍTULO III	46
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	46
Tipo de estudio:	46
Método de recolección de datos:	46
Técnica de Procesamiento y análisis de datos:	47

Instrumento de recolección de datos:	47
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	48
TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	50
DATOS OBSERVACIÓN DE MATRIZ DIRECTA	69
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	76
GLOSARIO	77
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	83
ANEXO 1: IMÁGENES CON LA COMUNIDAD PARA LA RECOLECCION DE DATOS Y VISITA A LA INSTITUCION	83
ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	85
ANEXO 3: RECURSOS	86
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	87
ANEXO 5: AUTORIZACIONES Y APROBACIONES.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO#1 SEXO	50
GRÁFICO#2 EDAD	51
GRÁFICO#3 CONVIVENCIA	52
GRÁFICO#4 PESO	53
GRÁFICO#5 TALLA	54
GRÁFICO#6 PERÍMETRO ABDOMINAL.....	55
GRÁFICO#7 ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	56
GRÁFICO#8 SISTÓLICA	57
GRÁFICO#9 DIASTÓLICA.....	57
GRÁFICO#10 FRECUENCIA CARDIACA	58
GRÁFICO#11 FRECUENCIA RESPIRATORIA	59
GRÁFICO#12 TEMPERATURA CORPORAL.....	60
GRÁFICO#13 SATURACIÓN DE OXÍGENO	61
GRÁFICO#14 ANTECEDENTES PERSONALES.....	62
GRÁFICO#15 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL.....	63
GRÁFICO#16 ETIOLOGÍA.....	64
GRÁFICO#17 CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	65
GRÁFICO#18 DISPOSITIVOS PREVIOS.....	66
GRÁFICO#19 HOSPITALIZACIÓN POR IC	67
GRÁFICO#20 HOSPITALIZACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	68
GRÁFICO#21 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	69
GRÁFICO#22 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	70

RESUMEN

La Insuficiencia Cardíaca (IC) se define como la incapacidad del corazón de bombear un suministro suficiente de sangre al cuerpo para cumplir las necesidades de oxigenación de los tejidos periféricos, como resultado de insuficiencias diastólica y sistólica. Se realiza un estudio sobre Valoración de enfermería a insuficientes cardíacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil; **OBJETIVO:** Realizar valoración de enfermería a insuficientes cardíacos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil; **DISEÑO:** Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. La técnica utilizada fue la encuesta dirigida a la población objeto de estudio. El instrumento de recolección de información fue un cuestionario de preguntas y una matriz de observación directa. Población: 59 pacientes. **RESULTADOS:** Entre los datos personales: 66% sexo masculino y 34% femenino; rango de edad de 51-70 años. En su gran mayoría conviven con familiares. Antecedentes personales: 47% de Hipertensión arterial y 16% Alcoholismo, presentan disnea en un 33% y son asintomáticos en un 31%. Etiología: Isquémica con un 56%. Cumplimiento terapéutico: 29% con betabloqueantes; Antagonistas del receptor de Aldosterona 13%; Estatinas 12%. Sin uso de dispositivos previos. Hospitalizados de 1 a 2 ocasiones por la patología. Patrones funcionales afectados: Precepción Manejo de la Salud. **CONCLUSIÓN:** Es importante la valoración de enfermería ya que se han detectado diferentes aspectos en este tipo de pacientes, para de esas forma establecer las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes.

Palabras clave: Valoración enfermería, insuficiencia cardíaca, hospitalización, fisiopatología.

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is defined as the heart's inability to pump a sufficient supply of blood to the body to meet the oxygenation needs of peripheral tissues, as a result of diastolic and systolic insufficiencies. A study was conducted on the assessment of nursing in cardiac insufficients in a hospital in the city of Guayaquil; **OBJECTIVE:** To carry out nursing assessment for insufficient cardiac patients in a Hospital in the city of Guayaquil; **DESIGN:** Research with a quantitative approach, descriptive, longitudinal, prospective. The technique used was the survey directed to the population under study. The information collection instrument was a questionnaire of questions and a matrix of direct observation. Population: 59 patients. **RESULTS:** Among the personal data: 66% male and 34% female; age range of 51-70 years. The vast majority live with relatives. Personal history: 47% of arterial hypertension and 16% of alcoholism, dyspnea in 33% and asymptomatic in 31%. Etiology: Ischemic with 56%. Therapeutic compliance: 29% with beta-blockers; Aldosterone receptor antagonists 13%; Statins 12%. Without the use of previous devices. Hospitalized 1 to 2 times for the pathology. Affected functional patterns: Health Management Preception. **CONCLUSION:** Nursing assessment is important since different aspects have been detected in this type of patients, in order to establish dependent, independent and interdependent interventions.

Keywords: Nursing assessment, heart failure, hospitalization, physiopathology.

INTRODUCCIÓN

La importancia de esta investigación es determinar la valoración de enfermería a pacientes con insuficiencia cardiaca mediante el conocimiento de la fisiopatología y manifestaciones clínicas de esta enfermedad, se debe realizar una correcta valoración de enfermería para el bienestar del paciente en base a sus signos y síntomas para evitar complicaciones a muy corto tiempo y mejorar la calidad de vida. La valoración de enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería ^[1].

Es por ello que una valoración a los pacientes con IC es de mucha utilidad ya que la Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones de enfermería encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente ^[2].

Es así que en este trabajo se logró valorar a los pacientes con esta patología. Ya que la insuficiencia cardiaca es uno de los motivos de consulta a nivel de afección de origen cardíaco que se pueden presentar en los servicios de Urgencias, siendo así de vital importancia el conocimiento actualizado del manejo de esta entidad clínica, para mejoría y pronóstico de los pacientes^[3]. El perfil de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) varía ampliamente en sus características según el ámbito de atención de esta enfermedad^[4].

Los cuidados integrales a pacientes con Insuficiencia cardiaca son una relevante aportación para la evolución positiva de estos pacientes. Este trabajo nos ayudará a evaluar y valorar a los pacientes y mejorar el cuidado de enfermería que se les brinda en la clínica de proceso asistencial en insuficiencia cardiaca del área de Cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. El estudio se trata sobre Valoración de Enfermería en insuficientes Cardiacos. Es una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo. Para la recolección de información se aplicó una encuesta y una matriz de observación directa. Los resultados obtenidos reflejan que el papel que cumple enfermería es fundamental durante la valoración de este tipo de pacientes.

Para mejor comprensión, este estudio está dividido en varios capítulos:

- CAPITULO I: Planteamiento del problema; justificación; preguntas de investigación; justificación; objetivos.
- CAPITULO II: Antecedentes de la investigación; Fundamentación conceptual; Fundamentación Legal.
- CAPITULO III: Diseño de la investigación; Operacionalización de Variables; Discusión; Conclusiones; Recomendaciones; Referencias Bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestra línea de investigación es Salud y Bienestar Humano en la sub-línea de Enfermedades Crónicas degenerativas. Según nuestro estudio para el proyecto de investigación, se dice que, en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son consideradas como las principales causas de muerte, que ocasionan alrededor de 1,9 millones de fallecimientos al año, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La insuficiencia cardiaca (IC) tiene elevadas incidencia, morbilidad y mortalidad y una gran prevalencia ^[5].

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los estudios que se realizaron en América del Sur (92%), mayormente en Brasil (64%) y Argentina (22%), y la mayoría se publicaron entre 2005 y 2013. Los estudios incluidos involucraron a una mediana de 257 pacientes, con una media de edad de 60 [6]. En Ecuador las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, solamente en el año 2012 estas representaron el 20,3 por ciento de las muertes totales registradas. Además, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) calculó que en el 2014 se reportaron 4.430 muertes por enfermedades isquémicas del corazón, por insuficiencia cardíaca 1.316, de estas 168 por arritmias y de paro cardíaco 106 ^[7].

Fernando Aguirre, presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología Núcleo del Guayas, asegura que en el país la prevención cardiovascular es aún un tema pendiente de salud pública. “Tenemos algo de negligencia, no estamos aplicando medidas de salud que sean efectivas y sostenibles en el tiempo”. Se busca crear conciencia en la población sobre la lucha y control que se deben hacer. Según Aguirre, en Ecuador la prevalencia de falla cardíaca es de casi el 8%, es decir, de 100.000 habitantes 1.100 mueren al año por insuficiencia

cardíaca. De hecho, indica que un reciente estudio en el que participaron 7 países, incluido Ecuador, lo sitúa como el país con la segunda tasa más alta de pacientes de América Latina que sufre por la falta de aire ^[8].

Se estima que en la clínica de proceso asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, aproximadamente 8 pacientes hospitalizados por semana se realiza un control para su patología, en el cual enfermería desempeña un papel importante, ya que realiza su respectiva valoración e identifica problemas en los pacientes. El motivo principal por el cual se eleva la tasa de mortalidad, son los reingresos hospitalarios por descompensación de los pacientes debido a que no tienen adherencia al cumplimiento de su tratamiento y no modifican estilos de vida.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo se valora a los pacientes insuficientes cardíacos?
- ¿Cuáles son los datos personales de los pacientes con IC en la clínica de insuficiencia cardíaca del área de cardiología en un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué patrones funcionales se encuentran afectados en los pacientes con IC?
- ¿Qué valoración de enfermería se realiza a los pacientes con IC?

JUSTIFICACIÓN

Las causas que nos motivaron para presentar este trabajo fue el impacto que genera esta patología a nivel mundial. Desde el punto de vista de enfermería el aporte de este proyecto inicia desde el reconocimiento del ambiente en el cual se desenvuelve el paciente con insuficiencia cardiaca y aunque se conocen en cierta medida sus complicaciones. Entonces, este proyecto de investigación será eficaz en la medida en que el profesional de enfermería, detecte mediante una correcta valoración la influencia de los factores que influyen negativamente y que además son modificables en los pacientes que presenta esta patología y viven con insuficiencia cardiaca.

Este trabajo es de gran importancia ya que se va a beneficiar el personal de enfermería para realizar una correcta valoración en los pacientes con insuficiencia cardiaca, ayudara en sus conocimientos para que puedan aplicar buenas técnicas en el manejo de ellos. Así como también los pacientes que acuden a esta casa de salud, ya que mediante las intervenciones que se realice en ellos, pues este tendrá mejoría en su estado de salud, la institución se beneficiara por la demanda de los pacientes que ingresan y están conscientes de que su enfermedad ira mejorando y a nosotros como profesionales se reflejara en un futuro ya que se podrá adoptar mejores técnicas para valorar y manejar a los pacientes y poder enseñar esto a estudiantes que estén en proceso de aprendizaje.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar a los pacientes insuficientes cardíacos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

ESPECÍFICOS:

- Indicar los datos personales de los pacientes con IC en la clínica de proceso asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología en un hospital de la ciudad de Guayaquil
- Establecer las afecciones o no afecciones de los patrones funcionales en los pacientes con IC.
- Realizar la valoración de la situación clínica de los pacientes con IC.

CAPÍTULO II

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardiaca en atención primaria

Para Pérez ^[9] et. al., “La Insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome crónico y progresivo que afecta al funcionamiento del corazón y produce una serie de síntomas y signos que empeoran la capacidad funcional y calidad de vida del paciente”. La IC tiene una alta prevalencia, sobre todo en población anciana y con frecuencia se acompaña de otras patologías, precisando poli medicación ^[9].

Controlar la sintomatología y el autocuidado dentro de la IC, determinan que se obtenga un buen propósito así como buscar mejorar la calidad de vida del paciente. El personal de enfermería de atención primaria (AP) y sus funciones, son de gran importancia en los pacientes. Controlar correctamente a los pacientes que tienen IC y la preparación que se les brinda sobre el autocuidado motivan que se priorice a que el personal de enfermería disponga de los conocimientos y habilidades necesarios para conseguirlos ^[9].

En este trabajo se hace la revisión de la IC y su tratamiento integral, con el objetivo de que sirva como herramienta a la enfermera de AP para la actualización de conocimientos y el manejo en consulta de estos pacientes.

2.1.2 Pérdida de peso en pacientes obesos con insuficiencia cardiaca y pronóstico

Según el Dr. Carles Diez López^[10] en el resumen de su artículo tiene que:

Introducción y objetivos: En la insuficiencia cardiaca (IC) se ha descrito una relación paradójica entre mortalidad e índice de masa corporal (IMC): los pacientes obesos presentan menor mortalidad. Por otro lado, la pérdida de peso se ha asociado con peor evolución en pacientes con IC, aunque el impacto pronóstico de dicha pérdida de peso en pacientes obesos con IC es poco conocido. **Objetivos:** Analizar el impacto sobre la mortalidad de la pérdida de peso durante el primer año de seguimiento en una población de pacientes ambulatorios con IC, con especial atención a los pacientes obesos. **Métodos:** Se obtuvo el peso en la primera visita y al año, junto a diferentes variables clínicas, en 1.000 pacientes ambulatorios consecutivos (72% hombres, edad $65,8 \pm 12,1$ años; 28-96 años). La etiología más frecuente de la IC fue la cardiopatía isquémica (55,7%), seguido de miocardiopatía dilatada (11,1%), cardiopatía hipertensiva (8,8%) y enfermedad valvular (8,6%). La fracción de eyección (FE) media era $32\% \pm 13$. La mayor parte de los pacientes estaban en clase funcional (NYHA) II (64,9%) y III (28,3%). Se definió obesidad como $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ($n = 272$), y como pérdida significativa de peso (PSP) una disminución del peso $\geq 5\%$ con respecto al valor inicial. La situación vital se analizó a los 3 años de la visita inicial. Resultados: 170 pacientes (17%) presentaron PSP durante el primer año y 174 (17,4%) fallecieron a lo largo del seguimiento. La mortalidad de los pacientes con PSP resultó significativamente superior (27,6% frente a 15,3%, $p < 0,001$). El análisis de supervivencia de Cox ajustado por IMC basal mostró que los pacientes con PSP presentaron el doble de mortalidad (HR 2,01 [IC95% 1,43-2,83], $p < 0,001$). En el análisis multivariado ajustado por edad, sexo, IMC, NYHA, FE, duración de la IC, etiología isquémica, diabetes, tratamiento con bloqueadores beta, IECA-ARAI y antialdosterónicos, la PSP persistió como predictor independiente de mortalidad

(HR: 1,89 [IC95% (1,32-2,68), $p < 0,001$]). Entre los pacientes obesos, la PSP se asoció con mayor aumento de mortalidad (HR ajustado 2,38 [IC95% 1,31-4,32, $p = 0,004$), en comparación con los no obesos (HR ajustado 1,83 [IC95% 1,16-2,89], $p = 0,01$). **Conclusiones:** Una pérdida de peso $\geq 5\%$ durante el primer año en los pacientes con IC se asocia con un peor pronóstico en los dos años siguientes. Este efecto es incluso más marcado entre los pacientes obesos. ^[10]

2.2.3 Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico.

Para Rubio en su artículo, sobre la valoración y el diagnóstico: “La valoración se inicia con la recogida de datos que deben ser analizados en su contexto para convertirlos en información y permitir identificar necesidades y/o problemas de cuidados y de salud ^[11]. Para Rubio ^[11], un dato es una cifra como 55, pero un dato no nos aporta información, por lo que tenemos que obtener la información a partir del procesamiento de los datos y su contextualización. La información debe responder a las preguntas: “¿A quién?, ¿Qué?, ¿Cuánto? y ¿Cuándo?”. Ese dato lo convertimos en información al decir que un paciente varón de 33 años y que práctica habitualmente deporte, presenta una frecuencia cardiaca central de 55 latidos por minuto en reposo, sin ninguna manifestación clínica” ^[11, p. 30] .

“La valoración multidisciplinar comprende las respuestas fisiopatológicas o un problema de salud (médico o de otro profesional) y las respuestas humanas o un problema de cuidados (enfermería). Recordemos que las respuestas humanas son todas aquellas reacciones que resultan de las necesidades del hombre y de los problemas de salud, es decir, es la forma en la que la persona responde a un estado de salud o a la enfermedad. En relación a las respuestas humanas, el objetivo de la competencia enfermera de valoración es obtener información sobre la efectividad de los cuidados prestados por la persona, la familia y/o el entorno, en relación a sus necesidades en cada momento (edad, etapa de desarrollo, etc.). Cuando la enfermera identifica que

no hay efectividad en los cuidados recibidos o que existe disposición para mejorar el estado de salud, realiza una valoración orientada a formular un juicio clínico de cuidados profesionales y a la formulación de un diagnóstico de enfermería [11, p. 30].

