



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN

ENFERMERÍA

TEMA

**INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA
RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE
CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS
N°1, QUITO. ECUADOR**

AUTORES

BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA

ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

TUTOR

PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA

BABAHOYO - LOS RÍOS – ECUADOR

2018- 2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN

ENFERMERÍA

TEMA

INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR

AUTORES

BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA

ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

TUTOR

PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA

BABAHOYO - LOS RÍOS – ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**LCDA. MARTIN ESTEVEZ LIZZETTE, MSC.
DECANA O DELEGADO(A)**

**LCDA. ACOSTA GAIBOR MONICA PATRICIA, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO(A)**

**DRA. AIDA CASTRO POSLIGUA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO(A)**

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaramos ser autores del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Licenciado (s) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de nuestra labor investigativa.

Así mismo damos fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizamos en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autores

Bryan Benavides Espinosa

C.I: 1206615484

Bryan B. d

Firma

Andrés Penabaz Acosta

C.I: 120662231

Andrés Penabaz

Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **MARITZA GALLEGOS ZURITA**, PhD, en calidad de tutora del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas n°1, Quito, Ecuador**, elaborado por los estudiantes **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de Abril del año 2019.

BIOL. MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD
CI.1203077902

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ULTIMA ETAPA TESIS.docx
(D50389856) Submitted: 4/9/2019 3:36:00 AM
Submitted By: andreabpa31@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Tesis TIMI vs GRACE Cap 1 y 2.docx
(D37972410) bdc65668-a469-4bda-b451-
31c0f1d97132

Instances where selected sources appear:

2


BIOL. MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD
CI.1203077902

DEDICATORIA

En primer lugar, dedicamos el presente proyecto de investigación a Dios por siempre estar con nosotros ante tantas pruebas y adversidades y nunca dejarnos solos, por permitirnos pasar por varias lecciones y así convertirnos en la mejor versión de nosotros mismos.

A nuestros padres que siempre nos han apoyado incondicionalmente, confiado en nosotros cuando nadie más lo hizo y enseñarnos el camino a ser mejores personas y a nunca rendirnos aunque todo parezca perdido.

Y nuestros familiares que de una u otra forma nos brindaron ese apoyo, sobre todo cuando estuvimos tan lejos de nuestros hogares y nos obsequiaron un espacio dentro del suyo y así sentirnos en familia.

BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA

ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

AGRADECIMIENTO

Con mucho amor y respeto queremos agradecer a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto de nuestra carrera y nuestras vidas, por habernos dado la salud para cumplir nuestros objetivos y sobre todo por su infinita bondad y amor.

A nuestros padres, hermanos y demás familiares por su apoyo constante que nos hicieron sentir que nunca estábamos solos, brindándonos su comprensión, animos y valor para seguir sin detenernos hasta llegar a cumplir el objetivo tan anhelado en nuestra carrera.

A la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo que nos abrió las puertas y a todos sus docentes que nos brindaron su mano amiga para que podamos recibir ese conocimiento que nos sirvió para convertirnos en los profesionales de calidad que siempre hemos querido ser.

Al Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito que nos permitió realizar nuestro internado rotativo y posteriormente nuestra investigación en sus instalaciones, especialmente a las Licenciada Jenny María Pozo Herrera que fue nuestra maestra y amiga y la Licenciada Patricia Urgiles por la ayuda durante la realización del presente proyecto.

A nuestra tutora Biol. Maritza Gallegos Zurita que nos guio en el sendero correcto durante las tutorías con una excelente calidad de enseñanza y comprensión.

BRYAN VICNETE BENAVIDES ESPINOZA

ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

TEMA:

**INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA
RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE
CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS
ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR**

RESUMEN

La investigación plantea sobre una cardiopatía que está a la vista de muchos y a desconocimiento de pocos ya que puede existir de forma asintomática como la Hipertensión Arterial, lo que la ubica como motivo de consulta más común en servicios de consulta externa de cardiología en el Ecuador, además, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el continente americano y también en el país.

El objetivo de la investigación es determinar los componentes de un plan estandarizado que permitan la mejora en el proceso de recuperación de salud de los pacientes cardiopatas en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito en el periodo enero-marzo 2019.

La presente está encaminada bajo el método analítico-descriptivo, transversal debido a que se analizaron los datos obtenidos de la población dentro del periodo de tiempo indicado en el tema.

Llegando a obtenerse los siguientes resultados, del total de 37 usuarios, 32 aceptaron participar en la técnica de investigación, obteniéndose datos en su mayoría satisfactorios.

Se concluye que la determinación de estos componentes pronostica un impacto positivo en la aplicación, ejecución y evaluación de dicho plan.

Palabras Clave

Cardiopatía, Plan estandarizado, Cardiovasculares, Rehabilitación cardiaca.

SUMMARY

The investigation is about a cardiopathy that is in the sight of many and unknown to few because it can exist asymptotically as Arterial Hypertension, which positions it as the most common reason for consultation in outpatient cardiology services in Ecuador, in addition, cardiovascular diseases are the first cause of death in the American Continent and also in the country.

The objective of the investigation is to determine the components of a standardized plan that will allow the improvement in the process of recovery of the health of the cardiac patients in the Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito in the period January-March 2019.

The present one is directed under the analytical-descriptive method, transverse because the data obtained from the population were analyzed inside the period of time indicated in the topic.

The following results were obtained, of the total of 37 users, 32 accepted to participate in the investigation technique, obtaining mostly satisfactory data.

It is concluded that the identification of these components predicts a positive impact on the implementation, execution and evaluation of the plan.

Keywords

Cardiopathy, Standardized Plan, Cardiovascular, Cardiac Rehabilitation.

INDICE

Contenido

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	II
TEMA:	III
INTRODUCCIÓN.....	vi
1. PROBLEMA.....	1
1.1. Marco Contextual	1
1.1.2. Contexto Internacional.....	1
1.1.3. Contexto Nacional.....	1
1.1.4. Contexto Regional.....	2
1.1.5. Contexto Local y/o Institucional.....	2
1.1.5.1. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO	3
1.2. Situación problemática.....	6
1.3. Planteamiento del problema.....	6
1.3.1. Problema general	7
1.3.2. Problemas Derivados	7
1.4. Delimitación de la Investigación	7
1.5. Justificación.....	8
1.6. Objetivos.....	10
1.6.1. Objetivo General.....	10
1.6.2. Objetivos Específicos	10
CAPITULO II	11
2. MARCO TEORICO O REFERENCIAL.....	11
2.1. Marco teórico.....	11
2.1.1. Aplicación de Plan de Cuidados Estandarizado	11
2.1.1.2. Principios en los que se sustentan	11
2.1.1.3. Líneas de Actuación	12
1. Selección de estrategias	12
2. Criterios para priorizar los procesos a estandarizar.	12
3. Criterios mínimos de elaboración.....	13

4. Fase de difusión, implantación, adecuación y seguimiento de los cuidados estandarizados en los hospitales y/o unidades.....	13
5. Fase de evaluación.....	13
2.1.2. Cardiopatía.....	14
2.1.2.6. Causas.....	33
2.1.2.7. Factores de Riesgo.....	34
2.1.2.9. Proceso de recuperación del paciente cardíopata.....	35
2.1.2.9.3.1. Acciones de Enfermería (Roles dentro del proceso).....	35
2.1.2.9.3.2. Educación.....	38
2.1.2.9.3.2.1. Actividades educativas en rehabilitación cardiaca.....	39
2.1.3. Marcos conceptuales.....	41
2.1.4. Antecedentes Investigativos.....	42
2.1.5. Hipótesis General.....	43
2.2. Variables.....	43
2.2.1. Variable Independiente.....	43
2.2.2. Variable dependiente.....	43
2.3.3. Operacionalización de las variables.....	43
Tabla 2 Operacionalización de variables.....	44
CAPITULO III.....	45
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	45
3.1. Método de Investigación.....	45
3.2. Modalidad de investigación.....	45
3.3. Tipo de investigación.....	45
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	45
3.4.1. Técnicas.....	45
3.4.2. Instrumentos.....	46
3.5. Población y muestra de Investigación.....	46
3.5.1. Población.....	46
3.6. Cronograma del proyecto Tabla 3 Cronograma del proyecto.....	48
3.7. Recursos y presupuesto.....	50
3.7.1. Recursos Humanos.....	50
TABLA 4 RECURSOS HUMANOS.....	50
Tabla 5 Recursos económicos.....	50