2.1.4 Implantación de una herramienta para la valoración de enfermería en la consulta de insuficiencia cardiaca de la Osi Deba barrena

“Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica en la que llevar un estilo de vida saludable, con un adecuado control de los factores de riesgo, y la adherencia al tratamiento óptimo, ayuda a mejorar la calidad de vida y disminuye la gravedad en los episodios de la enfermedad. El objetivo ha sido crear y diseñar una herramienta ágil para la estandarización de la “Valoración Enfermera” en la consulta de IC, que permita recoger un conjunto de intervenciones preventivas y de control de la IC, y elaborar un plan personalizado con el paciente y otros profesionales que participan en el proceso de IC.” [12, p. 1] **“Métodos:** Se consideran elegibles todos los pacientes de ambos sexos, diagnosticados de IC en la consulta de Cardiología. La implantación de la herramienta de Valoración Enfermera se aplica a todos los individuos con IC, desde la primera visita y sucesivas programadas.” [12, p. 1] **“Resultados:** Desde el inicio resulta una herramienta fácil de identificar en el evolutivo de la historia clínica (figura). Además, su estructura muestra los resultados de la información objetiva del registro de datos electrónicos concretos y medibles dentro del proceso de e-salud como la monitorización de parámetros: presión arterial (T/A), frecuencia cardiaca (FC), saturación de oxígeno, peso, talla en la primera visita, inspección de miembros inferiores (MMII), perímetro abdominal, ECG, valores analíticos significativos, la educación en autocontrol (educación sanitaria al paciente/familia/cuidador, recomendaciones higiénico dietéticas y cumplimiento activo en la adherencia al tratamiento) y la oferta de datos de continuidad con la consulta de IC

(indicadores, escalas y cuestionarios).” [12, p. 1] **“Conclusiones:** La implantación de la Valoración Enfermera en la consulta de IC de la consulta de cardiología, es una herramienta específica para pacientes con IC que monitoriza de forma fiable datos objetivos, para valoraciones de los distintos profesionales que interactúan con la población seleccionada.” [12, p. 1]

2.1.5 Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca

“Introducción: La falla cardíaca se constituye en una patología de gran impacto y con una alta incidencia a nivel mundial, la cual enfrenta al profesional de la salud a diversas situaciones, a contextos de difícil manejo que, a su vez, generan retos al equipo de salud y entre estos al profesional de enfermería” [13, p. 89]. **“Objetivo:** Sintetizar la literatura existente que hace referencia a los roles del profesional de enfermería y las características de cada uno en el paciente con falla cardíaca” [13, p. 89]. **“Metodología:** Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos, utilizando los descriptores «insuficiencia cardíaca», «rol de la enfermera», «atención de enfermería» y «Enfermería». Los textos seleccionados se organizaron en temáticas que permitieron mejorar la comprensión del fenómeno.” [13, p. 89]. **“Resultados:** Enfermería una profesión dedicada al cuidado, juega un papel importante en la ejecución de roles concernientes en la búsqueda del bienestar integral del individuo enfermo.” [13, p. 89]. **“Conclusiones:** La falla cardíaca supone ser una enfermedad de abordaje complejo y con una población en crecimiento, por lo cual se vislumbra como un desafío para el profesional de enfermería, el cual, a través sus diferentes esferas de actuación, busca armonizar el cuidado favoreciendo la recuperación y la mejora en la calidad de vida.” [13, p. 89].

2.1.6 Plan de cuidados estandarizado en un paciente con insuficiencia cardiaca (IC) en atención primaria (AP)

“La IC es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las necesidades del metabolismo tisular. Es una enfermedad común, costosa, incapacitante y potencialmente mortal. Afecta en países desarrollados al 1% de la población >40 años aunque la prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los >70 años. La IC se asocia con una significativa reducción de la actividad de los pacientes, repercutiendo en su calidad de vida. Estos pacientes y familiares requieren de formación en cuidados que les ayude a modificar factores de riesgo, realizar correctamente el tratamiento, identificar signos y síntomas de la enfermedad, prevenir descompensaciones y saber cómo abordarla. La enfermera de AP juega un papel fundamental en la formación y seguimiento de estos pacientes. Este trabajo pretende orientar a las enfermeras en el manejo, control y seguimiento de dichos pacientes.” [14, p. 1]

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIÁCA

Según el Centro de Referencia de Enfermería ^[15] (NCR), la insuficiencia cardíaca (IC), definida como la situación en donde el corazón presenta incapacidad para bombear la cantidad necesaria de sangre al cuerpo y de esta forma impidiéndose el cumplimiento del proceso de oxigenación que requieren los tejidos periféricos, que finalmente produce una insuficiencia sistólica o diastólica. Por un lado la disfunción sistólica se conoce por la pérdida de habilidad que tiene el corazón en el proceso de contracción y bombeo de sangre por latido en cantidades suficientes. Y la disfunción diastólica en cambio, consiste en inhibir al corazón en su capacidad de relajación y llenado de sangre en cantidades necesarias, justo antes de contraerse. Se debe destacar que de darse cualquiera de estas disfunciones, se producirá una disminución del gasto cardíaco (GC), provocando a su vez la activación de los mecanismos compensatorios que asisten al corazón bombeando eficazmente y perfundiendo los tejidos y órganos vitales. Además se aclara, que el aumento de la frecuencia cardíaca y el tamaño del corazón aumentan según la carga de trabajo que se le dé al corazón, así mismo aparecerán cambios en el ritmo cardíaco y aceleración en la descompensación cardíaca ^[15].

2.2.2 ETIOLOGÍA

Según Cubero, Pulpón, Peraira y Silva ^[16], las enfermedades que desembocan un IC, son reconocidas por una trascendencia amplia así como su variedad, de manera que tanto el enfoque diagnóstico, terapéutico y preventivo puede modificarse o condicionarse. Razón por la cual, no es bien visto aceptar un diagnóstico inespecífico sobre insuficiencia cardíaca de algún paciente, y más bien dedicarle el tiempo de conocer el tipo de cardiopatía estructural, los factores de riesgos y los desencadenantes de la descomposición aguda que

provocaron dicha situación. Toda causa predisponente o factor de riesgo, se considerará un marcador asociado a la probabilidad de que aparezca alguna IC, incluso pudiera darse a conocer si una población no sufre cardiopatía o no tiene síntomas de IC. Las etiologías se dividen en etiológica y no etiológica ^[16].

2.2.3 Etiológicas

Para la Revista Española de Cardiología ^[16], la aparición de alteraciones estructurales, congénitas o cualquier afección en vasos periféricos adquiridas, son causas etiológicas, así también en caso de presentarse alteraciones fisiológicas en el corazón por la circulación coronaria, pericardio, miocardio, endocardio y en las válvulas cardíacas.

Con una responsabilidad del 50% en los casos de IC, únicamente en Estados Unidos, la cardiopatía isquémica es la principal etiología, especialmente en varones. También se conocen otras etiologías como miocardiopatía dilatada y cardiopatías congénitas, sin embargo la cardiopatía isquémica es la de mayor relevancia, siendo uno de los antecedentes que tiene el infarto de miocardio, cuyo riesgo de IC supera las 10 veces sobre una población común en un tiempo de un año después del primer infarto, así mismo llega a superar las 20 veces sobre los infartos producidos luego de la primera vez ^[16].

2.2.2.2 Probablemente etiológicas

En cuanto a las causas probablemente etiológicas, estas presentan una mayor incidencia en IC, aunque no existe una relación causal demostrada, es posible que se dé una influencia indirecta en el deterioro progresivo de la

función ventricular. La principal probablemente etiología es la hipertensión arterial (HTA), cuya prevalencia se da principalmente en mujeres, así como en personas de piel oscura (raza negra) con IC ^[16].

Para la Revista Española de Cardiología, sobre este tipo de etiológicas, se dice que: “El riesgo de IC se duplica en la población que presenta HTA ligera y se cuadruplica cuando los valores de presión arterial superan los 160/95 mmHg.” ^[16], además la presión arterial sistólica elevada, aumentaría riesgo en el desarrollo de IC a un nivel de superioridad del doble de lo que representa el elevación de la presión diastólica. La misma revista, que hace referencia sobre un estudio de Framingham indica que: “La hipertrofia ventricular izquierda, (...) es un factor de riesgo para el desarrollo de IC (implica un riesgo relativo 17 veces mayor que en la población normal)” ^[16].

Finalmente se reconoce que la diabetes mellitus y la fiebre reumática, son causas predisponentes probablemente etiológicas, pues son factores de riesgo para cardiopatía isquémica y de riesgo coronario, especialmente en mujeres con un nivel de cinco veces superior a las mujeres no diabéticas, y en varones diabéticos en general ^[16].

2.2.2.3 No etiológicas

Para Cubero, Pulpón, Pereira y Silva ^[16], en su artículo para la Revista española de Cardiología, no existen causas-efectos directas de las no etiológicas con la IC, debido a que se han realizado varios análisis sobre poblaciones y únicamente se han concebido como marcadores de riesgo. Sin embargo, si se puede confirmar que a partir de los 40 años de vida, por cada diez años que hayan transcurrido, se duplica el riesgo existente sobre IC. En

valores numéricos, estarían representados por un 8% al superar los 85 años de vida.

En cuanto a otros factores, además de la edad, el sexo, la capacidad de vida, los consumos y otras anomalías, se informa que el tabaco es la principal causa de IC, como factor de riesgo de primer orden, y que el peso en aumento progresivo, aumentaría a su vez el riesgo de IC, tanto en hombres como en mujeres, esto debido a que la obesidad provoca que el trabajo cardíaco tenga una carga mayor y aparezca HTA, diabetes mellitus y displemia. Otras causas determinantes para la IC, son alteraciones en la función ventricular, así como carga hemodinámica y variaciones en las condiciones de la frecuencia cardíaca [16].

Según Cubero, Pulpón, Pereira y Silva, las etiologías NO etiológicas pueden clasificarse en: “Alteraciones miocárdicas (primarias o secundarias), sobrecargas hemodinámicas, defectos de llenado ventricular, disinerxia ventricular y alteraciones del ritmo cardíaco” [16].

2.2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Según Sabán^[17], la IC puede llegar a tener síntomas sugestivos como lo son la disnea paroxística nocturna y ortopnea, y en cuanto a síntomas de afectaciones físicas, aparecería la disnea que disminuye la capacidad de esfuerzo en actividades físicas, así como edemas causados en extremidades inferiores. Entre otras sintomatologías están:

- Confusiones y alteraciones del estado mental
- Dolencias abdominales, por ascitis o congestión hepática
- Congestión circulatoria
- Fatigabilidad y debilidad muscular

- Disminución de la perfusión del músculo esquelético
- Reducción del flujo sanguíneo cerebral
- Presencia de hidrotórax de predominio derecho
- Ascitis y caquexia cardíaca asociada a IC grave
- Ictericia secundaria a congestión Hepática
- Hipoxia hepato celular

En el libro de Sabán ^[17], se menciona un estudio que demuestra lo siguiente; un 20% en representación de los pacientes con fracción e eyección menor del 40% en afectación, no pueden ser diagnosticados de IC, pese a poseer algunos de los síntomas, esto es debido a que no cumplen con criterios de diagnóstico; también que únicamente el 42% de ellos, cuya eyección ventricular izquierda es menor al 30%, presentaron cuadros de disnea de esfuerzo, no así, cuadros de IC, quedando únicamente como una disfunción ventricular asintomática. Cabe recalcar que la disfunción ventricular es una de las causas mayores para un infarto agudo de miocardio, por lo que la recomendación es trabajar sobre la eyección del ventrículo izquierdo por medio de una ecocardiografía, a este proceso se le conoce como “detección precoz” y ayudará a conocer si el paciente puede usar el tratamiento preventivo con IECAs o no, y con ello disminuir riesgos por IC ^[17].

Con respecto a aparición de ortopnea, esta se da a causa de la redistribución del volumen intravascular, ocurrido desde el abdomen hacia las extremidades inferiores y el tórax, además aparecen síntomas como el aumento de la presión hidrostática capilar pulmonar, y la presencia de este cuadro suele aparecer de manera más tardía que la disnea de esfuerzo ^[17] Según Sabán ^[17], esta sintomatología es muy grave para el paciente, provocando que este no

pueda siquiera acostarse y opte por pasar la noche sentado, por la sensación de disnea y la tos nocturna, o en casos más fuertes, disnea paroxística nocturna, acompañada de sudoración y angustia.

Sobre los edemas agudos, estos provocan un grave cuadro asmático cardial derivado, acompañado de una presión capilar pulmonar aumentada de manera brusca y con indicios de aparición de edemas alveolares. Y para los otros tipos de edemas, síntomas como dolor abdominal, náuseas, dolor difuso, anorexia, disminución del gasto cardíaco que provoca reducción en el flujo sanguíneo del cerebro, pérdida de memoria, alteración del estado mental y mala concentración ^[17].

Finalmente en el libro de Sabán ^[17], se mencionan los hallazgos físicos anormales sobre el diagnóstico de IC, siendo estos:

- Elevación de presión venosa yugular
- Desplazamiento lateral del impulso apical
- Auscultación del tercer ruido cardíaco
- Estertores pulmonares
- Edema periférico sin relación a la insuficiencia venosa.

Se destaca también, que la disnea no se relaciona con IC, sin existir previa elevación de la presión venosa yugular, y que la disnea puede aparecer a causa de varias situaciones como: enfermedades pulmonares, obesidad, síndrome nefrótico, insuficiencia renal, infecciones agudas en vías respiratorias, mala condición física, ansiedad y Trombo embolismo pulmonar ^[17].

2. 2.4 FACTORES DE RIESGO

Según el Centro de Referencia de Enfermería ^[18] (NCR), los factores de riesgos más conocidos, especialmente en adultos mayores con posibilidades de desarrollar IC, son la hipertensión y la arteriopatía, mientras que en menos nivel están:

- La diabetes mellitus
- Infarto de miocardio
- Enfermedad valvular
- Miocarditis y Endocarditis
- Miocardiopatía
- Arritmias y tirotoxicosis

Además, se puede considerar al abuso del alcohol así como de antiinflamatorios no esteroideos, como causa o motivo que empeoraría la IC ^[18].

2.2.5 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Un artículo presentado para la Revista Española de Cardiología, por Sánchez ^[19] menciona sobre la utilidad que existe en poder diagnosticar los síntomas así como los signos clínicos en la IC, pues así se logra reducir de manera aislada y diferenciar si la ICC sistólica es muy pobre con respecto a la diastólica. Así mismo, el electrocardiograma normalmente diagnostica de manera muy pobre casos de IC, y mucho menos diferencia una función sistólica conservada con la ICC. De esto se puede concluir que los criterios clínicos

sobre IC, requieren otro estudio como un ecocardiograma Doppler o una ventriculografía isotópica, con el fin de obtener valoraciones exactas de las fracciones de eyección y conocer si existe o no, hipertrofia ventricular izquierda.

Por otro lado, un estudio hemodinámico, también puede servir para diagnosticar ICC diastólica, pero únicamente en casos de selección específica o si existiera alguna otra indicación médica para realizarse, pero se le pueden añadir nuevas técnicas como la resonancia magnética cardíaca ^[19]. Sánchez ^[19] cree también que la determinación de Natriuréticos Cerebrales BNP, pueden diagnosticar la ICC, especialmente en pacientes que presentan disfunción diastólica, disfunción sistólica y disfunción mixta.

2.2.6 TRATAMIENTO

2.2.6.1 Diuréticos

Para De Teresa, los diuréticos son parte clave del tratamiento de la IC, y su correcto uso exigirá que se conozca la farmacodinamia y cinética de los agentes, así como sus interacciones y causas posibles de la misma ineficacia que desembocaría en peligros potenciales. Como método para evitar dichos peligros, se debe tener en cuenta toda norma másica sobre dosis, así como situaciones con el paciente que consiste en mantenerlo libre de edema, llevarle un control constante y periódico sobre su función renal y el nivel de los electrolitos séricos, se sugiere el uso amplio de diuréticos potentes y anti aldosterónicos: ^[20]

2.2.6.2 IECA (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina)

Según Fernández y Gallego ^[21], sobre inhibidores de enzima, para convertir la angiotensina, manifiesta que son un grupo de fármacos para terapia cardiovascular, de administración oral y que actúan bajo un sistema renina-angiotensina-aldosterona que inhibe específica e irreversiblemente la enzima que se encarga de transformar la angiotensina I en angiotensina II.

Para que la inhibición se materialice, se requiere la unión de un grupo químico, que forma un complejo de inhibición para luego disociarse. A este proceso se le conoce por tener una duración amplia sobre los distintos fármacos y actuando bajo las dosis y pauta posológicas que se emplearon ^[21].

2.2.6.3 ARA II (Antagonistas de los receptores de la angiotensina II)

En la Revista Española de Cardiología, Cleland ^[22] expresa sobre los ARA-II, como una mejor opción ante los IECA, aunque no recomienda el uso de ninguno de manera rutinaria, ya que en el ensayo clínico de CHARM, los pacientes con DSVI e IC se sugiere la reducción de muerte de manera absoluta, que sea por causa cardiovascular o en caso de hospitalización con IC. También menciona sobre los pacientes con IC de clase funcional II, por adición de un ARA-II a un IECA, así pues esto tendría similitud con un cuadro de clase funcional NYHA, con beneficios muy parecidos, pero ligeramente mayores.

2.2.6.4 Betabloqueantes

Para Rotellar et. Al. ^[23], los Betabloqueantes (BB), son un tratamiento que se les realizará a los pacientes de IC sistólica, ya que su efecto es disminuir la morbimortalidad; pese a esto, el uso ha dejado malas experiencias, por lo cual se han realizado trabajos de infrautilización, por falta de tiempo, experiencia y recursos, así como temor por el uso de BB.

La dosis de BB recomendada, se determinará bajo un meta análisis, para considerar el nivel de toleración en base a una dosis cuidadosa, inclusive si los pacientes tienen IC severa o son ancianos. Cabe recalcar, que no existen problemas excesivos de hecho, pero la dosis precisa de BB merece un frecuente seguimiento del paciente, especialmente en las primeras semanas. También se pueden usar en afecciones de cardiopatía isquémica ^[23].

2.2.6.5 Vasodilatadores

Los vasodilatadores, junto con los diuréticos, son los fármacos más comúnmente utilizados para la ICA en el SU. Estos fármacos reducen la precarga, la poscarga o ambas al producir una dilatación arterial y venosa, con lo que disminuye la presión de llenado ventricular izquierda, aumenta el volumen de eyección y mejora el aporte periférico de oxígeno. Un reciente análisis del registro ADHERE ha puesto de manifiesto que los pacientes tratados con fármacos vasoactivos en un plazo de 6 h tras el ingreso en el hospital presentan una tasa de mortalidad intrahospitalaria significativamente inferior y hospitalizaciones más cortas. En un estudio llevado a cabo en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos a causa de una ICA, el uso de dosis altas de nitroglicerina (NTG) produjo la resolución inmediata de los síntomas, con disminución de la congestión pulmonar y menor necesidad de

ventilación mecánica. Las guías internacionales recomiendan usar vasodilatadores en pacientes con ICA como adyuvante al tratamiento diurético para una resolución rápida de los síntomas congestivos de los pacientes normotensos o hipertensos que no presentan una valvulopatía obstructiva grave. Los vasodilatadores más comúnmente utilizados en el tratamiento de la ICA son la NTG, el nitroprusiato y la nesiritida. ^[24]

2.2.6.6 Anticoagulantes

Por su lado Ponikowski ^[25], para la Revista Española de Cardiología sobre la anticoagulación con IC, menciona que es un de las nuevas terapias excusadas en la alta tasa de mortalidad y morbilidad, entonces define a los anticoagulantes (orales), como la mejor opción de tratamiento para cuadros adyuvante en la IC.

2.2.6.7 Estatinas

Sobre las estatinas, para Barrios ^[26], cumplen un papel que brinda beneficio en las patologías cardiovasculares, independientemente de los niveles de colesterol, incluso se puede interpretar el resultado como un efecto pleiotrópico de dichos fármacos. Estos actúan sobre la inflamación, así como la disfunción endotelial y observa el estado pro-trabóico con los síndromes coronarios agudos, favoreciendo a la evolución de pacientes con IC, parcial o totalmente.

2.2.6.8 Antiagregantes plaquetarios

Para Arroyo et. Al. ^[27], sobre antiagregantes plaquetarios, mencionan que estos tienen un uso rutinario para prevenir accidentes cardiovasculares, primarios y secundarios. Además este tratamiento ha sido prescrito con mayor frecuencia desde que empezaron a desarrollarse nuevos agentes, sin embargo tiene un efecto secundario, que consiste en aumentar la incidencia de complicaciones hemorrágicas, como las gastrointestinales.

2.2.7 VALORACIÓN DEL PACIENTE

Según el Centro de Referencia de Enfermería ^[28] (NCR), la valoración del paciente consiste de los siguientes puntos:

- Antecedentes del paciente; en donde menciona la medicación que recibirá, así como sus antecedentes cardíacos, enfermedades cardiovasculares y comorbilidades.
- Datos de exploración física; por ejemplo la distensión venosa yugular, que sugiere IC, y la frecuencia que informa menor tolerancia a la actividad física.
- Análisis de laboratorio; incluyéndose un Hemograma completo, un lipidograma, pruebas de función hepática, análisis de electrolitos en

suero, análisis de orina, concentración elevada de péptidos Natriuréticos tipo B.

- Otros estudios de diagnóstico; EKG para anomalías, radiografías de tórax y ecocardiografía.

- Además se debe valorar peso, talla y perímetro abdominal, para así identificar el IMC en el paciente con IC y cómo va su evolución a medida de diferentes controles que el paciente se realice, es una base para una correcta valoración. Según la OMS [29] dice que, el índice de masa corporal (IMC) es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Generalmente se valora en estos rangos:
 - ✓ Insuficiencia ponderal: $\leq 18,5$
 - ✓ Intervalo normal: 18,5 – 24,9
 - ✓ Sobrepeso: $\geq 25,0$
 - ✓ Pre-Obesidad: 27-29,9
 - ✓ Obesidad: $\geq 30,0$
 - ✓ Obesidad clase I: 30,0 – 34,9
 - ✓ Obesidad clase II: 35,0 - -39,9
 - ✓ Obesidad clase III: $\geq 40,0$

- En el paciente cardíaco se deben controlar las constantes vitales, ya que se necesita saber su estado hemodinámico diario, por medio de esto, puedo interpretar algún signo de descompensación de la Insuficiencia Cardíaca, principalmente la Tensión Arterial, FC y la FR, ya que suelen presentar Hipertensión arterial, arritmias, Taquicardia, taquipnea, disnea, entre otros. Sin embargo, se debe valorar todos los parámetros necesarios ya que los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una emergencia médica o en cualquier sitio^[30].

Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes:

- 1.- Frecuencia Cardíaca
- 2.- Frecuencia Respiratoria
- 3.- Presión Arterial
- 4.- Temperatura Corporal
- 5.- Oximetría de Pulso

2.2.8 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Los Patrones Funcionales permiten que el profesional de enfermería realice una valoración más sistemática, en donde se recolectan datos del paciente. Es una herramienta útil y practica para una correcta valoración. Existen 11 patrones funcionales ^[31].

2.2.8.1 Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud?

¿Se considera "sano", "enfermo"?

¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?

¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?

¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?

¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?

¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

¿Es alérgico a alguna sustancia?

¿Ha tenido ingresos hospitalarios?

¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?

¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?

2.2.8.2 Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.

¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?

- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos?
- ¿Tiene prótesis dentarias?
- ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso?
- ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas?
- ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas?
- ¿Qué temperatura corporal tiene?

2.2.8.3 Patrón 3: Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia? ¿Existen molestias?
- ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción?
- ¿Hay problemas con su control?

¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria?

¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia? ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?

2.2.8.4 Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía [31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?

¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?

¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?

¿Realiza actividades de ocio?

¿Cómo es su presión arterial?

¿Y su respiración?

¿Es portador de escayolas?

2.2.8.5 Patrón 5: Sueño - Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Concilia bien el sueño?

¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día?

¿Es reparador su sueño?

¿Tiene pesadillas?

¿Toma alguna sustancia para dormir?

¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?

¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

2.2.8.6 Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para

su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Dificultades para oír o ver correctamente?

¿Utiliza audífono o gafas?

¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

¿Le es difícil centrar la memoria?

¿Le es difícil concentrarse?

¿Le es fácil tomar decisiones?

¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

¿Siente dolor o malestar físico? ¿Cómo lo combate?

2.2.8.7 Patrón 7: Autopercepción - Auto concepto

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.) ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Cómo se ve a sí mismo?

¿Está conforme consigo mismo?

¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?

¿Se enfada frecuentemente?

¿Suele estar aburrido o con miedo?

¿Suele estar con ansiedad o depresivo?

¿Tiene periodos de desesperanza?

2.2.8.8 Patrón 8: Rol - Relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc... Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Vive solo o en familia?

¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?

¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?

¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?

¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?

¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios?

¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?

¿Pertenece a algún grupo social? ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos? ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

2.2.8.9 Patrón 9 Sexualidad - Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo [31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?

¿Cómo es el periodo menstrual?

¿Ha habido embarazos?

¿Ha habido abortos?

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

2.2.8.10 Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas

de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?

¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza?

¿Lo hace cuando es necesario?

¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

2.2.8.11 Patrón 11: Valores – Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud ^[31].

Recomendaciones de Datos a obtener:

¿La religión es importante en su vida?

¿Le ayuda cuando surgen dificultades?

¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

Según Fonseca ^[32], los patrones funcionales de Nanda Marjory Gordon, dan paso a la formulación y modificación sobre el término de Patrón de Respuesta Humana, de la mano de la directiva de comité para la Taxonomía entre 1989 y 1992. Sin embargo, actualmente dicho patrones tienen uso, volviéndolos funcionales. Para 1994, entrando ya un poco más en la historia, Gordon por medio de estudios realizados, usa el término de Patrón Funcional, obteniendo un total de 11 patrones sobre el comportamiento secuencial a través del paso del tiempo ^[32].

Posteriormente Fonseca ^[32] para la Revista Cubana de Enfermería, menciona los datos para valorar si un patrón es funcional o disfuncional, siendo estos:

- Situaciones basales del individuo
- Normas según la edad
- Normas según cultura, sociedad u otro parámetro

En la misma publicación para la revista, el autor refiere sobre los patrones que tienen mayor afectación con respecto a la IC, los cuales son:

- Percepción - manejo de la salud; donde el individuo reconoce su salud y bienestar y relaciona cada aspecto para mantenerse recuperado. Se incluyen además todas las prácticas preventivas así como tratamientos

médicos para evitar o controlar cualquier práctica social que perjudique a la salud, por ejemplo el consumo de drogas o alcohol ^[33].

- Nutricional Metabólico; se considera en cambio el consumo de líquidos así como alimentos sólidos según las necesidades metabólicas y nutricionales, es decir que cualquier dificultad que exista en la ingesta alimenticia de un paciente, puede ser por medio de suplementos o cambios en las preferencias y hábitos diarios. Se hace énfasis también, en que cualquier tratamiento farmacológico puede modificar el metabolismo tanto intestinal como hepático ^[34].
- Actividad - ejercicio; en cuanto a la IC, y la tolerancia a la actividad física, se puede esperar que un paciente con previo sedentarismo, al subir escaleras se le produzca una disnea, sin embargo la falta de aire, ocurre al mismo tiempo en el que se realiza una rutina intolerante al ejercicio, conocida como fatiga, la cual nace por la inadecuada perfusión del musculo esquelético y el descenso del gasto cardíaco ^[35].

2.2.11 DISPOSITIVOS

2.2.11.1 Resincronizadores

Pilar Ortiz ^[36], para la revista Vistazo, habla sobre los dispositivos de uso en casos de IC, entre estos los re sincronizadores, los cuales para ser usados por los pacientes, debe cumplir con una valorización, según los niveles y la

clasificación determinada por la New York Heart Association (NYHA), la cual consiste en:

- Presentar bloqueo de la rama izquierda de manera completa
- Defectos en el sistema de conducción eléctrica
- Retraso en la activación del ventrículo izquierdo
- Fracción de eyección menor a 35%

2.2.11.2 Cardio Desfibriladores Implantables

Ortiz ^[36] también menciona sobre otros dispositivos, como el Cardio Desfibrilador Implantable, capaz de desfibrilar una arritmia con causas altas de mortalidad, además detecta si el paciente atraviesa por algún evento similar, produciendo un choque de electricidad al paciente para revertir dicho efecto.

En el mismo artículo para la revista Vistazo, el comentario del Doctor Gómez, señala lo que sucede cuando los paramédicos atienden a un paciente con un ataque cardíaco reciente, ya que dicho proceso ocurre todo dentro del pecho, los dispositivos como los cardio desfibriladores y los re sincronizadores, combinan sus funciones para lograr que el implante ^[36].

2.2.11.3 Marcapasos

Un marcapasos es un sistema que monitorea la actividad intrínseca del corazón y a la vez genera un impulso eléctrico cuando el ritmo intrínseco del corazón no lo hace. Su funcionamiento es similar a un circuito eléctrico en el

cual la batería provee la electricidad que viaja por un cable hasta el miocardio donde lo estimula y produce un latido cardíaco^[37].

Para Carrasco y Villeda^[37], se define marcapasos a un sistema que va a monitorear toda actividad intrínseca del corazón, provocando impulsos eléctricos al momento de captar al ritmo intrínseco del corazón fallando. Este funcionamiento se asemeja al de un circuito eléctrico, proveyendo electricidad a través de una batería hasta el miocardio por un cable, produciendo un latido cardíaco y estimulando.

Existen dos tipos de marcapasos, los cuales son: a) Unicameral, que posea un único electrodo ubicado en las cámaras cardíacas (aurícula o ventrículo); b) Bicameral, el cual posee dos electrodos uno en la aurícula y el otro en el ventrículo, así es como se logrará la estimulación de las cámaras cardíacas y la contracción de aurículas y ventrículos para mejorar la eficiencia del corazón^[37].

En cuanto a la colocación de marcapasos, Carrasco y Villeda dicen: “Que el médico debe seleccionar entre los tipos de marcapasos y los electrodos disponibles, ya sea por tamaño, capacidad de batería, costo, etc.”^[37].

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente tema de trabajo de titulación respecto a Insuficiencia Cardíaca está amparado en diferentes artículos relacionados con la atención de Salud en Ecuador, se sabe que la IC es una enfermedad crónica degenerativa, la cual son de larga duración y progresión lenta. El paciente necesitara atención de especialidad y de calidad para el correcto tratamiento de la patología.

2.3.1 CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008: SECCIÓN SÉPTIMA DE SALUD

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” [38, p. 17]

“Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.” [38, p. 111]

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas

que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.” [38, p. 111]

2.3.2 LEY ORGÁNICA DE SALUD

2.3.2.1 Del Derecho a la Salud y su Protección

“Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.” [39, p. 1]

“Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.” [39, p. 1].

2.3.2.2 Derechos y Deberes de las personas y del Estado en relación con la Salud

“Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.” [40, p. 2]

2.3.2.3 Derechos y Deberes de las personas y del Estado en relación con la Salud

“Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- c) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;

d) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.” [40, p. 5]

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este estudio se lo realizará en la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, donde se atiende una gran cantidad de pacientes con enfermedades cardiovasculares, es objeto de estudio para aprender a valorar pacientes con insuficiencia cardiaca.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio con pacientes hospitalizados.

Nivel: Descriptivo y cuantitativo.

Método de recolección de datos:

- Se aplicó encuesta.
- Matriz de observación directa.

Diseño: Longitudinal

- Recolección de datos de las variables.
- Tipo descriptivo.
- Es de efecto a causa (Casos y controles)

Técnica de Procesamiento y análisis de datos:

- Se utilizó el programa Excel.

Población y muestra:

Nuestro tipo de recolección de datos mediante encuesta y matriz de observación directa tiene una población de 59 pacientes de la clínica de proceso asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

Instrumento de recolección de datos:

- La matriz de observación directa, se trata de un formulario de datos de acuerdo a la operacionalización de variables.
- La encuesta, se trata de un formulario de preguntas de acuerdo a la operacionalización de variables.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable general: Valoración de enfermería en insuficientes cardíacos.