3.8. Plan de tabulación y análisis.....	51
3.8.1. Base de Datos	52
3.8.2. Procesamiento y Análisis de Datos.....	53
CAPITULO IV.....	54
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	54
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	54
4.2. Análisis e Interpretación de Datos.....	54
4.2.1. ACTIVIDADES QUE DEBE CONTENER UN PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE CARDÍOPATA CON HIPERTENSION ARTERIAL	55
Gráfico 1 Realización de Actividad Física	57
Gráfico 2 Educación sobre alimentación.....	57
Gráfico 3 Educación sobre Ejercicio	58
Gráfico 4 Educación sobre medicación.	59
Gráfico 5 Conocimiento ante educación sobre toma y registro de Tensión Arterial.....	59
Gráfico 6 Conocimiento de patología: dolor de pecho.	60
Gráfico 7 Conocimiento de Patología: Cansancio repentino	60
Gráfico 8 Conocimiento de patología: dolor de cabeza fuerte	61
Gráfico 11 Conocimiento de factores de riesgo: Obesidad.....	62
Gráfico 12 Conocimiento de factores de riesgo: Diabetes.....	63
Gráfico 13 Conocimiento de factores de riesgo: Tabaquismo.	63
Gráfico 14 Evaluación del nivel de comprensión de instrucciones e información brindada durante la entrevista.....	64
4.2.2. Dificultades presentes por la ausencia de un plan estandarizado postconsulta.....	64
Gráfico 15 Frecuencia de las complicaciones.....	65
4.2.3. Beneficios de la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en pacientes cardiopatas con Hipertensión Arterial.	66
Gráfico 16 Adherencia al tratamiento.....	66
4.2.4. Componentes del plan estandarizado postconsulta que permitan mejorar los procesos de recuperación de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019.....	66
4.2.5. Comprobación de hipótesis	67
Gráfico 17 Relación existente entre la adherencia al tratamiento con la aplicación de instrucciones.	68

Gráfico 18 Relación entre nivel de comprensión de instrucciones y adherencia al tratamiento 68

4.4. Recomendaciones.....	70
CAPITULO V.....	71
5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN	71
5.1. Título de la Propuesta de Aplicación	71
5.2. Antecedentes.....	71
5.3. Justificación.....	72
5.4. Objetivos.....	72
5.4.1. Objetivo General.....	72
5.4.2. Objetivos específicos	72
5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación	73
5.5.1. Estructura General de la propuesta	73
5.6. Resultados Esperados de la Propuesta de Aplicación	74
5.6.1. Alcance de la alternativa	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de los valores de presión arterial (OMENT, 2017).....	27
Tabla 2 Operacionalización de variables.....	44
Tabla 3 Cronograma del proyecto.....	48
Tabla 4 Recursos Humanos	50
Tabla 5 Recursos económicos	50
Tabla 6 Datos demográficos de la población.	54
Tabla 7 Actividades incluidas en el PAE Hipertensión arterial.	55

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Realización de Actividad Física	57
Gráfico 2 Educación sobre alimentación.....	57
Gráfico 3 Educación sobre Ejercicio	58
Gráfico 4 Educación sobre medicación.	59
Gráfico 5 Conocimiento ante educación sobre toma y registro de Tensión Arterial.....	59
Gráfico 6 Conocimiento de patología: dolor de pecho.	60
Gráfico 7 Conocimiento de Patología: Cansancio repentino	60
Gráfico 8 Conocimiento de patología: dolor de cabeza fuerte	61
Gráfico 9 Conocimiento de patología: sudoración excesiva	61
Gráfico 10 Conocimiento de patología: zumbidos en los oídos.....	62
Gráfico 11 Conocimiento de factores de riesgo: Obesidad.....	62
Gráfico 12 Conocimiento de factores de riesgo: Diabetes.....	63
Gráfico 13 Conocimiento de factores de riesgo: Tabaquismo.	63
Gráfico 14 Evaluación del nivel de comprensión de instrucciones e información brindada durante la entrevista.....	64
Gráfico 15 Frecuencia de las complicaciones.....	65
Gráfico 16 Adherencia al tratamiento.....	66
Gráfico 17 Relación existente entre la adherencia al tratamiento con la aplicación de instrucciones.	68
Gráfico 18 Relación entre nivel de comprensión de instrucciones y adherencia al tratamiento	68

INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016), las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte en el Ecuador. Desde hace más de 5 años ha ocupado este puesto a nivel nacional y se está tratando de implementar nuevos programas de recuperación y prevención cardiaca para disminuir estas cifras.

Una de ellos es la iniciativa planteada en muchos hospitales llamado Plan postconsulta, que consiste en un documento o registro escrito sobre todas las intervenciones en enfermería ante la patología, una vez que haya acudido al servicio de consulta externa con su médico especialista en este nivel de atención.

La determinación de los componentes de un plan estandarizado postconsulta en los servicios de consulta externa de una institución de salud pública o privada ofrece al profesional de Enfermería un amplia gama para la adquisición de conocimientos, así como el desarrollo de destrezas y habilidades en la atención primaria de salud al paciente que requiere satisfacer sus necesidades y para ello acude al/la enfermero/a, puesto que solo él/ella es capaz de darle la información que requiere con los métodos didácticos de aprendizaje más oportunos para lograr una mejor comprensión de aquellas instrucciones de educación para la salud y a la vez la aceptación de la enfermedad, así como el manejo correcto de los factores de riesgo y/o complicaciones que ellos conllevan.

Los aspectos a considerar se basan desde las técnicas de aprendizaje, capacidades adquiridas durante su vida, e incluso la intervenciones de enfermería propuestas por el manual de clasificación NIC (Bulechek G, Butcher Howard, Dochterman Joanne, Wagner C, 2014)

Hay estudios en la actualidad sobre la estandarización de planes de cuidados en enfermería en cardiología, mostrando impactos positivos en la descripción final de sus investigaciones plasmados en sus artículos científicos.

Por lo tanto los investigadores que proponen el tema a continuación se sienten motivados al formar parte de una iniciativa que está tomando fuerza a nivel internacional.

CAPITULO 1

1. PROBLEMA

1.1. Marco Contextual

1.1.2. Contexto Internacional

En el 2017 se hizo una publicación de parte de la Organización Panamericana de la Salud en la que informa sobre los Indicadores básicos de salud a nivel de las Américas con datos finales del 2015, principalmente, pues también presenta cifras de otros años corregidas de países por subregistro.

El informe expresa que a nivel del Continente Americano, las enfermedades isquémicas del corazón, ocupan una tasa de mortalidad, ajustada por edad (por cada 100.00 habitantes) de 84.7% en hombres, mientras que en mujeres aparece un 45,0%, dando un media aproximada de 62,8% a nivel general. (OPS Salud, 2017, p. 9)

En lo que respecta a los países América Latina, la tasa es de 87,6% en hombres y un 48,8% en mujeres, teniendo como media un 66,0%.

1.1.3. Contexto Nacional

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2016), mediante su plataforma T21|ableau Public, el Infarto Agudo de Miocardio ocupa el primer puesto en el perfil de mortalidad por sexo en el país, con datos de 3.497 hombres y 2.609 mujeres.

1.1.4. Contexto Regional

El MSP en el 2016 manifiesta que en la Región Interandina o Sierra aparecieron 996 muertes por Infarto Agudo de Miocardio en hombres y 754 muertes en mujeres, aun siendo la primera causa de muerte por sexo en el Ecuador.