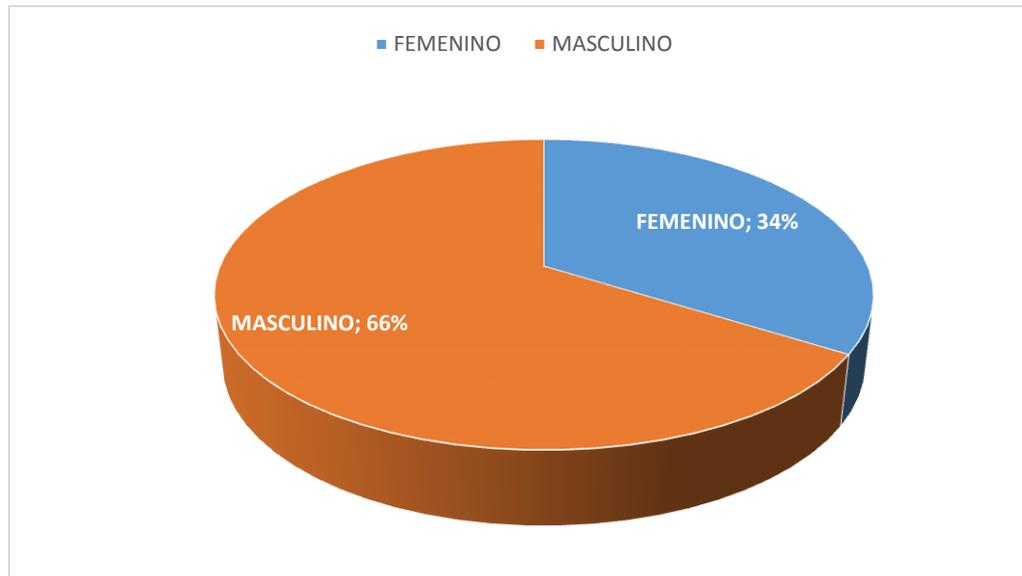
DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Primera etapa del proceso de atención de enfermería que consiste en la recolección de datos objetivos y subjetivos para el reconocimiento de necesidades, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.	Datos personales del paciente	Edad	≤ 18-30 años 30-50 años 51-70 años ≥ 70 años
		Sexo	Masculino Femenino
		Convivencia	Solo Con familiares Cuidadores terciarios
		Antecedentes	Familiares Patológicos No patológicos Enfermedad actual Insuficiencia Cardíaca Hospitalización Etiología de la IC
		Cumplimiento Terapéutico.	Diurético IECA ARA 2 Betabloqueadores Vasodilatadores Antiagregantes plaquetarios. Antagonistas Estatinas Anticoagulantes
		Dispositivos Previos	MPD Unicameral MPD Bicameral CDI Resincronizadores Ninguno
	Valoración de la situación clínica	Medidas antropométricas	Peso Talla IMC Perímetro abdominal
		Signos de alerta	Si No
		Etiología	Cardiopatía isquémica Cardiopatía genética

			Valvulopatía Hipertensión arterial Miocardiopatías Otras
		Dispositivos Cardiacos	Desconoce CDI Marcapasos Re sincronizadores Ninguno
		Evaluación	Control de peso Signos vitales Ejercicio físico Cumplimiento terapéutico Antecedentes patológicos y actuales Manejo de descompensación
	Patrones funcionales	Patrón 1: Percepción de la salud Patrón 2: Nutricional - Metabólico Patrón 3: Eliminación Patrón 4: Actividad - Ejercicio Patrón 5: Sueño - Descanso Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo Patrón 7: Autopercepción – Auto concepto Patrón 8: Rol - Relaciones Patrón 9: Sexualidad - Reproducción Patrón 10: Tolerancia al estrés Patrón 11: Valores - Creencias	Afectado No afectado

TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICO#1

SEXO



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

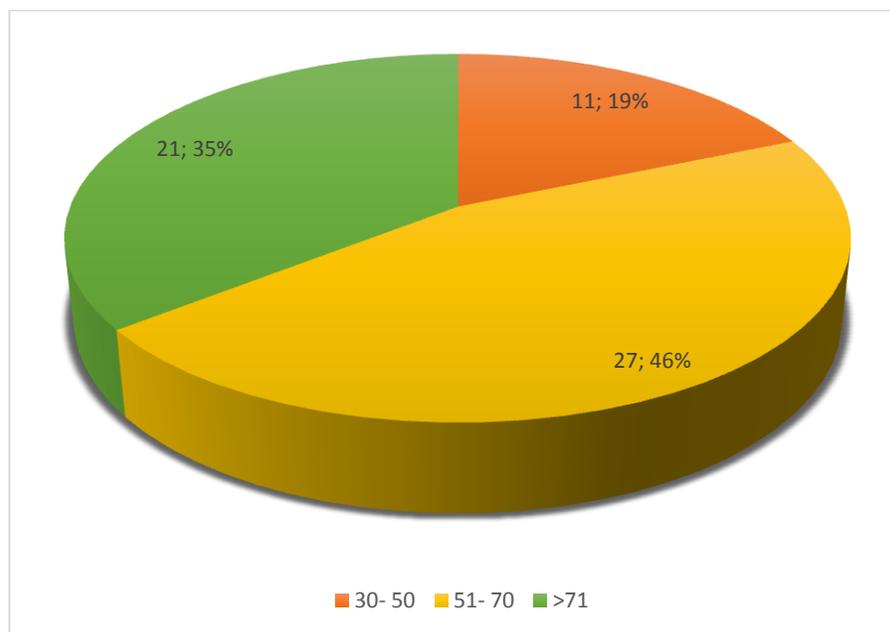
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

El síndrome clínico de la IC tiene gran prevalencia y elevada mortalidad según estudios más en el sexo femenino. Sin embargo, esto se puede evidenciar en los datos estadísticos de los pacientes que hemos encuestado, tenemos más de sexo masculino que padecen IC con un porcentaje del 66% que las de sexo femenino que tienen un 34%.

GRÁFICO#2

EDAD



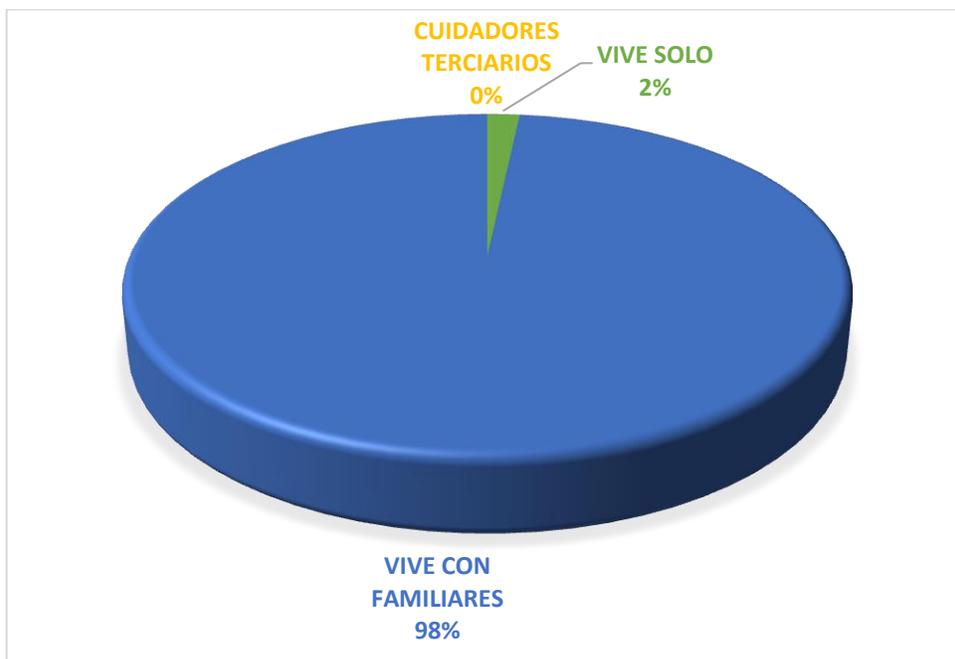
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

En la encuesta aplicada a 59 pacientes; la mayoría de insuficientes cardiacos tienen de 51 a 70 años con un porcentaje de 46% y en su minoría el 19% de los pacientes tienen una edad entre 30 a 50 años. Presentando los resultados se puede decir que mayormente las personas de la tercera edad presentan Insuficiencia cardiaca.

GRÁFICO#3 CONVIVENCIA



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

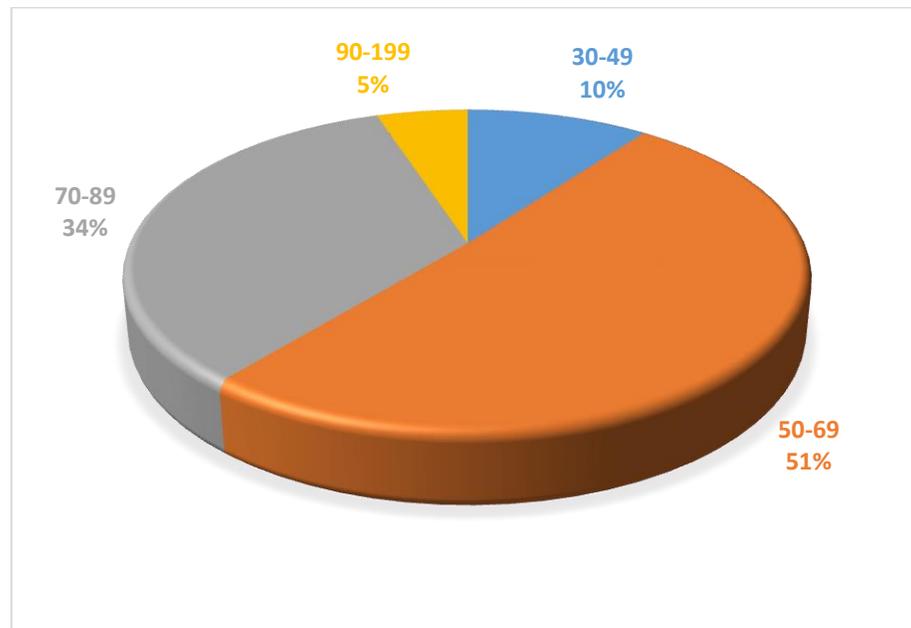
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La incidencia de la insuficiencia cardíaca aumenta con la edad y según estudios alcanza en su mayoría personas mayores de 65 años. Las personas que sufren insuficiencia cardíaca por lo general necesitan muchos cuidados de algún familiar por lo cual se puede evidenciar en nuestra estadística que indica el 98% de pacientes encuestados si viven con familiares, mientras que el 2% vive solo.

GRÁFICO#4

PESO



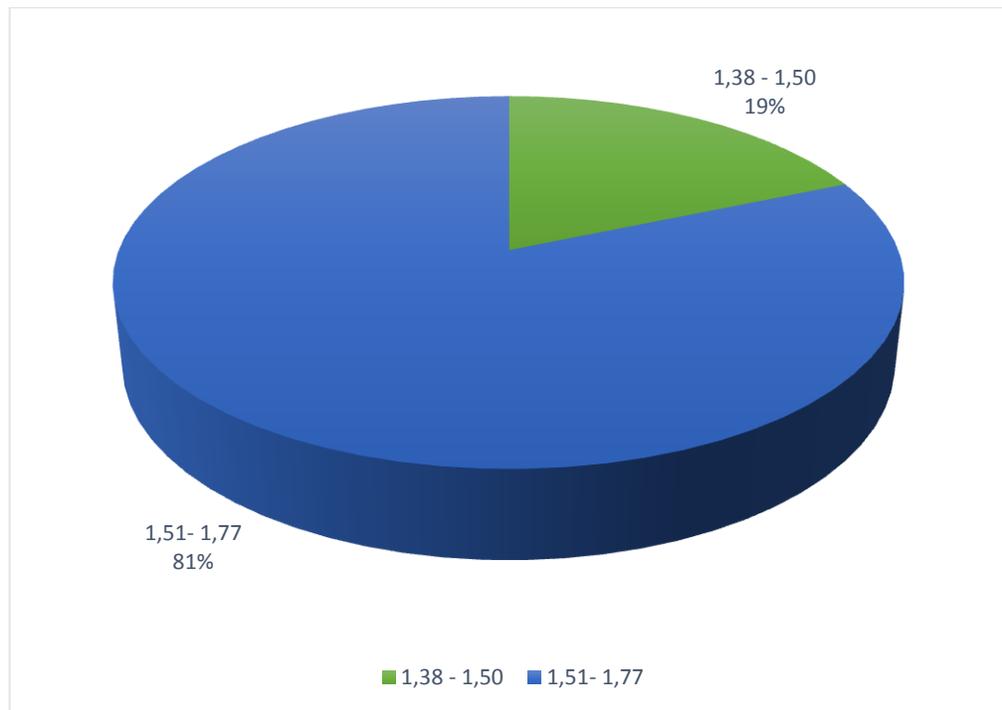
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Se puede decir que los pacientes con IC sufren pérdida de peso, sin embargo en la encuesta aplicada a los 59 pacientes; dado los resultados se puede decir que la mitad de los pacientes con el 51% de acuerdo a su estatura tienen un peso estándar y pesan de 50 a 69 kg y en un porcentaje menor con el 5% de 90 a 199 kg.

GRÁFICO#5 TALLA



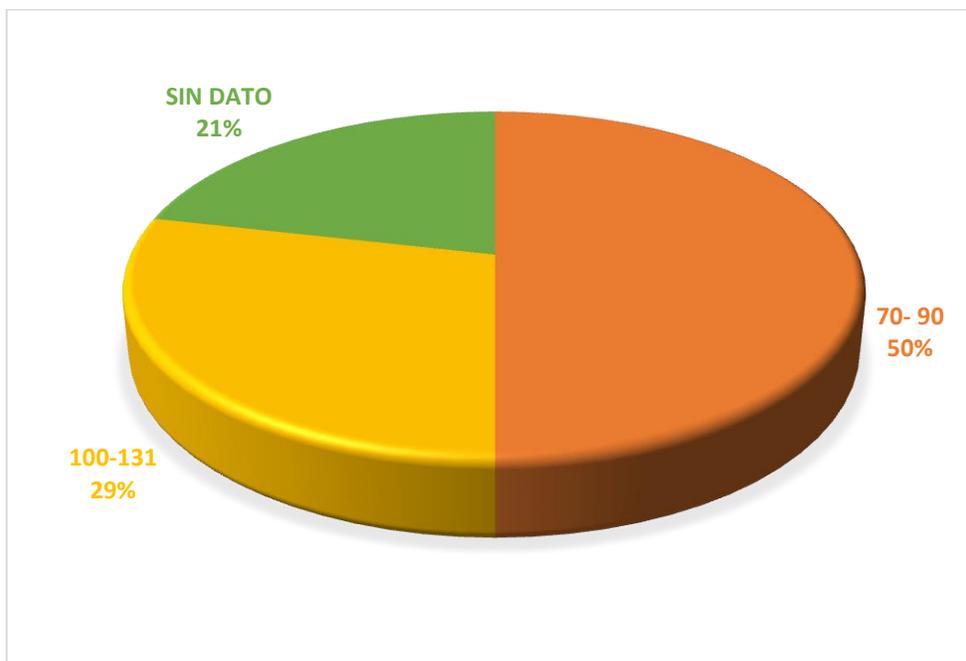
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La estatura de los pacientes es un paso en nuestra valoración, expresado los resultados se puede decir que la mayoría de pacientes tienen una estatura adecuada los cuales miden entre 1,38 a 1.50 metros con el 81% y de menor cantidad de pacientes miden de 1,51 a 1,77 metros con un 19%.