1.1.5. Contexto Local y/o Institucional.

Hasta el año 2016, en Quito se han registrado 303 muertes por Infarto agudo de corazón en hombres, mientras que en mujeres se registran 215 fallecimientos (MSP, 2016)

En el año 2018, en el servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, se registraron 19367 atenciones en 248 días, de las cuales el 60,78% fueron por Hipertensión Esencial (Primaria); debido a que es un hospital de especialidades, todos los demás servicios que presta la institución realizan interconsultas a cardiología para autorizar o no algún procedimiento quirúrgico, lo que a su vez es la segunda causa de atención de consulta externa: Chequeo Pre quirúrgico con un 18,81% y la tercera causa de atención al servicio es la enfermedad Isquémica del corazón con un 3,61%.

Además, el sexo masculino registra mayor porcentaje de atención con un 52% frente a un 45% del sexo femenino. El grupo que más atención recibe son los adultos mayores con un 56,33%. (Hospital de Especialidades FFAA N°1, 2017).

1.1.5.1. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO

Experiencia y tecnología al servicio de la salud de los ecuatorianos, este es una idea que guía el trabajo del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas, desde su inicio.

El actual Hospital Militar funcionó en el antiguo San Juan de Dios para luego ocupar las instalaciones de la escuela militar, ubicada en donde hoy funciona el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Más tarde se trasladó al edificio construido en 1919 para el sanatorio de Tuberculosos y que luego ocupó el Grupo de Artillería Bolívar, en la loma de san juan. 1997 marca una nueva etapa; se inaugura su moderno, funcional y bien equipado edificio que servirá para la atención médica de los ecuatorianos. En los años que siguieron se implementaron varias especializaciones y servicios sofisticados equipos, lo cual le confirió el prestigio de que hoy goza.

En 1996 el hospital abre sus puertas a la comunidad civil proporcionando atención de calidad con calidez. Actualmente se considera como uno de los mejores Hospitales del Ecuador gracias a su continuo mejoramiento.

1.1.5.1.1. Historia

Finalizada la Batalla de Pichincha, el general Antonio José de Sucre dispuso que la parte sur del hospital San Juan de Dios, (calle García Moreno) provea de atención exclusivamente a los militares. El 27 de diciembre de 1918 tomó el nombre de hospital territorial del Ejército y funcionó donde hoy se encuentra el edificio del IESS-Quito, en la avenida 10 de agosto y Bogotá. Aproximadamente, en 1936 pasó a ocupar la sede del Grupo de Artillería Bolívar, situado en las inmediaciones de la colina del barrio San Juan. Esta etapa se caracteriza por la incorporación de

especialidades, las que alcanzan un importante grado de desarrollo que le permite al hospital adquirir un gran prestigio, hasta convertirlo en uno de los mejores del país.

En 1957, el Hospital Territorial N° 1 se convirtió en el Hospital General de las Fuerzas Armadas, siendo reestructurado orgánica, técnica y administrativamente, acorde a las necesidades de ese entonces, dependiendo del estado Mayor Conjunto. En 1977, se inauguraron las instalaciones que ocupa actualmente, localizado en la avenida Colombia 521 y Queseras del Medio. El asesoramiento administrativo de la American Medical Internacional, más el apoyo de la Honorable Junta de Defensa y el gobierno de ese entonces, permitió al país contar por primera vez con una organización hospitalaria al más alto nivel continental. En esta época despuntaron una serie de especialidades y subespecialidades, se implementaron nuevos servicios con modernas técnicas y los más sofisticados equipos. Actualmente, este hospital es considerado como uno de los mejores centros médicos del Ecuador.

1.1.5.1.2. MISION Y VISION

1.1.5.2.1. Misión

“Asegurar el apoyo de sanidad a las operaciones militares y proporcionar atención integral de salud de tercer nivel, con calidad y calidez, dentro del sistema de referencia y contra referencia, a todo el personal militar, dependiente, derecho habiente y civil, en el marco del sistema nacional de salud”.

1.1.5.2.2. Visión

Ser un Hospital Militar, Universitario, de especialidades, referente a nivel nacional, con un sistema de gestión de calidad, administrativo por procesos automatizado e integrados; con recurso humano comprometido, altamente capacitado; equipamiento e infraestructura modernos y especializados; con financiamiento sostenible y sustentable; que priorice el apoyo adecuado a las

operaciones militares y brinde atención medica efectiva y cálida, al personal militar y a la ciudadanía en general”.

1.1.5.1.3. Estructura

El hospital cuenta con dos edificios, el administrativo y de hospitalización de 12 pisos y el de Consulta Externa de 5 pisos cada uno de estos dispone de 2 parqueaderos en la parte posterior derecha del primer edificio. Cuenta con un comedor y con una guardería, exclusivamente para los hijos del personal del hospital.

1.1.5.1.4. Infraestructura

El hospital ofrece los servicios de emergencias, hospitalización y consulta externa. Además, los usuarios cuentan con el servicio del Banco General Rumiñahui, la cooperativa 29 de octubre y el apoyo de dos farmacias.

1.1.5.1.5. Servicios que presta

El Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas es una de las instituciones referente del Ecuador que, gracias a su mejoramiento continuo, se ha construido uno de los mejores centros de atención de tercer nivel. Ofrece servicios médicos respaldados por una tecnología de punta y cumple con indicadores internacionales, dando importancia a la prevención y al diagnóstico adecuado y oportuno

Esta casa de salud consta con:

- 32 especialidades
- 36 sub especialidades
- 256 camas para hospitalización
- 96 consultorios
- 26 salas de procedimiento

1.2. Situación problemática

En el servicio de consulta Externa de Cardiología del Hospital Militar de Quito no existe un plan estandarizado postconsulta para los pacientes que acuden a recibir la atención, tan solo reciben las indicaciones del especialista que los atendió ese día, pero de una forma en la que no todos comprenden, lo que conlleva a que acudan a consultarle al resto de personal que labora en el mencionado servicio, pero la información que les proporcionan no se interpretan de la manera que ellos esperan, lo que causa una confusión, llevándolos así a nuevamente pedir información sobre el tratamiento médico o farmacéutico a otro miembro del personal, aumentando o atenuando sus dudas.

1.3. Planteamiento del problema

Según un análisis de los estudios estadísticos realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC-2017), las enfermedades cardiovasculares han ocupado el primer puesto de causa de muerte en el Ecuador, por más de 10 años, tanto en hombre como en mujeres. Estos datos también los proporciona la OMS, según una publicación de Diario El Comercio en el 2016.

Una publicación del diario El Comercio (2017) sostiene que, “en el año 2017, la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de muerte en hombres y mujeres, con un total de 7404 fallecimientos”.

Además, según la OPS, (2017), en América Latina hay una tasa de mortalidad de enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres 65,9%.

1.3.1. Problema general

¿Cómo influye la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo enero - marzo 2019?

1.3.2. Problemas Derivados

- ¿Qué dificultades presentan los pacientes cardiopatas por la carencia de un plan estandarizado postconsulta?
- ¿Qué actividades debe incluir el plan estandarizado postconsulta para el proceso de recuperación de pacientes cardiopatas?
- ¿Cuáles son los beneficios que se obtienen con la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en el proceso de recuperación de los pacientes cardiopatas?

1.4. Delimitación de la Investigación

El servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, ubicado en las calles Av. Queseras del medio y Av. Gran Colombia, se localiza en el edificio de Hospitalización en el primer piso de la institución y cuenta con 6 consultorios, atendidos por 8 cardiólogos distribuidos por horarios. Además cuenta con el servicio de Angiografía, Ecocardiografía, Electroencefalograma, Electrocardiografía, Ergometría y Tilt Test (prueba de mesa basculante). Más de 1800 pacientes reciben atención por año, de las cuales en su

mayoría son pacientes con Hipertensión Esencial (Primaria), luego pacientes para algún chequeo pre quirúrgico, Enfermedades Isquémicas crónicas del corazón, etc. Pero no todos los pacientes son cardiopatas, pues se han dado casos en los que hay pacientes que acuden al servicio con su turno agendado previamente, para verificar su estado de salud y ver si este compromete su corazón, lo cual termina siendo confirmado como negativo para alguna afectación cardiaca, esto quiere decir que hay pacientes que creen que tienen alguna enfermedad del corazón debido a que manifiestan síntomas como dolor en pecho, cansancios, disnea, pero todo ello se confirma a través de exámenes y pruebas diagnósticas que determinan que no es nada cardiaco lo que padecen y se procede a realizar interconsultas a las especialidades que les corresponden.