GRÁFICO#6

PERÍMETRO ABDOMINAL



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

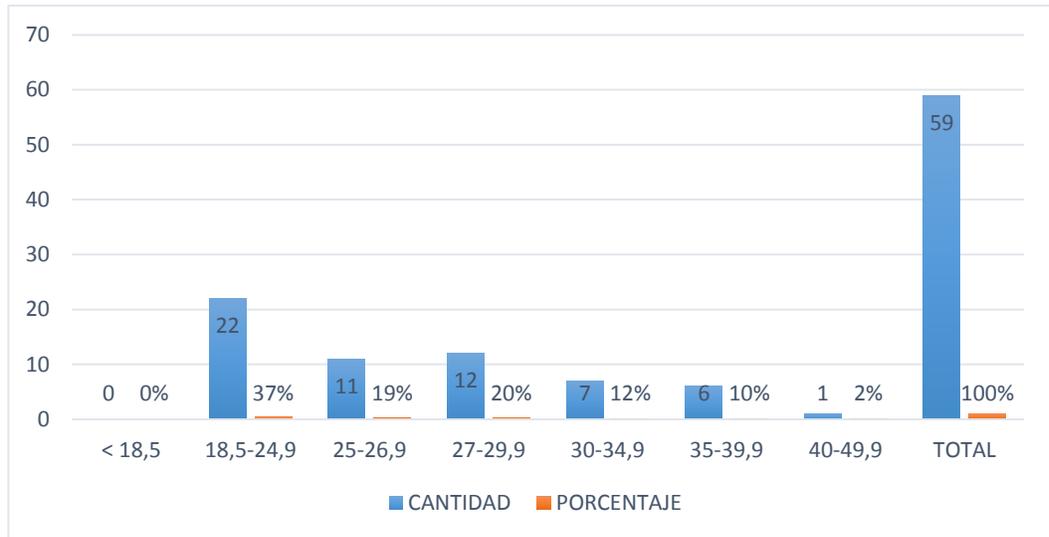
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Las medidas antropométricas son importantes y necesarias en nuestros pacientes con IC, ya que podremos valorar cambios en él. En los resultados de nuestra encuesta aplicada a los 59 pacientes demuestra que aproximadamente la mitad de la población tiene el perímetro abdominal entre 70 y 90 cm con un 50% y el 29% está en un rango de 100 a 131 cm.

GRÁFICO#7

ÍNDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

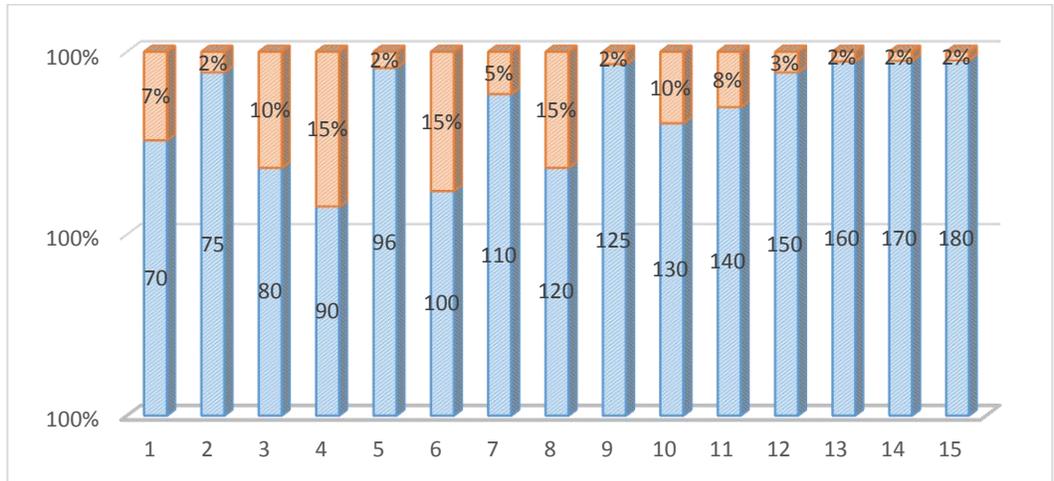
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Los cambios en las dietas y el sedentarismo, incrementa la prevalencia de obesidad en esto tiempos con la población en general, ya que esto incrementa el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, que finalmente terminan con IC, aunque la pérdida de peso radical se asocia a un peor diagnóstico, pero en los resultados de nuestra encuesta aplicada a los 59 pacientes se muestra que el IMC entre 18,5-24,9 indica en su mayoría un 37% con un peso normal y adecuado, de 25-26,9 un 19% con sobrepeso, de 27-29,9 un 20% son pacientes con pre-obesidad, de 30,0-34,9 con el 12% de pacientes Obesos clase I, de 35,0-49,9 con el 10% de obesidad clase II y solamente el 2% de toda la población encuestada presenta Obesidad clase III (mórbida), lo cual es perjudicial para la evolución de su patología.

GRÁFICO#8

SISTÓLICA

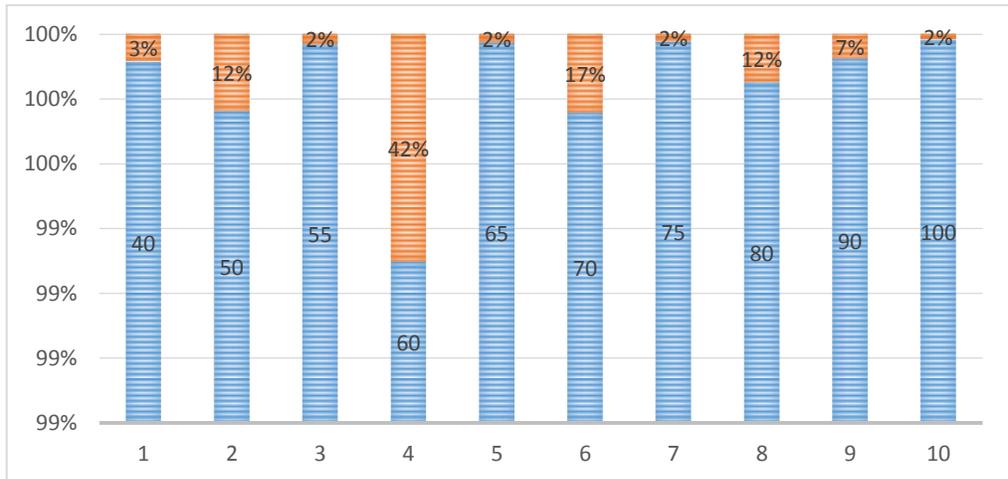


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

GRÁFICO#9

DIASTÓLICA



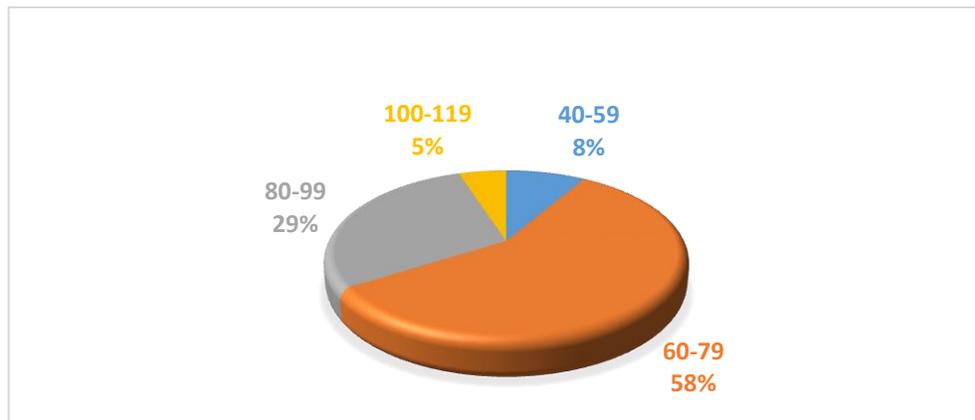
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS GRÁFICOS 8 Y 9

La Hipertensión Arterial es una de las causas más frecuentes en la IC, sin embargo se puede evidenciar claramente que en la mayoría de nuestros pacientes encuestados tienen un rango entre sistólica y diastólica de presión arterial 100/60 mg/dl - 120/70 mg/dl que se encuentra en parámetro normal y en su minoría pacientes con 180/100 mg/dl con Hipertensión arterial.

GRÁFICO#10 FRECUENCIA CARDIACA



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

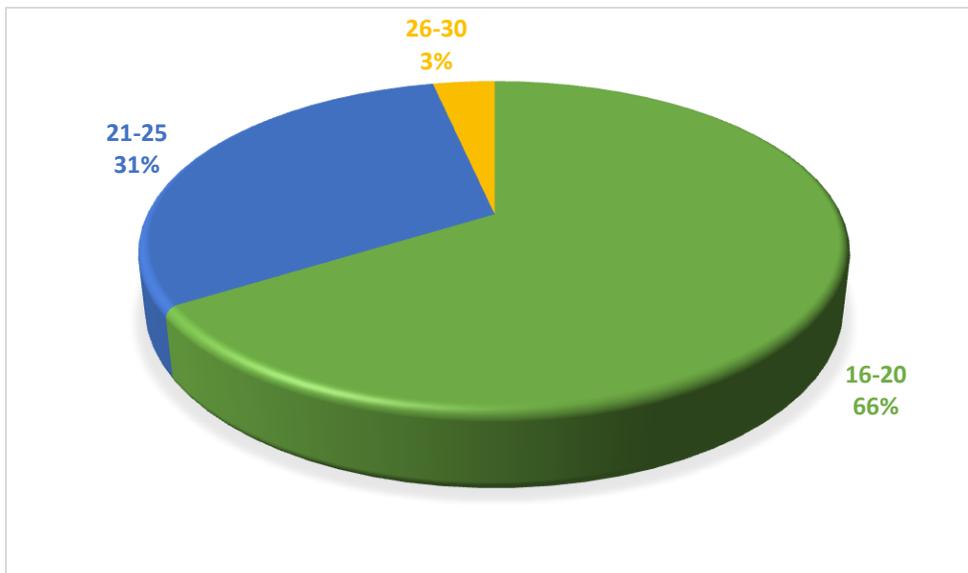
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La FC en un paciente con insuficiencia cardíaca es de gran importancia, ya que ciertos medicamentos que ellos se estén administrando según su tratamiento, puede alterar los parámetros. Los resultados de nuestros 59 pacientes con IC demuestran que un poco más de la mitad con el 58% tienen entre un 60-79 latidos por minuto de FC que es considerador normal, mientras que en un porcentaje mínimo de 8% tienen bradicardia entre 40-50 de FC y el 5% presentan taquicardia de 100 -119 de latidos por minuto.

GRÁFICO#11

FRECUENCIA RESPIRATORIA



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

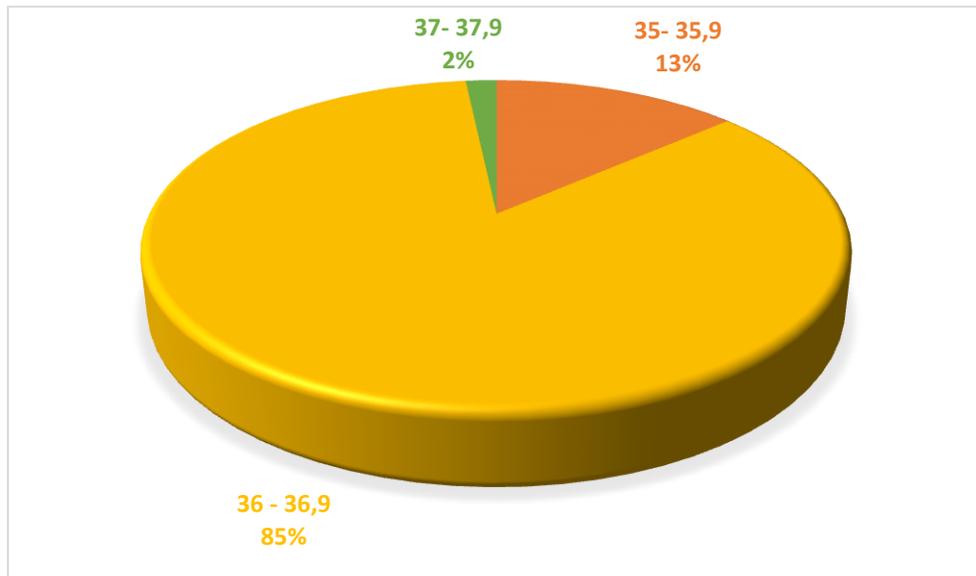
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La Disnea es un síntoma muy usual en los pacientes con IC, por lo cual se incluye este parámetro, para valorar correctamente las respiraciones que presenten nuestros resultados demuestran que de los 59 pacientes la mayoría con el 66% está en el rango de 16 a 20 respiraciones por minuto de FR considerado normal y el porcentaje mínimo de 3% presentan taquipnea de 26 a 30 respiraciones por minuto de rango.

GRÁFICO#12

TEMPERATURA CORPORAL



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

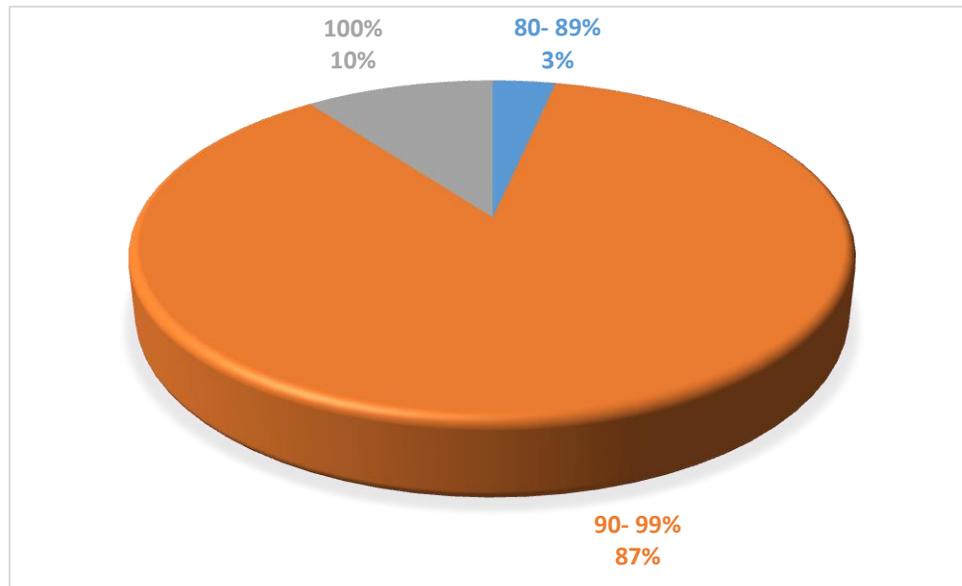
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La temperatura corporal es uno de los requisitos fundamentales para una buena valoración, de los 59 pacientes; los resultados obtenidos demuestran que la mayoría tienen la temperatura corporal normal con el 85% que está en el rango de 36 °C- 36,9 °C y solamente el 2% tiene Hipertermia de 37 °C- 37,9 °C de temperatura corporal.

GRÁFICO#13

SATURACIÓN DE OXÍGENO



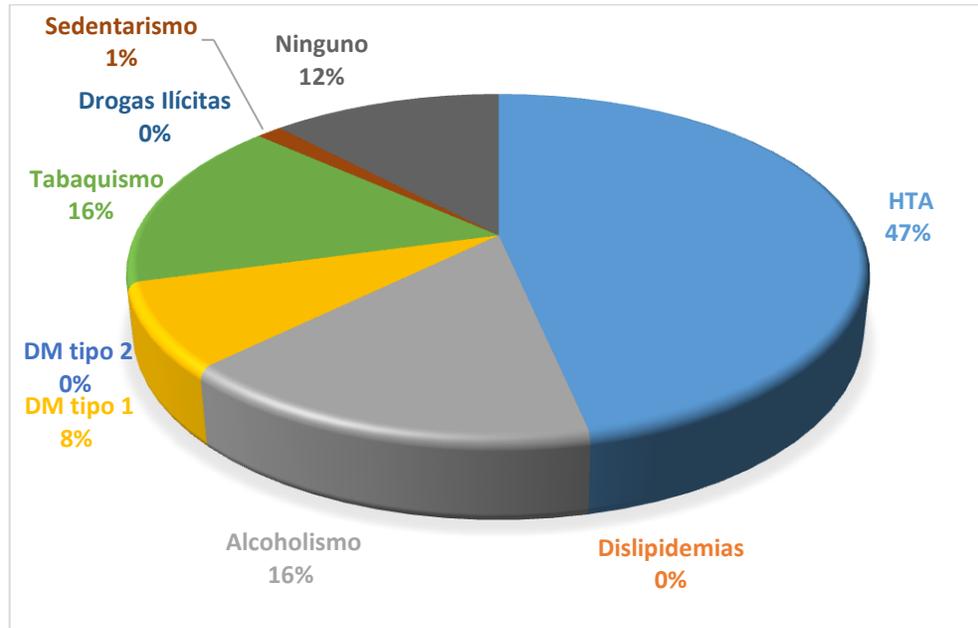
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La saturación de oxígeno, ayuda a reconocer si el paciente está bombeando suficiente oxígeno, ya que por la IC, esto suele ser un riesgo, ya que el corazón no cumple sus funciones correctamente. En la encuesta aplicada a los 59 pacientes la mayoría de ellos presentan una saturación de oxígeno normal de 90-99% con el 87% de la población y la minoría con hipoxemia con el 3% entre 80-89% de saturación de oxígeno.