1.5. Justificación

El presente diseño de proyecto está dirigido a determinar los componentes de un plan de intervenciones de enfermería postconsulta a los pacientes del servicio de Consulta Externa del Hospital de Especialidades de Fuerzas Armadas N°1, Quito, debido a que no existe uno como tal en el mencionado servicio, lo cual genera una reacción desfavorable por parte del paciente que acude a la institución para recibir una atención de calidad.

Sin embargo, pese a la constante educación sanitaria después de haber culminado con su turno de cita médica, los pacientes reciben las indicaciones de parte de todo el personal, lo que lleva al real problema; no todo el personal proporciona las indicaciones pertinentes y de la misma manera.

Por lo tanto, es necesaria la creación de un plan estándar de indicaciones orientado a los pacientes en el momento que salgan de su turno, con lo que se beneficiara el usuario ya que logrará una adherencia al tratamiento médico o farmacéutico. (Lara & Saint, 2010)

Importante resaltar que la investigación se realizó en la institución con autorización de las autoridades y el Departamento de Docencia e Investigación.

La muestra total de pacientes no fue mayor debido a que hubo otros factores como la edad muy avanzada, deterioro de la movilidad y otros criterios de exclusión como por ejemplo que se rehusaban a proceder con la entrevista de los cuales fueron 5 exactamente, además, de que la cantidad de especialistas se reducía debido a periodos de licencia médica o renuncia voluntaria del médico, lo que evidentemente disminuyó la cantidad de pacientes al día, además de que no todos padecen Hipertensión Arterial.

Para el levantamiento de datos del número de pacientes se coordinó con la supervisora del área de Consulta externa (Cardiología). Además, se considera que los conocimientos tanto teóricos como prácticos en el tema son suficientes en la ejecución de este proyecto, por lo que su desarrollo se considera factible. Cabe recalcar que el financiamiento de este proyecto fué por parte de los autores.

En vista de que no todos los pacientes poseen disponibilidad de tiempo para una entrevista, se dejara como valor agregado unos folletos informativos sobre Hipertensión Arterial, Uso de medicamentos anticoagulantes y Antiagregante Plaquetarios como el Acido Acetilsalicílico (ASA o Aspirina).

Finalmente, es importante mencionar que las fuentes bibliográficas para referencias, es escasa y limitada, ya que es una iniciativa nueva que se está fomentando en los profesionales, por lo tanto, es motivación para los autores que el presente documento sirva como primer peldaño para futuras investigaciones que planteen mejorar o innovar objetivos planteados en la problemática mencionada.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar los componentes del plan estandarizado postconsulta que permitan mejorar los procesos de recuperación de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019

1.6.2. Objetivos Específicos

- Especificar las actividades que debe contener un plan estandarizado postconsulta en el proceso de recuperación del paciente cardíopata.
- Identificar las dificultades presentes por la ausencia de un plan estandarizado postconsulta.
- Determinar los beneficios de la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en pacientes cardíopatas.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO O REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Aplicación de Plan de Cuidados Estandarizado

2.1.1.1. Plan de cuidados estandarizados

Según el manual de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, (2000), los planes de cuidados estandarizados son documentos y registros escritos permanentes de cada centro asistencial, lo que refiere netamente de los cuidados que proporciona el personal de enfermería.

Son centrados en identificar respuestas iguales en grupos de personas, es decir algo común. (Administración Autónoma del país Vasco, 1996)

Se basan en la elaboración de un Proceso Enfermero (PE)

Sus componentes son: Problemas – Objetivos – Actividades – Evaluación.

2.1.1.2. Principios en los que se sustentan

- Cuidar
- Satisfacer las necesidades del individuo o la población
- Reconocer las respuestas humanas. (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 1996)

2.1.1.3. Líneas de Actuación

Según Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, expresa que son 5:

1. Selección de estrategias.
2. Elaboración de los criterios para priorizar los procesos a estandarizar.
3. Elaboración de criterios para su realización: metodología, contenidos, estructura.
4. Fase de difusión, implantación, adecuación y seguimiento de los cuidados estandarizados en los hospitales y/o unidades.
5. Fase de evaluación.

1. Selección de estrategias

Es donde se da la propuesta del plan de cuidados estandarizados frente a un tribunal, ya sea del hospital o de una institución que complementa con aval investigativo para analizar ventajas, desventajas del mismo, así como la estrategia que se usará para su aplicación. (Administración Autónoma del País Vasco, 1996)

2. Criterios para priorizar los procesos a estandarizar.

- Patología o necesidad para el plan de cuidados sea explicada en términos fácilmente identificables.
- Que en realidad sea necesaria la elaboración del plan de cuidados para su posterior aplicación y evaluación.
- Que su estandarización sea de fácil elaboración, sin sesgos.
- Alta prevalencia de la patología o condición de lo que se quiere hacer el cuidado estandarizado. (Administración Autónoma del País Vasco, 1996)

3. Criterios mínimos de elaboración

Según (Administración Autónoma del país Vasco, 1996) los criterios son:

- La **metodología** es la misma que la de un Proceso Enfermero.
- **Contenidos:**
 - *Título del Proceso:* es la patología, diagnóstico médico o enfermero o situación de los pacientes.
 - Población Diana: explicación del grupo de pacientes definido a través del título del proceso.
- Problemas/diagnósticos de enfermería: se elaboran desde el punto de vista de intervención directa de enfermería (Problemas reales y de riesgo), y desde el punto de vista de colaboración con otras especialidades (Complicación)
- Objetivos: son los propósitos a alcanzar con los Problemas planteados
- Actividades: intervenciones a realizar y cómo hacerlo.
- Razonamientos: es la fundamentación científica de aquellas intervenciones priorizadas. (Administración Autónoma del país Vasco, 1996)

4. Fase de difusión, implantación, adecuación y seguimiento de los cuidados estandarizados en los hospitales y/o unidades.

- Socialización de la propuesta del plan de cuidados estandarizado.
- Implantación del plan de cuidados estandarizado en la unidad
- Entrar a fase de evaluación. (Administración Autónoma del país Vasco, 1996)

5. Fase de evaluación.

Fase en donde se identifica evolución de implementación de plan propuesto en busca de detectar problemas y puntos de mejora. (Administración Autónoma del país Vasco, 1996)

2.1.2. Cardiopatía

Los diccionarios de la Real Academia Española definen a una cardiopatía como afección que acaece sobre el corazón.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), define como desorden del corazón y de los vasos sanguíneos.

2.1.2.1. Tipos De Cardiopatías

- Cardiopatía isquémica
- Cardiopatías congénitas. (AMIR, 2006)

2.1.2.1.1. Cardiopatía isquémica

Etiología

- Aterosclerosis coronaria (causa más frecuente).
- Aumento de las necesidades de oxígeno: hipertrofia ventricular.
- Alteraciones en la microcirculación coronaria.
- Alteraciones en el transporte de oxígeno por la sangre (anemia, elevación de la carboxihemoglobina).
 - Estenosis u oclusión de las arterias coronarias: embolismo, arteritis, aortitis luética.
 - Anomalías congénitas de las arterias coronarias. (AMIR, 2006, p16)

La cardiopatía isquémica se produce cuando existe un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del miocardio. Es la causa principal de patología cardíaca. (Academia MIR, 2006, p. 16).