GRÁFICO#14

ANTECEDENTES PERSONALES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

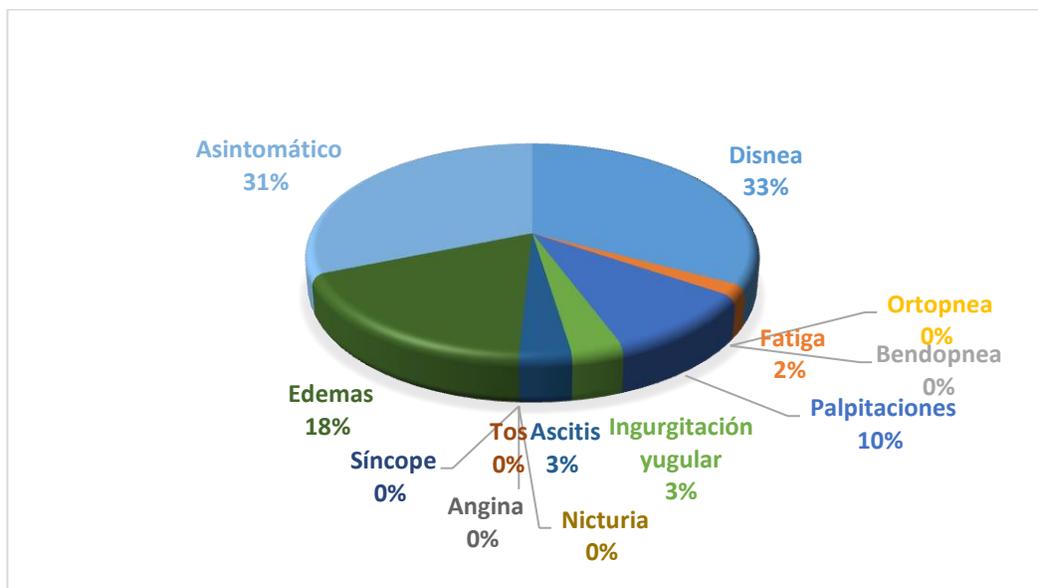
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La hipertensión arterial es una de las primeras causas que desencadenan la insuficiencia cardíaca. Nuestros resultados apuntan que de las encuestas aplicadas a los 59 pacientes con IC, en sus antecedentes patológicos y no patológicos la mayoría en un 47% manifestaron que tenían HTA, mientras que poco porcentaje del 1% de los pacientes presentan problemas con el sedentarismo. Los antecedentes que presentan los pacientes pueden ser genéticos o por malos estilos de vida.

GRÁFICO#15

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL



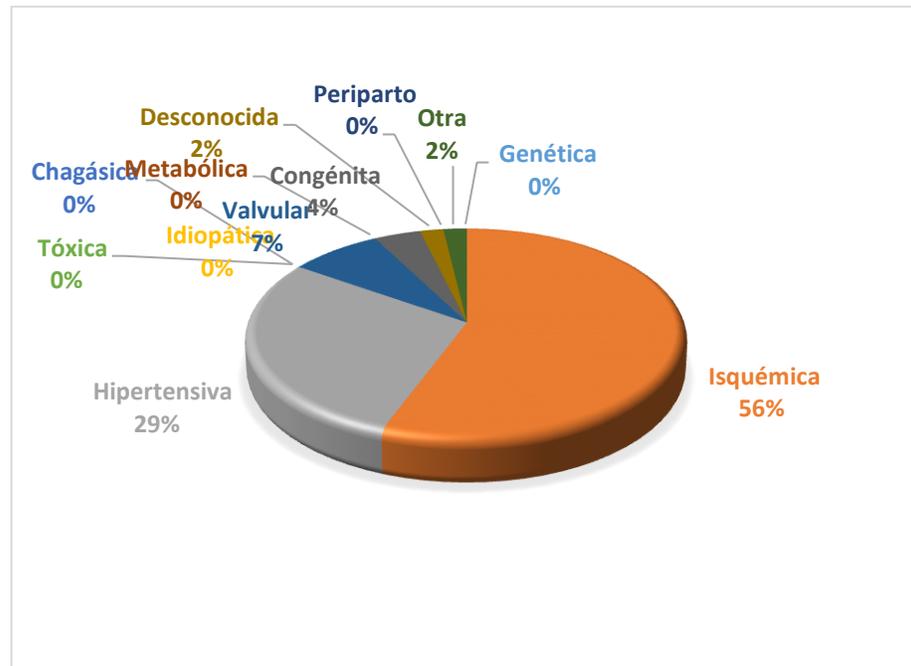
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Los síntomas típicos que presentan los pacientes es ayudan a identificar factores de riesgo cardiovascular. Se pudo evidenciar que la mayoría de pacientes con IC el porcentaje del 38% presentan disnea, aunque así mismo en el momento de interrogar al paciente en un 38% se encontraban asintomáticos.

GRÁFICO#16 ETIOLOGÍA



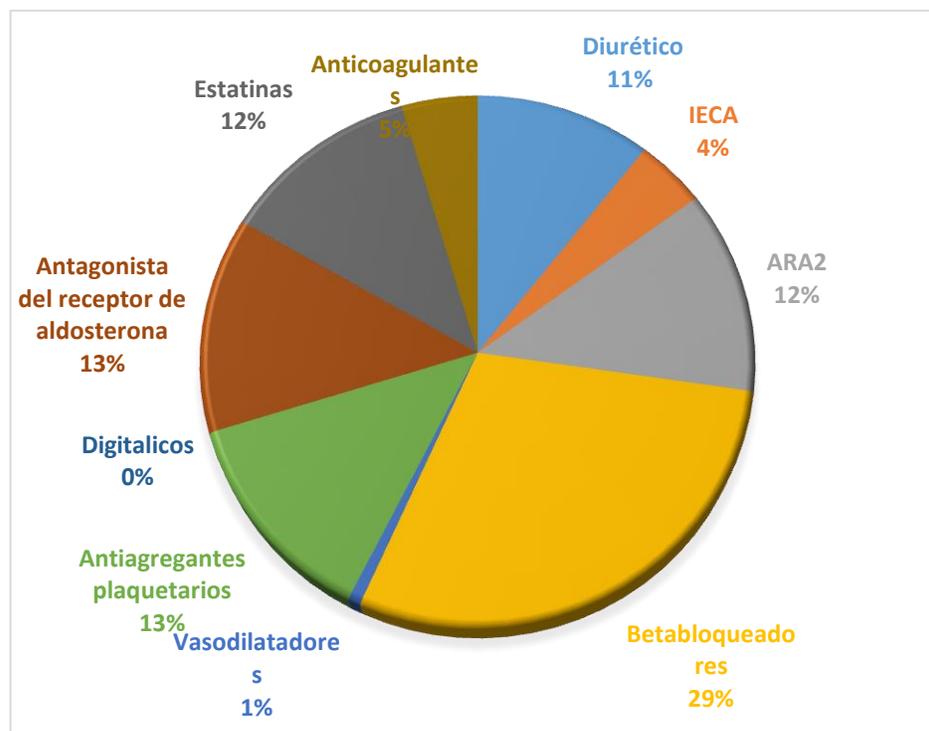
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La etiología de la IC, claramente se puede relacionar por fallas cardíacas que evolucionan con el tiempo y por la falta de controles que desencadenan esta patología. Se pudo evidenciar que los pacientes con IC con un porcentaje mayor presentan un 56% etiología isquémica y en su minoría con un 2% de etiología desconocida.

GRÁFICO#17

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO



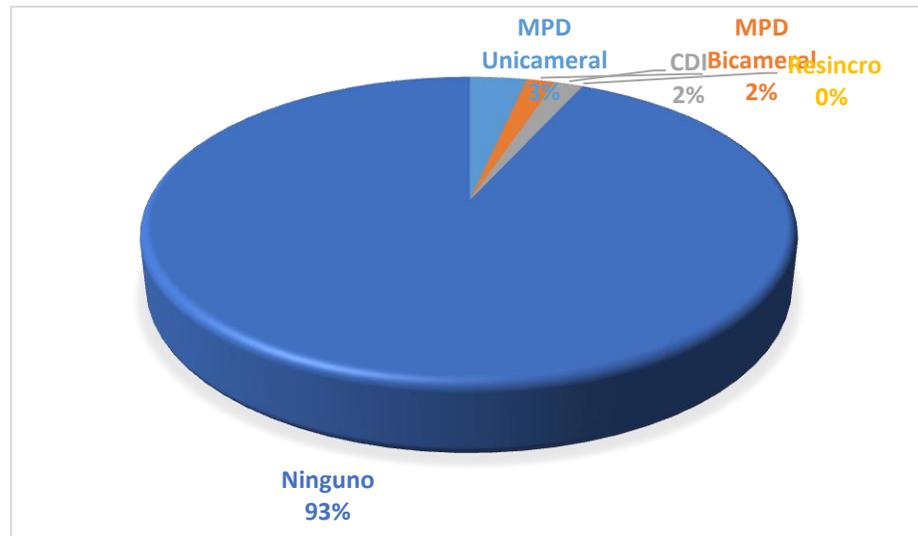
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Se reconoce que la irregularidad de los insuficientes cardiacos en el cumplimiento terapéutico es un factor principal de descompensación y reingresos en los pacientes. El cumplimiento terapéutico de los pacientes reflejan que la mayoría con un 40% usa Betabloqueadores, un 17% Antiagregantes plaquetarios y Antagonista del receptor de aldosterona, el 16% Estatinas, el 14% ARA2 y Diuréticos, el 6% IECA y Anticoagulantes, con su minoría los Vasodilatadores en 1%.

GRÁFICO#18 DISPOSITIVOS PREVIOS

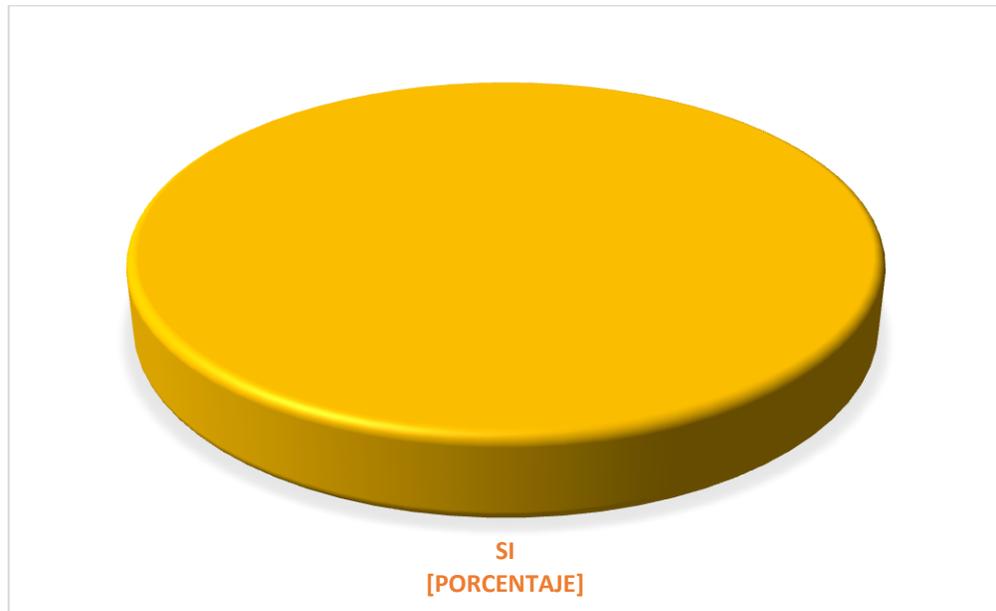


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Los dispositivos cardíacos ayudan al corazón a realizar funciones que ya no puede cumplir, sin embargo, en la encuesta realizada a los 59 pacientes, indican que la mayoría con el 93% manifestó que no utilizó ningún dispositivo, pero en su minoría con un 2% utilizó MPD Bicameral a lo largo de su patología. Dado los resultados se interpreta que los pacientes en su mayoría no utilizaron dispositivo alguno.

GRÁFICO#19 HOSPITALIZACIÓN POR IC



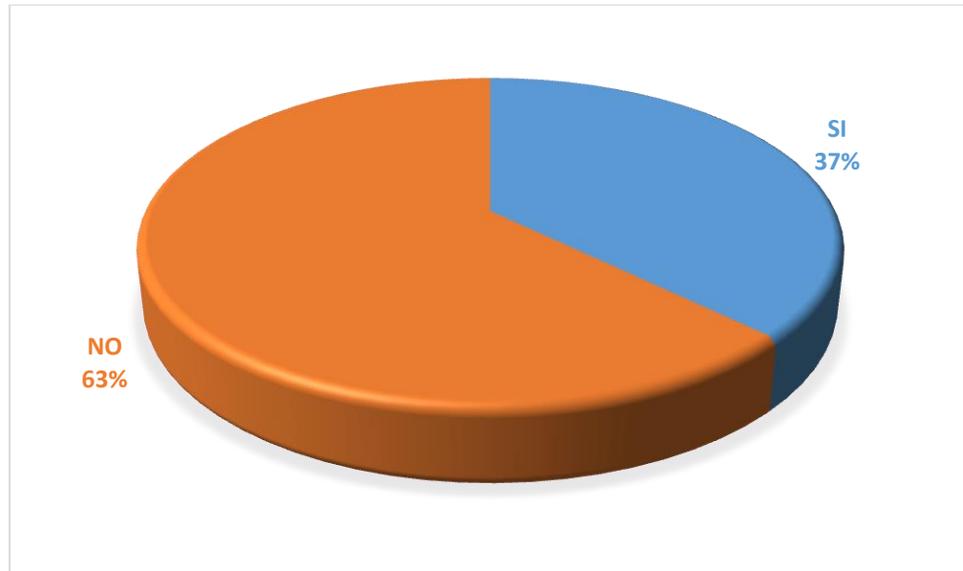
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

La mayoría de los pacientes diagnosticado con IC por lo general han sido hospitalizados, en donde se le han realizado exámenes que demuestran su patología. Presentado los resultados se manifiesta que en su totalidad los pacientes fueron ingresados a hospitalización por IC, ya que los pacientes encuestados refieren que han sido ingresados en el área por esta enfermedad por lo menos 1 o 2 veces.

GRÁFICO#20

HOSPITALIZACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

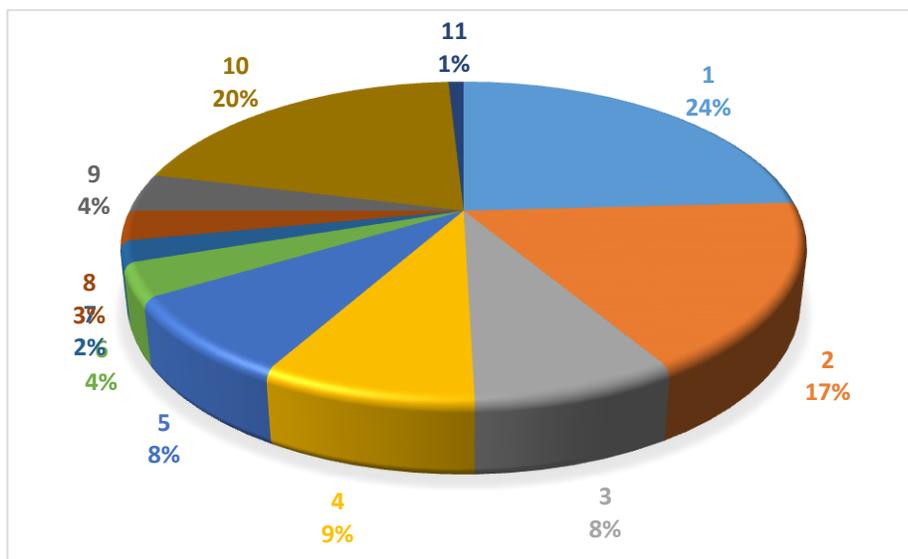
ANÁLISIS

EL reingreso en los pacientes con insuficiencia cardiaca es muy usual, sin embargo en nuestra encuesta realizada a los 59 pacientes, el 63% dio a conocer que no han sido hospitalizado por el IC en los últimos doce meses, mientras que el 37% manifestó que si ha sido ingresado en el área de cardiología para tratar su enfermedad a nivel hospitalario, para un mejor seguimiento de la patología.