2.1.2.1.1.1. Tipos de cardiopatías isquémicas

- Angina de pecho
- Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST
- Infarto agudo de miocardio

2.1.2.1.1.1.1. Angina de pecho

2.1.2.1.1.1.1.1. Etiología

La causa más frecuente de angina de pecho es la aterosclerosis coronaria y, a su vez, la angina es la manifestación más frecuente de la cardiopatía isquémica. En general se calcula que, cuando aparece isquemia con el ejercicio, la luz vascular está obstruida en un 70% por parte de la placa de ateroma, mientras que cuando existe isquemia en reposo supera el 80 ó 90%. (AMIR, 2006, p17)

2.1.2.1.1.1.1.2. Angina de pecho estable

El dolor anginoso es un dolor opresivo retroesternal irradiado a brazo izquierdo, cuello, mandíbula o zona interescapular. Generalmente se acompaña de cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, sudoración fría...). En la angina de pecho estable es de corta duración (generalmente menos de 20 minutos) y característicamente se desencadena por el ejercicio, siempre de la misma intensidad en cada paciente, y cede con el reposo o con nitroglicerina sublingual. (AMIR, 2006, p17)

2.1.2.1.1.1.1.2.1. Pruebas Complementarias

- **ECG:** Durante la crisis de dolor es típico el descenso del ST. (AMIR, 2006)

- **Rx tórax:** datos inespecíficos dependiendo de la patología asociada (HTA...).
- **Ergometría:** el objetivo es detectar isquemia mediante síntomas clínicos y electrocardiográficos (descenso del segmento ST).
- **Coronariografía,** que identifica la anatomía del árbol coronario y sus lesiones. (AMIR, 2006, p17)

2.1.2.1.1.1.3. Angina de pecho inestable

Es toda aquella angina que no tiene característica de estable, es decir, que muestra datos clínicos de progresión y/o complicación de una placa de ateroma. Hoy en día, se incluye dentro del llamado Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST, junto con el infarto agudo sin elevación del ST, por presentar una fisiopatología común. (AMIR, 2006, p17)

2.1.2.1.1.1.3.1. Tipos de anginas inestables

- Dolor anginoso que aparece en reposo.
- Ángor de duración prolongada (más de 20-30 minutos).
- Dolor que aparece con mayor frecuencia de la habitual, a esfuerzos menores o con mayor intensidad (evolución acelerada).
- De inicio reciente (menos de 1 o 2 meses). (AMIR, 2006, p18)

2.1.2.1.1.1.2. Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST)

La trombosis de una placa de ateroma complicada, dependiendo del grado de estenosis que provoque en la luz del vaso, dará lugar a un infarto con elevación del ST (oclusión completa de la luz, generalmente), infarto sin elevación del ST (oclusión parcial con aumento de marcadores de daño miocárdico) o angina inestable (oclusión parcial sin elevación de estos marcadores). El manejo de los dos últimos, ángor inestable e infarto sin elevación del ST (antiguo IAM no Q o no

transmural) es común, y se engloba en el Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST. (AMIR, 2006, p17)

Es conveniente descartar un origen secundario (anemia, taquiarritmia) que pueda haber desencadenado la clínica. En caso contrario, se asume la existencia de una placa de ateroma complicada. Dada la normalidad electrocardiográfica intercrisis, se debe realizar, durante las primeras horas de ingreso, electrocardiograma y determinación de enzimas de daño miocárdico seriados (cada 6-12 horas. (AMIR, 2006)

2.1.2.1.1.1.2.1. Tratamiento

2.1.2.1.1.1.2.1.1. Ingreso y sedación suave

Anti agregación: AAS; se aconseja añadir clopidogrel durante 9 meses. (AMIR, 2006, p18)

Anticoagulación: generalmente con heparina de bajo peso molecular.
Tratamiento anti anginoso: nitratos, betabloqueantes y calcio antagonistas. En una valoración inicial, se clasifica el cuadro clínico en SCASEST de bajo riesgo o SCASEST de alto riesgo. (AMIR, 2006, p18)

Son datos de alto riesgo:

- Alteraciones sugerentes de isquemia en electrocardiograma (cambios en segmento ST, ondas T negativas profundas).
- Elevación de enzimas de daño miocárdico (troponina y/o CPK).
- Inestabilidad hemodinámica, insuficiencia cardíaca, arritmias...
 - Ángor recurrente o refractario a tratamiento.
 - Edad avanzada. (AMIR, 2006, p18)

2.1.2.1.1.1.2.1.2. Ergometría

Habitualmente en cinta rodante, monitorizando electrocardiograma, tensión arterial y frecuencia cardíaca. El objetivo es detectar signos de isquemia:

clínica y alteraciones del ECG (descenso del ST). La sensibilidad global es del 75%, llegando al 80-100% en enfermedad de tres vasos y/o que afecte al tronco coronario izquierdo. Sin embargo, en pacientes con enfermedad de un solo vaso, la sensibilidad desciende, siendo una causa relativamente frecuente de falsos negativos.(AMIR, 2006, p18)

AMIR (2006), también afirma que la valoración pronóstica en pacientes con cardiopatía isquémica conocida para evaluar la respuesta al tratamiento o la existencia de datos de alto riesgo que nos planteen la necesidad de revascularización. Se considera la ergometría concluyente:

- Si el paciente alcanza el 85% de la frecuencia máxima calculada para su edad.
- Consumo de oxígeno mayor de 8 METS. Y el doble producto (frecuencia cardíaca máxima x tensión arterial máxima) >20000.

2.1.2.1.1.1.2.2. Contraindicaciones:

Primera semana postinfarto. - Menos de 48 horas tras angina inestable.

- Proceso inflamatorio cardíaco.
- Arritmias graves o no controladas.
- Insuficiencia cardíaca.
- Pericarditis y endocarditis
- Embolismo pulmonar.
- Estenosis aórtica severa. (AMIR, 2006, p19)

2.1.2.1.1.1.3. Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

Es el hallazgo en la anatomía patológica de áreas de necrosis cardíaca.

Elevación y posterior curva típica de los niveles de enzimas cardíacas, si se acompañan de uno de los siguientes

- Dolor de características isquémicas.
- Aparición de ondas Q nuevas.
- Isquemia aguda en el ECG.

La manifestación clínica principal es el dolor tipo angor, pero más prolongado, intenso y que aparece, generalmente, en reposo. No calma con nitratos sublinguales. Frecuentemente asocia importante cortejo vegetativo. Es típica la presentación del infarto por la mañana, tras levantarse. No raras veces los síntomas son atípicos: en forma de dolor epigástrico, en el infarto de localización inferior, disnea o síncope, sin dolor torácico previo. (AMIR, 2006, p20)

AMIR (2006) expresa que esto último es frecuente en ancianos y diabéticos. La exploración física orienta, sobre todo, a las posibles complicaciones:

Generalmente, desciende poco la tensión arterial dada la descarga catecolaminérgica. Si inicialmente el paciente se encuentra hipotenso, se debe sospechar complicación mecánica o disfunción ventricular. (AMIR, 2006)

- Auscultación: signos de insuficiencia cardíaca (crepitantes en auscultación pulmonar).
- Ingurgitación yugular y signo de Kussmaul en el IAM de ventrículo derecho.
- Febrícula en los primeros días.

2.1.2.1.2. Cardiopatía Congénita

La cardiopatía congénita más frecuente es la válvula aórtica bicúspide y, en segundo lugar, la CIV. De las formas cianóticas, las más frecuente en el recién nacido es la TGV y, a partir del primer año de vida, la tetralogía de Fallot. (AMIR, 2006, p35)

2.1.2.1.2.1. Fisiopatología

“Los orificios pequeños cierran espontáneamente en los primeros años de vida, mientras que el canal AV común desarrollará una clínica franca”. (AMIR, 2006, p35)

“Lo más frecuente es que sea asintomática. En caso de dar clínica, suele presentarse en forma de infecciones pulmonares de repetición y, a la larga, puede desarrollarse un síndrome de Eisenmenger con clínica de insuficiencia cardíaca”. (AMIR, 2006)

2.1.2.1.2.2. Diagnóstico

Radiografía de tórax: crecimiento de cavidades derechas.

Ecocardiograma: es la técnica diagnóstica de elección. Permite estudiar con precisión la anatomía del defecto septal y programar la corrección quirúrgica o percutánea.

Cateterismo: muestra un salto oximétrico en la AD. (AMIR, 2006, p35)

2.1.2.1.2.3. Tratamiento

(AMIR, 2006, p35) expresa:

Indicaciones de cirugía:

- Sintomáticos.
- Asintomáticos

Se recomienda la cirugía entre los 3-6 años de edad.

2.1.2.2. Comunicación Intraventricular (CIV)

“Es la cardiopatía congénita más frecuente, exceptuando la válvula aórtica bicúspide. Consiste en un defecto de cierre del tabique que separa los ventrículos, en general en la porción membranosa” (AMIR, 2006, p36).

2.1.2.2.1. Clínica y diagnóstico

“Las CIV pequeñas (enfermedad de Roger) son asintomáticas; las grandes suelen producir insuficiencia cardíaca en los primeros meses de vida”.(AMIR, 2006)

Auscultación:

- ECG: sobrecarga de ambos ventrículos y de la AI.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia con plétora pulmonar. - Ecocardiograma: es la técnica diagnóstica de elección.
- Cateterismo: muestra un salto oximétrico en ventriculo derecho (VD). (AMIR, 2006, p38)

2.1.2.3. Tetralogía De Fallot

Como lo expresa el (AMIR, 2006) “Es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente, pero no se manifiesta al nacimiento sino que aparece a partir del primer año de vida. Consiste en la coexistencia de cuatro malformaciones”, las cuales son:

- Estenosis pulmonar infundibular (subvalvular). Marca el pronóstico.
- Hipertrofia del ventrículo derecho.
- Comunicación interventricular.
- Aorta acabalgada sobre ambos ventrículos.

2.1.2.3.1. Diagnóstico

- Auscultación: soplo sistólico de estenosis pulmonar, menor cuanto mayor es la estenosis. (Disminuye durante las crisis), con disminución del 2º ruido.
- Radiografía de tórax: hiperclaridad en los campos pulmonares; corazón en "zueco" (pequeño, con la punta redonda y levantada y una depresión en el punto de salida de la arteria pulmonar o signo del "hachazo pulmonar"). (AMIR, 2006)
- ECG: sobrecarga de corazón derecho, con eje desviado a la derecha.
- Ecocardiograma: confirma el diagnóstico.

2.1.2.3.2. Tratamiento

Para mejorar la hipoxemia durante las crisis, se puede emplear oxígeno, betabloqueantes (relajan el infundíbulo pulmonar facilitando la salida de sangre hacia la circulación pulmonar), metoxamina (aumenta las resistencias vasculares periféricas disminuyendo el shunt), y otras medidas de soporte, como colocar al niño en posición de cuclillas. (AMIR, 2006)

En niños menores de 1 año y en anatomías muy desfavorables (hipoplasia de la arteria pulmonar), se realizará la anastomosis paliativa de Blalock-Taussing, que consigue unir la arteria subclavia y la arteria pulmonar llevando más cantidad de sangre a los pulmones. (AMIR, 2006, p40)

En anatomías favorables (arteria pulmonar de tamaño normal), se realizará cirugía reparadora total lo más precoz posible, consistente en el cierre de la CIV por parche y la ampliación del infundíbulo pulmonar. La atrofia de las arterias pulmonares contraindica este tipo de corrección quirúrgica. (AMIR, 2006, p40)

2.1.2.3.3. Método diagnóstico

2.1.2.3.3.1. Exámenes complementarios

2.1.2.3.3.1.1. Electrocardiograma

El electrocardiograma ha sido propuesto como una herramienta práctica y económica y con un costo/beneficio adecuado. Es anormal en el 95% de los pacientes con Miocardiopatía Hipertrófica Cardiología del Ejercicio Familiar donde se pueden observar anomalía del segmento ST y de la onda T, hipertrofia ventricular izquierda, eje del QRS desviado a la izquierda, ondas Q patológicas, signos de agrandamiento de la aurícula izquierda, hipertrofia ventricular derecha y alargamiento del intervalo PR. (AMIR, 2006)

“Además este método también tiene una baja especificidad en la población atlética por la alta incidencia de modificaciones electrocardiográfica relacionada a las modificaciones cardiológicas fisiológicas por el entrenamiento físico del atleta”. (AMIR, 2006)

2.1.2.3.3.1.2. Ergometría

No es recomendable

2.1.2.3.3.1.3. Ecocardiograma

Según (AMIR, 2006):

El ecocardiograma, también es útil para detectar anomalías cardíacas relacionadas a la MS en jóvenes atletas como la miocardiopatía hipertrófica, el

prolapso de la válvula mitral, la estenosis valvular aórtica, la dilatación aórtica, la disfunción ventricular izquierda. Debemos reconocer las limitaciones diagnósticas de estos exámenes complementarios, que no pueden garantizarnos el diagnóstico de todas las enfermedades potencialmente relacionadas con la MS en jóvenes atletas.

Las anomalías de la arteria coronaria, es muy dificultoso su observación por ecocardiografía por la posición de los ostium coronarios y la salida de las arterias coronarias. Sin embargo los nuevos equipos de Ecocardiografía con mayor resolución de la imagen facilitarían el diagnóstico. Así también la displasia arritmogénica del ventrículo derecho, que es difícil de diagnosticar por ECG y ecocardiograma precisa de la resonancia magnética

2.1.2.3.4. Complicaciones

Según Oliver J, (2003), las complicaciones de las cardiopatías, dependiendo de las condiciones clínicas del paciente pueden ser:

- Enfermedad valvular
- Obstrucción aortica.
- Alteraciones valvulares.
- Complicaciones infecciosas.

2.1.2.4. Hipertensión arterial (HTA)

2.1.2.4.1. Antecedentes

Según Flores M & López A (2006) Para la junta de Extremadura la hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades comunes en el mundo y tiene propensión marginal exponencial positiva, estrechamente relacionado a la edad y se desarrolla con mayor frecuencia a partir de los 50 años, esto sumado a la esperanza de vida en los diferentes países, hace que se convierta en un problema sanitario que afecta el presupuesto de salud en las diferentes economías.

En el Ecuador la esperanza de vida ha aumentado significativamente de acuerdo a los datos provistos por el Banco Mundial, para el inicio de la década de los sesentas se tenía una esperanza de vida al nacer de 53 años, que para el año 2016 llega a 76.

Además, Peñaherrera H, (2017) Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología (SEC), en su artículo médico publicado en la página de salud pública, se refiere a esta enfermedad como el asesino silencioso, dado que esporádicamente muestra síntomas en sus etapas iniciales y por ello sugiere que se lleve a cabo un programa de capacitación al personal de atención primaria, que permita detectar esta enfermedad a tiempo y minimizar los daños que puede generar, identificando que es el principal factor de riesgo modificable, finalmente concluye “Le toca al nuevo gobierno observar varios frentes y el primero es la capacitación de los médicos de atención primaria en todas las enfermedades catastróficas no transmisibles como diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia. Esas patologías ocupan el 70 a 80 por ciento de atenciones en ese nivel”.

Sanitaria Dos Mil (2017) expresa que para Fernando Aguirre, miembro de la SEC, indica que en la ciudad de Guayaquil se efectuó un estudio aplicado a niños de entre 10 a 15 años, cuyo resultado arrojó como tema principal una pre hipertensión del 9 al 12 por ciento.

Con base en lo expuesto sugiere que la hipertensión no es solo un problema del adulto mayor sino que hay que poner especial atención en edades tempranas afectando principalmente a niños con hábitos sedentarios, adolescentes con obesidad o sobrepeso.

Por ello coincide con su homólogo Peñaherrera en la necesidad de engranar la política pública en la educación y por ello ve en la semaforización de los alimentos como una buena medida que puede ayudar a cambiar la salud en la población y que tengan una mejor alimentación y estilo de vida, además menciona que “Solo la mitad de la población sabe que es hipertensa, de ellos solo la mitad toma medicación, y en Ecuador, según los últimos reportes, menos del 10 por ciento de la población que toma medicación (para este mal), que siguen los consejos, tienen su presión controlada”.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de cada tres adultos mayores de 25 años sufre hipertensión arterial y en el Ecuador conforme a la encuesta nacional de nutrición aplicada a una población de 18 a 59 años arrojó como resultado que el 9.3% la padecen, datos con lo que se puede interferir que es el patrón en la población en general y como dato adicional se encontró que afecta más a hombres 11.2% que a mujeres 7.5%.