DATOS OBSERVACIÓN DE MATRIZ DIRECTA

GRÁFICO#21

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES



Fuente: Matriz de observación directa aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardiaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil

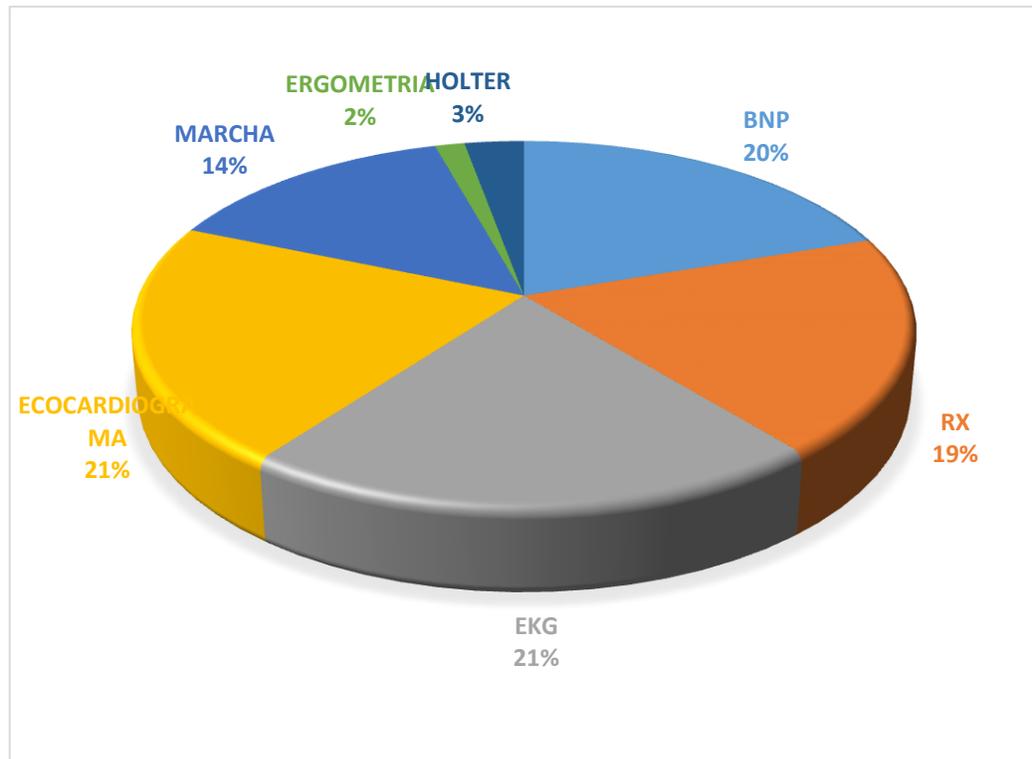
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Utilizar los patrones funcionales, permite al profesional de enfermería realizar una valoración sistémica y premeditada, con lo que se obtienen datos. En nuestra matriz de observación directa por patrones funcionales de Marjory Gordon se pudo demostrar que el patrón 1: percepción – manejo de la salud se encuentra mayormente afectado con un 24% de toda la población, mientras que el patrón 11: valores- creencias con 1% del 100% de pacientes observados con la matriz, demostrando así un resultado de que los pacientes han descuidado a lo largo de su vida su salud con hábitos inadecuados que posiblemente ha desencadenado esta enfermedad.

GRÁFICO#22

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la clínica de Proceso Asistencial en insuficiencia cardíaca del área de cardiología de un Hospital de la ciudad de Guayaquil
Autores: Loor Cevallos Lady Denisse – Campoverde Matute Mike Christopher.

ANÁLISIS

Existen muchos exámenes que ayudan a proporcionar información y un diagnóstico respecto de esta enfermedad. Los pacientes con IC que mediante historia clínica se pudo obtener la información respectiva, se determinó que el 21% de pacientes se han realizado Ecocardiograma y Electrocardiograma para sus respectivos diagnósticos, no obstante cabe mencionar que en su minoría existen otros exámenes que se realizan los pacientes como por Ergometría con un 2% de toda la población.

DISCUSIÓN

Según Pérez Otero, R. García y Del Castillo Arévalo en la revista SEAPA, 2013; a comparación con el presente proyecto de investigación sobre valoración de enfermería a pacientes con IC, se dice que “el control de síntomas y el autocuidado son determinantes para un buen propósito y una mejora en la calidad de vida. El trabajo de enfermería es de gran importancia en los pacientes mediante un correcto control de su patología, el personal de enfermería debe disponer de los conocimientos necesarios para conseguirlo”^[9]. A lo largo del desarrollo de este trabajo se demuestra que una correcta valoración por parte de enfermería a pacientes que acuden a realizarse el control de su patología que es IC, porque es una enfermedad crónica degenerativa y si no es tratada y valorada adecuadamente, el paciente presentará consecuencias graves a largo plazo, además el paciente deberá cambiar completamente sus estilos de vida para poder ver resultados positivos, mejoría en sí mismo y a su vez mantener controlada su enfermedad.

Según Gómez MCJ, en su artículo sobre plan de cuidados estandarizado en un paciente con IC en atención primaria, 2014. Dice que “La IC afecta en países desarrollados al 1% de la población >40 años aunque la prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los pacientes >70 años”^[14]. Conuerdo que al realizar nuestro análisis de las encuestas encontramos que esta enfermedad afecta más al adulto mayor, en el rango que evaluamos de 51 a 70 años con un porcentaje de 46% de toda nuestra población.

Juan Carlos Rubio Sevilla, enfermero en el centro de salud de Torrijos y Toledo, especialista en investigación en salud, dice que “La valoración se inicia con la recogida de datos que deben ser analizados en su contexto para

convertirlos en información y permitir identificar las necesidades y problemas de cuidado de salud". "Cuando el personal de enfermería identifica que no hay efectividad en los cuidados recibidos o que no existe disposición para mejorar el estado de salud, se realiza una valoración orientada a formular un juicio clínico" ^[11]. Lo que puedo corroborar con un trabajo, así mismo nosotros hemos valorado y recolectado datos con el fin de identificar factores de riesgo que influyen en el paciente con IC.

La revista Española de cardiología, en donde se hace referencia su tema sobre implantación de una herramienta para la valoración de enfermería en la consulta de IC consideran a pacientes de ambos sexos diagnosticados en la consulta de cardiología con IC, en donde se implanta la valoración enfermera como una herramienta desde la primera cita del paciente, para posteriormente identificar su evolución. Además monitorizar parámetros de los signos vitales como: presión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), saturación de oxígeno (O₂). Así como también peso, talla y perímetro abdominal ^[12]. Nuestros datos nos da hincapié para realizar una correcta valoración en el insuficiente cardiaco, para analizar cambios en sus constantes vitales y valorar el sistema hemodinámico del paciente, además medimos de igual manera el peso, talla y perímetro abdominal del paciente cuando acude a sus controles, debido a que ahí se detecta si está siguiendo el tratamiento adecuadamente, estos parámetros son fundamentales para nuestra valoración.

Según el Dr. Carles Diez López, 2016 en su estudio prospectivo (Weight Loss in Obese Patients With Heart Failure). Dice que "la pérdida de peso en los pacientes obesos con insuficiencia cardiaca puede ser no beneficioso" en donde se determinó que tienen un descenso superior al 5% la PSP se asoció con mayor aumento de mortalidad, donde la etiología que más predominaba era la cardiopatía isquémica con un 55,7% de los pacientes, seguido de la miocardiopatía dilatada con 11,1%, cardiopatía hipertensiva con 8,8% y

valvulopatías con el 8,6%. En el mismo estudio del Dr. Diez López dice que los pacientes incluidos predominantes son varones en un 72,7% pero solo el 17% de ellos tuvo una pérdida significativa de peso oscilaban en una edad media de 66 años y la mayor causa de mortalidad de todas las causas mencionadas en su estudio fue mayormente por PSP. Las mujeres con un 36% predominaban en PSP lo que conllevaba a un incremento de mortalidad y severidad a su patología, estas pacientes presentan menor uso de betabloqueantes y un mayor uso de diuréticos, antagonistas de la aldosterona y digoxina ^[10]. Correlacionando con nuestra población el 24% de los pacientes en nuestro proyecto investigativo presentan obesidad, pero no hemos identificado pérdida significativa de peso en ninguno de ellos, por lo que no podemos determinar el aumento de mortalidad que nos menciona el Dr. Diez por medio de su estudio, lo que debemos tener en cuenta es que en este subgrupo de pacientes no será aconsejable la pérdida brusca de peso.

Comparando con nuestros datos de investigación respecto a la etiología presentada por el Dr. Carles Diez hay similitud con nuestro trabajo investigativo tenemos como prevalencia la causa isquémica con 56% de nuestros pacientes, seguida de la hipertensiva con 29% y valvulopatías con el 7% damos por entendido que la mayor causa de IC se comprende por cardiopatía isquémica sin anteponer otras causas subyacentes.

Relacionando con el cumplimiento terapéutico de nuestra población de paciente con Insuficiencia cardíaca, refleja que el 29% usa betabloqueantes, el 13% antagonista de la aldosterona y el 11% diuréticos por lo que podemos decir que hay un buen manejo respecto a estos medicamentos especialmente los betabloqueantes ya que es vital para el paciente con IC.

Además hemos realizado una matriz de observación directa en la cual valoramos los 11 patrones funcionales de M. Gordon, hemos evidenciado que el patrón más afectado en los pacientes con insuficiencia cardiaca es el Patrón 1, percepción manejo de la salud, con un 24% de toda nuestra población ^[33]. De hecho, es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la calidad de vida y así mismo, se considera la importancia vital de la intervención de un programa integral desde el punto de vista de enfermería ya que se “permite mejorar no sólo la calidad de vida de los pacientes sino su percepción de la enfermedad”.

CONCLUSIONES

1. Los datos de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca son: prevalece el sexo masculino, en un rango de edad de 51 - 70 años y conviven con los familiares. Presentan antecedentes de hipertensión arterial, disnea y edema; la etiología es de carácter isquémico e hipertensivo; se encuentran en tratamiento a base de betabloqueantes, ARA 2, estatinas, Antagonista del receptor Aldosterona y Diuréticos. En su mayoría, los pacientes no han utilizado dispositivos previos; el 100% de los pacientes han sido hospitalizados por la patología y en los últimos 12 meses solo un 37% de pacientes han tenido reingresos.
2. Se pudo observar que en nuestra valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, existe más prevalencia en el Patrón 1: Percepción de la salud, el cual se encuentra más afectado. Demostrado por el descuido de los pacientes a lo largo de la enfermedad y por otras condiciones desconocidas.
3. La valoración de enfermería realizada reflejaron los siguientes aspectos: IMC 18,5 – 24,9, considerada como estándar y aceptada para este tipo de pacientes. En relación a la medición de Presión Arterial prevalecen los valores de 120/20 mg/dl y 130/90 mg/dl; Frecuencia cardíaca entre 60-79 latidos por minuto; Frecuencia respiratoria entre 16-20 por minuto; Normotérmico con valores 36-36,9°C y Saturación de oxígeno de 90-99%. Es aquí, donde enfermería cumple un papel importante ya que una buena valoración del personal enfermero, mediante el conocimiento de la fisiopatología de la IC y una adecuada valoración detectando algún fallo que el paciente este presentando, mediante sus controles se podrá dar una atención oportuna y adecuada para la recuperación de los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que el personal de enfermería mediante una buena valoración al paciente podrá detectar factores de riesgo en él, para que así el paciente mejore en todos sus controles.
- Todo el personal que labore en el área debe profundizar más el conocimiento científico de enfermedades cardiovasculares como lo es la Insuficiencia Cardíaca, para así brindar a los pacientes una buena atención y poder así despejar dudas que tengan sobre su patología, brindándonos la confianza.
- Recibir capacitaciones para una educación continua respecto al buen manejo y valoración por patrones de los pacientes.
- Los pacientes con IC deben acudir a sus respectivos controles, para así poder observar y valorar la mejoría en el tratamiento.
- Tener un buen estilo de vida ayudara a los pacientes para que no desencadenar futuras descompensaciones en la salud.
- Proporcionar al insuficiente cardíaco un entorno seguro, de relajación, que pueda colaborar con nosotros y obtener mejor información para la recolección de los datos necesarios.
- A futuros profesionales de enfermería, deben reconocer factores asociados a la enfermedad, como valorar correctamente y colaborar con la persona a identificar estrategias para garantizar una mejoría al paciente con IC.

GLOSARIO

VALORACIÓN ENFERMERÍA: Se considera la base fundamental para identificar necesidades propias del paciente tanto fisiológico como emocional; de la asertividad de los datos recopilados depende la priorización de diagnósticos y la pronta ejecución de actividades de intervención que contribuirán de manera positiva en el proceso de recuperación de los pacientes [41].

INSUFICIENCIA CARDIACA: Se interpreta actualmente como un síndrome que implica disfunción cardíaca que produce mala perfusión de órganos periféricos en relación con su demanda metabólica, como consecuencia de procesos que afectan, de forma primaria o secundaria, la capacidad del corazón para llenarse o vaciarse adecuadamente [42].

HOSPITALIZACIÓN: La historia natural de la enfermedad en algunos casos obliga a que la persona sea recluida en un hospital. Durante dicha hospitalización pueden existir políticas y procedimientos que pueden ser perjudiciales para la recuperación del paciente, interfiriendo en la capacidad del individuo para ajustarse a su nueva situación. Algunas medidas restrictivas como la elección de la dieta, vestuario, privacidad, pueden dominar la vida del paciente al entrar al hospital [43].

FISIOPATOLOGÍA: Es la ciencia que estudia los mecanismos básicos (análisis funcional) de la alteración patológica (enfermedad) e interrelaciona función, alteración funcional, consecuencias (de la alteración de la función) y expresión clínica (signos y síntomas) [44].

PATRONES FUNCIONALES: Describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones dela enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones. ^[45]

BIBLIOGRAFÍA

- [1] M. Adriana, «Proceso de atención de enfermería,» 18 Enero 2018. [En línea]. Available: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/procesosdeatenciondeenfermeria/>.
- [2] «Valoración enfermera,» 16 Enero 2018. [En línea]. Available: http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf.
- [3] U. Villero, A. Mercedes, M. Castaño, K. Carmen, R. Criado y C. Andrés, «Management of acute heart failure in the emergency department: drug therapy approach,» *Medicas UIS*, pp. 69-79, 2013.
- [4] P. Conthe, «La insuficiencia cardíaca en los servicios de medicina interna (estudio SEMI-IC),» *Med. Clínica*, pp. 605-610, 2002.
- [5] A. Sanchez, C. Leiro, E. Galván y M. navarro, «Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años,» *Rev. Esp. Cardiol*, pp. 1041-9, 2008.
- [6] A. Ciapponi, A. Alcatraz, M. Calderón, M. Matta, M. Chaparro y N. Soto, «Carga de enfermedad de la insuficiencia cardíaca en América Latina: revisión sistemática y metanálisis.,» *Rev Esp Cardiol*, pp. 1051-60, 2008.
- [7] «Ecuador gasta 615 millones en enfermedades cardíacas,» 16 enero 2018.
- [8] «En Ecuador la falla cardíaca es del 8%,» *El telégrafo*, 2014.
- [9] R. Pérez, M. García y F. D. Castillo, «Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria,» *Revista de Enfermería Comunitaria SEAPA*, vol. 1, nº 2, pp. 9-26, 2013.
- [10] C. D. López, «Congresos Pérdida de peso en pacientes obesos con insuficiencia cardíaca y pronóstico,» *Revista Española de Cardiología*, p. 1, 2015.
- [11] J. C. Rubio, «Enfermero en el Centro de Salud de Torrijos.,» de *Enfermería en Cardiología*, Valencia, Sékar Artesans, 2016, pp. 30-39.
- [12] A. Sánchez, C. Gallardo, L. Argoitia, L. Quintas, C. Goena, I. Lluís, R. García y J. Taboada, «Implantación de una herramienta para la

valoración de enfermería en la consulta de insuficiencia cardíaca de la OSI DEBABARRENA,» *Revista Española de Cardiología*, 2017.

- [13] J. Olmos, P. Madrid, G. Mejía y M. Narváez, «Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca,» *Repertorio de Medicina y Cirugía*, vol. 25, nº 2, pp. 89-94, 2015.
- [14] M. d. C. Jiménez, «Plan de Cuidados estandarizado en un paciente con insuficiencia cardíaca (IC) en Atención Primaria (AP),» *Revista REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, vol. 6, nº 2, pp. 1-36, 2014.
- [15] Nursing Reference Center, «Insuficiencia Cardíaca,» 2018.
- [16] J. Segovia, A. Pulpón, L. Rivera, R. Pereira y L. Silva, «Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca,» *Revista Española de Cardiología*, vol. 57, nº 3, pp. 250-9, 2004.
- [17] «ebrary ProQuest,» 18 enero 2018.
- [18] Nursing Reference Center, «Insuficiencia cardíaca en adultos mayores,» 18 enero 2018.
- [19] A. Sanchez y S. Ojeda, «Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca diastólica,» *Revista Española de Cardiología*, vol. 57, nº 6, pp. 570 -575, 2004.
- [20] D. Teresa, «Tratamiento diurético de la insuficiencia cardíaca,» *Science Direct*.
- [21] C. Fernandez y C. Gallego, «Utilidad Terapéutica de los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina».
- [22] J. Cleland, «Papel de los ARA-II en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca: ¿Qué dicen las guías de práctica clínica?,» *Revista Española de Cardiología*, pp. 58-72, 2006.
- [23] V. Rotellar, A. Barroso, M. Bernáldez, M. Dominguez y M. Pie, «Betabloqueantes en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca estable en la atención primaria,» *Revista Española de Cardiología*, pp. 1141-1148, 2009.
- [24] D. Somma y L. Margrini, «Tratamiento Farmacológico en la Insuficiencia Cardíaca Aguda,» *Revista Española de Cardiología*, pp. 706-713,

2015.

- [25] P. Ponikowski y E. Jankowska, «Anticoagulación para pacientes con insuficiencia cardíaca en ritmo sinusal, habitual en la práctica clínica pero aún no basada en la evidencia,» *Revista Española Cardiología*, pp. 687-689, 2012.
- [26] A. Barrios, «Estatinas en la insuficiencia cardíaca,» *Insuficiencia Cardíaca*, pp. 137-138, 2006.
- [27] R. Casado, M. Muñoz y A. Lanas, «Antiagregantes plaquetarios e inhibidores de la bomba de protones. ¿Cómo optimizar el riesgo-beneficio en los pacientes con riesgo cardiovascular y riesgo de hemorragia gastrointestinal?,» *Gastroenterol Hepatol*, pp. 478-91.
- [28] Nursing Reference Center, «Insuficiencia Cardíaca; Tratamiento de resincronización cardíaca».
- [29] O. M. d. I. Salud, «10 datos sobre la Obesidad,» [En línea]. Available: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.
- [30] A. Aguayo P y A. P. Lagos T., «Guía de control de Signos Vitales,» [En línea]. Available: <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>.
- [31] M. Gordon, «Patrones Funcionales,» [En línea]. Available: http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf.
- [32] G. Fonseca, «Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior,» *Revista Cuba Enferm*, vol. 15, nº 1, pp. 10-6, 1999.
- [33] Fonseca, «Patrones Funcionales,» vol. http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf.
- [34] F. E. Acevedo Gamboa, J. C. Diaz Alvarez y C. Ortiz Suarez, «Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad crónica,» 21 Febrero 2018. [En línea]. Available: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a13.pdf>.
- [35] C. A. Olarte, «Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia

cardíaca congestiva,» 21 Febrero 2018.

- [36] P. Ortiz, «Dispositivos para insuficiencia cardiaca,» 2016.
- [37] C. Carrasco y A. Villeda, «Marcapasos Cardíacos Permanentes,» [En línea]. Available: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2000/pdf/Vol68-3-2000-6.pdf>.
- [38] Asamblea Nacional, «Constitución del Ecuador,» 2008.
- [39] Congreso Nacional, «LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,» 2013.
- [40] Congreso Nacional, «LEY ORGÁNICA DE SALUD,» 2006.
- [41] Ariana, «Valoración inicial de enfermería,» 2013. [En línea]. Available: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/valoracion-inicial/>.
- [42] N. Exósito, J. Cordiés, N. Rosello, J. Sanchez y N. Villavicencio, «Insuficiencia cardíaca crónica,» 2001. [En línea].
- [43] «Comodidad del paciente hospitalizado,» 2014. [En línea]. Available: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-42/comodidad-del-paciente-hospitalizado/>.
- [44] «Conceptos Básicos de fisiopatología,» 3 Marzo 2018. [En línea]. Available: <https://mrobs.files.wordpress.com/2011/11/0-conceptos-basicos-de-fisiopatologia.pdf>.
- [45] M. Gordon, «Valoracion Patrones Funcionales M. Gordon,» [En línea]. Available: <https://es.scribd.com/document/49174696/VALORACION-PATRONES-FUNCIONALES-M-GORDON>.

ANEXOS

ANEXO 1: IMÁGENES CON LA COMUNIDAD PARA LA RECOLECCION DE DATOS Y VISITA A LA INSTITUCION



Clínica de proceso asistencial en Insuficiencia Cardiaca del área de Cardiología en el Hospital Luis Vernaza



Encuesta a pacientes que acuden a realizarse control de IC



Encuesta a pacientes que acuden a realizarse control de IC

ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma del Proyecto de Tesis																
Tema: “VALORACION DE ENFERMERIA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”																
2017																
Tiempo																
Mes/ Semana																
Actividades	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Selección del problema		x														
Desarrollo del problema			x													
Recolección de datos				x												
Marco teórico					x											
Elaboración del documento					x											
Entrega de documento						x										
Corrección del documento						x										
Entrega de trabajo final I parcial							x									
Recolección de nuevos datos									x	x						
Entrega de trabajo corregido													x			
Entrega de trabajo final a secretaria															x	

ANEXO 3: RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS
Directora de carrera: Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Tutora: Lcda. Fanny Ronquillo de León Mgs.
Médico tratante de área: Dr. Ernesto Peñaherrera
Jefa encargada del área: Lcda. Zoraida Vargas
Estudiante para Enfermería Profesional
Lady Loor Cevallos – Mike Campoverde Matute
Tutora:
Lic. Fanny Ronquillo de León Mgs.

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MATRIZ DE OBSERVACIÓN DIRECTA

Formulario No. 00__

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON		
VALORACION POR PATRONES	AFECTADO	NO AFECTADO
Patrón 1: Percepción de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 2: Nutricional - Metabólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 3: Eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 4: Actividad - Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 5: Sueño - Descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 7: Auto percepción – Auto concepto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 8: Rol - Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 9: Sexualidad - Reproducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 10: Tolerancia al estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrón 11: Valores - Creencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“VALORACIÓN DE ENFERMERIA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN
HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.2017”

ENCUESTA

OBJETIVO: Recopilar información para definir datos que serán aplicados en el proyecto de investigación.

INSTRUCCIONES:

- Esta encuesta va dirigida directamente a pacientes del área de cardiología respecto a su enfermedad (IC)
- Lea detenidamente cada consigna y responda con una X.
- Las preguntas solo tienen una sola respuesta.

DATOS PERSONALES

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

HC: _____

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

Género:

- Femenino
- Masculino

Edad

- 30-50 años ___
- 51-70 años ___
- >71__

Características de vida

- Vive solo
- Vive con Familiares
- Cuidadores terciarios

Medidas antropométricas importantes en IC

Peso: IMC: Perímetro
Talla: Abdominal:

Signos vitales

T/A: FC: T°: FR: SAT O₂:

Antecedentes Personales Patológicos y No Patológicos

- HTA
- Dislipidemias
- Alcoholismo
- DM tipo 1
- DM tipo 2
- Tabaquismo
- Drogas Ilícitas
- Sedentarismo

Sintomatología actual

- Disnea
- Fatiga
- Bendopnea
- Ortopnea
- Palpitaciones
- Ingurgitación yugular
- Ascitis
- Tos
- Angina
- Nicturia
- Síncope
- Edemas
- Asintomático

Antecedentes de IC

Hospitalización por IC:

- Si No

Hospitalización por IC (en los últimos 12 meses):

- Si No

Etiología de la IC

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Chagásica | <input type="checkbox"/> Congénita |
| <input type="checkbox"/> Isquémica | <input type="checkbox"/> Tóxica | <input type="checkbox"/> Desconocida |
| <input type="checkbox"/> Hipertensiva | <input type="checkbox"/> Valvular | <input type="checkbox"/> Periparto |
| <input type="checkbox"/> Idiopática | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Otra |

Cumplimiento terapéutico

- Diurético
- IECA
- ARA2
- Betabloqueadores
- Vasodilatadores
- Antiagregantes plaquetarios
- Digitálicos
- Antagonista del receptor de aldosterona
- Estatinas
- Anticoagulantes

Dispositivos previos:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MPD Unicameral | <input type="checkbox"/> Resincro |
| <input type="checkbox"/> MPD Bicameral | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> CDI | |

ANEXO 5: AUTORIZACIONES Y APROBACIONES



**HOSPITAL
LUIS VERNAZA**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

HLV-DOF-CC-009
Guayaquil, 23 de Febrero de 2018

Señorita
Lady Denisse Loor Cevallos
Investigador Principal

Señor
Mike Christopher Campoverde Matute
Investigador Principal
Ciudad.

Estimados Señores:

Me permito informar a ustedes que el Proyecto de Investigación "VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. 2017", con fecha 05 de febrero de 2018, fue aprobado por el Comité Científico, con el fin de que se lleve a cabo dentro del Hospital Luis Vernaza.

Solicito a ustedes comunicar al Comité el inicio, ejecución del proyecto y cualquier circunstancia que se observe mientras se efectúa el proyecto a su cargo.

Atentamente,

PRESIDENTE
COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Enrique Uraga Pazmiño
Presidente Comité Científico
euruga@jbqye.org.ec
PBX 256300 Ext. 3029

Copia: Dr. Joseph Mc Dermott Molina - Director Técnico
Dr. Rodolfo Farfán Jaime - Jefe del Departamento de Docencia Hospitalaria
Dr. Daniel Tettamanti Miranda - Jefe del Departamento de Investigación Médica
Lcda. María Elena Bastidas - Coordinadora del Departamento de Archivo Clínico y Estadística.

EU/Erika D.



HOSPITAL
LUIS VERNAZA
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Guayaquil, febrero 5 del 2018

Señores
Comisión Científica

De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a ustedes que he procedido a la revisión del Proyecto de investigación de los Srs. Campoverde Matute Mike Christopher y Loor Cevallos Lady Denisse, como requisito previo para la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA con el tema:

“VALORACION DE ENFERMERIA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. 2017”

Siendo un estudio tipo observacional se han realizado las correcciones pertinentes, por lo tanto pasa a su conocimiento para su evaluación y aprobación definitiva.

Las investigadoras se comprometen a presentar los respectivos avances del estudio a este departamento.

Atte

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA

Dr. Daniel Tettamanti Miranda
JEFE DEL DPTO. DE INVESTIGACIÓN
REG. MSP: 1. 1. 32. 0014 REG PROF.: 4504

Dr. Daniel Tettamanti M.
Jefe del Dpto. de Investigación Médica
dtettamanti@central.jbgye.org.ec
PBX: (593) 4 2560300 Ext. 2404

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA
COMITÉ CIENTÍFICO

 22 FEB 2018
POR: 
HORA: 9:21
RECIBIDO

GUAYAQUIL, 23 DE NOVIEMBRE DEL 2017

DR. Joseph MC Dermott Molina

Director del Hospital Luis Vernaza

En su despacho.-



De nuestras consideraciones:

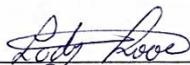
Nosotros, el Sr. **MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE** con CI: **0930669726** y la Srta. **LADY DENISSE LOOR CEVALLOS** con CI: **0929636561**, estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Concedores de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere; nos permitimos solicitar a usted la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema **“VALORACION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA”** durante el periodo octubre 2017 – marzo 2018, en la institución que usted dirige.

En el proceso de elaboración y recolección de datos (Encuestas/ Observación Directa) del presente estudio; se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los estudiantes investigadores.

Retribuyendo a la presente, aprovechamos la oportunidad para reiterarle nuestro agradecimiento.

Atentamente,



LADY LOOR CEVALLOS
CI: 0929636561
E-MAIL: lady_denisse_loor_cevallos@hotmail.com
CEL.: 0996663203



MIKE CAMPOVERDE MATUTE
CI:0930669726
E-MAIL: campoverde1995@hotmail.com
CEL.: 0982958350



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



GUAYAQUIL, 29 DE NOVIEMBRE DEL 2017

Dr. Ernesto Peñaherrera
Jefe del area de Cardiología del Hospital Luis Vernaza
En su despacho.-

De nuestras consideraciones:

Nosotros, el Sr. **MIKE CHRISTOPHER CAMPOVERDE MATUTE** con CI: **0930669726** y la Srta. **LADY DENISSE LOOR CEVALLOS** con CI: **0929636561**, estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Conocedores de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere; nos permitimos solicitar a usted la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema **“VALORACION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL AREA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA”** durante el periodo octubre 2017 – marzo 2018, en la institución que usted dirige.

En el proceso de elaboración y recolección de datos (Encuestas/ Observación Directa) del presente estudio; se guardará en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los estudiantes investigadores.

Retribuyendo a la presente, aprovechamos la oportunidad para reiterarle nuestro agradecimiento.

Atentamente,

LADY LOOR CEVALLOS
CI: 0929636561
E-MAIL: lady_denisse_loor_cevallos@hotmail.com
CEL.: 0996663203

MIKE CAMPOVERDE MATUTE
CI:0930669726
E-MAIL: campoverde1995@hotmail.com
CEL.: 0982958350

Aprobado por el Comité de Investigación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **LOOR CEVALLOS LADY DENISSE** con C.C: 0929636561 autor/a del trabajo de titulación: **“VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.2017”** previo a la obtención del título de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **(05)** de **(marzo)** de **(2018)**

f. _____

Nombre: **LOOR CEVALLOS LADY DENISSE**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER** con C.C: 0930669726 autor/a del trabajo de titulación: **“VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.2017”** previo a la obtención del título de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **(05)** de **(marzo)** de **(2018)**

f. _____

Nombre: **CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER**

C.C: **0930669726**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	"VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A INSUFICIENTES CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.2017"		
AUTORES:	LOOR CEVALLOS LADY DENISSE - CAMPOVERDE MATUTE MIKE CHRISTOPHER		
REVISOR/TUTORA:	LIC. FANNY RONQUILLO DE LEON MGS		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS		
CARRERA:	ENFERMERIA		
TITULO OBTENIDO:	LICENCIATURA EN ENFERMERIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 DE MARZO DEL 2018	No. DE PÁGINAS:	94 pag
ÁREAS TEMÁTICAS:	SALUD Y BIENESTAR HUMANO EN LA SUB-LÍNEA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS		
PALABRAS CLAVES:	INSUFICIENCIA CARDIACA, VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, HOSPITALIZACIÓN, FISIOPATOLOGÍA		
<p>RESUMEN: La Insuficiencia Cardiaca (IC) se define como la incapacidad del corazón de bombear un suministro suficiente de sangre al cuerpo para cumplir las necesidades de oxigenación de los tejidos periféricos, como resultado de insuficiencias diastólica y sistólica. Se realiza un estudio sobre Valoración de enfermería a insuficientes cardiacos en un hospital de la ciudad de Guayaquil; OBJETIVO: Realizar valoración de enfermería a insuficientes cardiacos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil; DISEÑO: Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. La técnica utilizada fue la encuesta dirigida a la población objeto de estudio. El instrumento de recolección de información fue un cuestionario de preguntas y una matriz de observación directa. Población: 59 pacientes. RESULTADOS: Entre los datos personales: 66% sexo masculino y 34% femenino; rango de edad de 51-70 años. En su gran mayoría conviven con familiares. Antecedentes personales: 47% de Hipertensión arterial y 16% Alcoholismo, presentan disnea en un 33% y son asintomáticos en un 31%. Etiología: Isquémica con un 56%. Cumplimiento terapéutico: 29% con betabloqueantes; Antagonistas del receptor de Aldosterona 13%; Estatinas 12%. Sin uso de dispositivos previos. Hospitalizados de 1 a 2 ocasiones por la patología. Patrones funcionales afectados: Precepción Manejo de la Salud. CONCLUSIÓN: Es importante la valoración de enfermería ya que se han detectado diferentes aspectos en este tipo de pacientes, para de esas forma establecer las intervenciones dependientes, independientes e interdependientes.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996663203 - 0982958350	E-mail: lady_denisse_loor_cevallos@hotmail.com campoverde1995@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA MSC.		
	Teléfono: 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			