Lo anteriormente expuesto se puede corroborar con los resultados de la encuesta de Salud, Bienestar y envejecimiento efectuada en el 2010, que mostro hipertensión en adultos mayores de 60 años en un 44.4%.

2.1.2.4.2. Definiciones

El Grupo CTO, (2012), define a la Hipertensión Arterial como “la presencia de Presión Arterial Sistólica superior a 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica mayor de 90 mmHg”. Los valores referenciales con sus respectivas clasificaciones de la tensión arterial se detallan en la Tabla 1.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta el nivel del riesgo cardiovascular total del paciente y no solo la medida de la Tensión arterial, pues este sería solo un valor que daría falsos positivos.

Tabla 1: Clasificación de los valores de presión arterial

Grupo	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Normal	120-129	y/o	80-84
Elevada	130-129	y/o	85-89
HTA etapa 1	140-159	y/o	90-99
HTA etapa 2	160-179	y/o	100-109

Fuente: OMENT (2018)

2.1.2.4.3. Otras definiciones

Flores M & Lopez A, (2006) expresan que La presión arterial es el mecanismo que facilita el acceso de la sangre a cada una de las células del organismo por medio del flujo de sangre que bombea el corazón, esto depende de dos elementos que son el gasto cardiaco y las resistencias periféricas.

El gasto cardiaco consiste en nivel de sangre que prorrumpo el corazón y se encuentra en función de la frecuencia cardiaca, contractilidad y del volumen de sangre influenciada por el riñón. En cuando a las resistencias periféricas su principal dependencia está regulada por mecanismos vasopresores y vasodilatadores.

Además, la presión arterial está en función de múltiples factores exógenos y por ello en un análisis holístico de lo señalado se puede comprender la razón del por qué tiene un fuerte nivel de volatilidad teniendo varios niveles en el día o la noche y cada vez más variable de acuerdo a los años de las personas, tal como se describió en los antecedentes, en cada ciclo cardiaco existe una sístole y una relajación (diástole) que da lugar a la presión diastólica.

Flores, M & Lopez, A, (2006) “La hipertensión arterial se ha definido de diferentes maneras; una definición simple y clara ha de tener presente su relación continua con la enfermedad cardiovascular y, por tanto, que no existe un valor concreto por encima del cual comience el riesgo o que por debajo del mismo desaparezca”

Desde un punto de vista operativo, el nivel umbral de hipertensión lo define el punto en el que es mejor hacer algo para reducir las cifras presentes de presión arterial que dejarlas tal como están. No podemos olvidarnos que la presión arterial se mide, y de la medición se obtienen dos cifras, y es el médico el que, teniendo en cuenta la edad y la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular u otras enfermedades, decide si es necesario o no poner tratamiento, es decir si la persona es o no hipertensa.

Echeverría, R, (2017) asegura que “el riesgo cardiovascular global está determinado por la presencia de los denominados factores de riesgo, especialmente tabaquismo, dislipidemias, diabetes e hipertensión arterial”.

Las enfermedades cardiovasculares se constituyen como las principales causas de muerte en el mundo occidental y estrechamente relacionadas a los adultos mayores siendo la enfermedad coronaria la primera causa de muerte en hombres de mediana edad luego de las defunciones por cáncer, no obstante en mujeres se constituye en la segunda causa de muerte prematura, cabe recalcar que la prevención sigue siendo importante ya que el 50% de las muertes ocurre en la primera media hora de ocurrido el evento impidiendo de esta manera que exista tratamiento alguno que provea soluciones eficaces.

Los accidentes cerebrovasculares representan alrededor del 25% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y los casos de supervivencia, dejando secuelas de invalidez severas que imposibilita el desarrollo normal de actividades, en tanto que las hemorragias intracerebrales causan entre el 10 al 15% de los accidentes cardiovasculares, teniendo como patrón común que se presenta con pacientes con hipertensión arterial.

Por ello resulta importante hablar de los factores de riesgo (FR), que son el resultado de estudios epidemiológicos en enfermedades coronarias llevados a cabo

en los Estados Unidos y la Unión Europea cuyo resultado principal es el encontrar la asociación de FR en pacientes sin enfermedades coronarias aparentes con una futura incidencia de enfermedades coronarias en los mismos pacientes, por lo que se le denominó como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

El riesgo en sí definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento determinado en cualquier ámbito, sea este económico, financiero de salud entre otros tiene como finalidad minimizar la probabilidad de ocurrencia de dicho evento, ya que es imposible eliminarlo y solo es posible reducirlo.

En el caso de riesgo cardiovascular global el mejor método de abordaje de la enfermedad arteriosclerótica y para ello dichos factores se agrupan en dos grandes rubros:

1. Riesgos no Modificables
 - Edad
 - Sexo Masculino
 - Historia Familiar de ECV
2. Riesgos Modificables
 - Hipertensión Arterial HTA
 - Hipercolesterolemia
 - Diabetes
 - Sedentarismo
 - Obesidad
 - Estrés
 - Tabaquismo

Lo expuesto supone una causa más para considerar el HTA como un asunto de salud pública en donde se deben enfocar grandes sumas de recursos económicos en los países y por ello sigue siendo la prevención, desde la educación, evitar el sedentarismo mediante programas de beneficio colectivo como caminatas, estiramientos, pausas activas en los trabajos, incentivos al uso de la bicicleta como en diferentes países de Europa, entre otras actividades que se pueden llevar a cabo con la finalidad de prevenir dicha enfermedad.

Por otra parte al hablar de educación (grado académico) y la enfermedad podría resultar un factor estrechamente relacionado, no obstante empíricamente podemos afirmar personas que tienen mayor acceso a información podrían evitarlo, sin que exista un estudio completo en términos econométricos que pueda sustentarlo podemos afirmar que al igual que todas las enfermedades no tienen fijación en la raza, nivel socioeconómico, país de origen entre otros factores, no obstante la importancia de mantener un nivel de prevención sobre esta y otras enfermedades esta dado en gran medida por el estilo de vida que lleve cada persona.

El estudio pretende vincular estos antecedentes con la existencia de la hipertensión arterial y se analizará varios aspectos que se abordaran con detalles en la encuesta a realizar, centrándose en conocer del paciente:

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Situación laboral
- Peso
- Actividades físicas realizadas
- Educación alimentaria
- Medicación a tomar
- Diagnostico patológico
- Factores de riesgo
- Nivel de comprensión de instrucciones

2.1.2.4.3.1. Sexo

Lo identificado en los antecedentes es la razón principal de incluir esta variable, pues denota que la enfermedad tiene prevalencia sobre pacientes del sexo masculino.

2.1.2.4.3.2. Edad

Los numerosos estudios al respecto señalan que este factor es determinante en cuando se encuentra la HTA, que si bien se encuentra con mayor frecuencia en pacientes de más de 50 años, existen estudios que involucran a niños con una alta exposición a dicha enfermedad.

2.1.2.4.3.3. Estado Civil

Tiene como finalidad obtener información de carácter descriptivo que permita precisar sobre los hallazgos a encontrar.

2.1.2.4.3.4. Situación Laboral

Relacionar la actividad laboral en los diferentes campos que tienen que ver con el estilo de vida y sus diferentes variantes entre una persona con actividad física regular y aquellas personas con actividades más sedentarias y establecer si existe relación que empíricamente se conoce.

2.1.2.4.3.5. Peso

Una variable que amerita ser relacionada con la HTA, como un factor de riesgo endógeno que se puede prevenir en caso de estar vinculado directamente a los pacientes.

2.1.2.4.3.6. Actividades Físicas realizadas

En este punto se abordaran preguntas puntuales referentes a las actividades que llevan a cabo los pacientes encuestados de modo tal que se pueda precisar sobre actividades netamente preventivas que coadyuven a la minimización de exposiciones de riesgo innecesarias.

2.1.2.4.3.7. Educación alimentaria

Este factor es de vital importancia y tiene como propósito vincular la calidad de los alimentos que se ingieren para comprender la existencia de la HTA.

2.1.2.4.3.8. Medicación a tomar

La comprensión por parte de los pacientes respecto de la medicación que se debe tomar, marcando una disciplina en este ámbito representa crucial al momento de seguir el tratamiento prescrito por el médico y cómo influye sobre la mejora en su calidad de vida.

2.1.2.4.3.9. Diagnostico patológico

Tiene como propósito estudiar los signos de alarma que se pudieren presentar, como dolor en el pecho, cansancio repentino, fuertes dolores de cabeza, sudoración excesiva, zumbidos en los oídos entre otros que permitan una identificación a tiempo para el tratamiento oportuno.

2.1.2.4.3.10. Factores de riesgo

Como se mencionó anteriormente son al igual que en las enfermedades cardiovasculares u otras presenta factores tanto modificables como no, en este caso se abordarán aquellos que se pueden modificar como el tabaquismo, obesidad entre otros.

2.1.2.4.3.11. Nivel de comprensión de instrucciones

Es fundamental que los pacientes comprendan la forma en la que se deben llevar a cabo la toma de los medicamentos, puesto que se pueden generar resistencias o no cumpla con su efecto en el tiempo que corresponde y resulta en la inutilización de todos los esfuerzos llevados a cabo.

2.1.2.5. Prevención

El Hospital Ramon y Cajal (2010) en su Manual de Enfermería Prevención y Rehabilitación Cardíaca afirma lo siguiente:

Sería muy interesante promocionar la relación directa enfermería hospitalaria-primaria mediante informe de continuidad de cuidados, o al menos con indicación al paciente de acudir con sus informes no solo al médico de primaria sino a enfermería, explicándoles las razones u objetivos de esa indicación. (p266).

2.1.2.6. Causas.

- Fumar

- Presión sanguínea alta
- Diabetes
- Estilo de vida

2.1.2.7. Factores de Riesgo

- Edad
- Sexo
- Historial familiar
- Fumar
- Presión sanguínea alta
- Altos niveles de colesterol en la sangre
- Diabetes
- Sobrepeso
- Actividad física
- Niveles de estrés

2.1.2.8. Cuidados de Enfermería

- Identificar actitudes como negación, autoincapacitación.
- Presentar al paciente personas o grupos (voluntariado de asociaciones de pacientes) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas.
- Alentar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.
- Fomentar situaciones que potencien la autonomía del paciente.
- Animarlo a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

- Presentar al paciente personas o grupos (asociaciones de pacientes) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. – Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para reducir miedo.
- Ayudar al paciente a identificar situaciones que generan ansiedad.

2.1.2.9. Proceso de recuperación del paciente cardiópata

2.1.2.9.3.1. Acciones de Enfermería (Roles dentro del proceso)

Según Pinson A, (2000), el personal de Enfermería, en la atención del paciente con alguna cardiopatía, cumple los roles: Asistencial, Docencia, Investigación, Administrativo y Humanista.

Rol Asistencial: este rol se lleva a cabo en tres fases, las cuales son cuando el paciente está hospitalizado (Fase 1), en el nivel extrahospitalario (Fase 2) y en la fase 3 se procede a la continuidad de la fase 2 en casa. (Pinson A, 2000)

En la *fase 1* se hace lo posible para que no existan complicaciones futuras en el paciente ya sea por traslado u otros factores, es decir, éste estará encamado por tiempo prolongado y/o estará en movilización ya sea para realizarse exámenes a otros servicios solicitados por el médico, o sea paciente quirúrgico, a los cuales habría que considerar debido a su condición, antes de la cirugía; cambio de cama e incluso durante la ejecución del plan por parte del personal de Enfermería. (Pinson A, 2000)

En la *fase 2* es donde hay más actuación del programa, de acuerdo a las necesidades de cada paciente se define la duración y las actividades.

Inicialmente se ejecutan una serie de exámenes para los análisis de su condición clínica y física, tales como Ecocardiograma, Ecoestres con dobutamina, Electrocardiograma, Ecocardiograma transesofágico, Ergometría, Holter de PA, Holter EKG, Prueba de mesa basculante (si correspondiera) y pruebas de laboratorio para así descartar riesgos durante el desarrollo del programa, o a su vez indicaciones previas a realizarse alguno de estos exámenes.

Uno es la prueba de esfuerzo o Ergometría, el que requiere indicaciones que deben cumplirse estrictamente tanto en hombres como en mujeres, de lo contrario se suspende el examen.

En esta prueba el personal de Enfermería orienta al paciente y lo prepara para la realización del ejercicio, colocándole los electrodos, auscultándolo y tomándole la presión inicial.

El examen consiste, en esencia, en registrar mediante electrodos especiales las corrientes eléctricas que se forman en el miocardio al producirse contracciones musculares, éstas se transmiten en el monitor similar a un electrocardiograma, pero dura más tiempo y se observan cambios progresivos, ya que el paciente iniciara una caminata leve en una banda caminadora estática y cada determinado tiempo y dependiendo el protocolo que se aplique aumentara la velocidad y/o la intensidad del ejercicio, hasta llegar a la máxima capacidad cardiaca ante el esfuerzo físico demandante. Durante la prueba el enfermero/a vigila al paciente en caso de existir algún dato clínico que amerite la suspensión del esfuerzo a través de la toma de la tensión arterial por etapas del protocolo, interrogándole si desea continuar o no; al finalizar le asiste al paciente en la recuperación.

La fase 3 es donde se continúan las actividades de la fase previa, pero ya no se necesita ninguna monitorización. Se le orienta a identificar los signos de alarma que ameritan acudir al médico cuando realice sus ejercicios de manera autónoma. Acudirá al servicio y/o recibirá llamadas telefónicas de control de enfermería para reforzar conocimientos y habilidades aprendidos, a su vez la adherencia a las indicaciones es evaluada.

Rol Docente: Aparecen todas las orientaciones propias de enfermería hacia el paciente, en donde comprendiendo la evolución de la enfermedad, su tratamiento, prevención, etc, le ayuda al paciente a entender más sobre su padecimiento, le aclara sus dudas sobre el tratamiento, indicaciones antes y después de los exámenes a realizar, la alimentación, le instruye sobre los ejercicios respiratorios, los factores de riesgo que existen y como controlarlos, educa sobre signos de alarma de su cardiopatía, de manera directa mediante la charla en persona o via telefónica o semipresencial, también con ayudas nemotécnicas como folletos informativos, planes de cuidados, algún otro documento escrito o mediante enlaces recomendados de blogs de internet. (Pinson A, 2000)

Además, este rol se da desde que empieza el rol asistencial y sus fases.

El rol docente también aplica en aquellas enseñanzas del profesional con mayor conocimiento y experiencia a los futuros profesionales que se desempeñaran en enfermería dentro de un plan curricular en la carrera de Licenciatura en Enfermería en instituciones de educación superior. (Pinson A, 2000)

Rol Investigación: Cada año aparecen actualizaciones en Enfermería de muchas especialidades y de enfermería en cardiología o rehabilitación cardiaca también e incluso los incluyen en conferencias en congresos a nivel internacional.

La profesión debe estar al día con las nuevas tecnologías, nuevos avances en rehabilitación cardíaca para mejorar este proceso en el paciente con cardiopatía, es precisamente de ello que trata este rol. (Pinson A, 2000)

Rol Administrativo: El/la Enfermero/a desarrolla actividades administrativas y en colaboración con otros servicios en rehabilitación cardíaca.

Las actividades administrativas de enfermería están las planificaciones a corto y largo plazo, el control de insumos para atender a los pacientes y el personal asistencial que les brindará ese servicio, llenado de formularios de evolución de pacientes, supervisión del personal y resolución de problemas que se susciten dentro del área, la elaboración de manuales y/o planes de estandarización de cuidados para los pacientes y mejorar el proceso salud-enfermedad. (Pinson A, 2000)

Rol Humanista: El profesional de enfermería está en contacto directo y constante con el paciente, por lo que establece una relación estrecha con él, es donde sabe que más que una patología, está tratando con la vida y su atención debe ser cordial, respetuosa con integridad, que se transmita esa sensación que reconoce el valor de la vida de su paciente, la convivencia armónica con su equipo de trabajo, su humanismo en todas las áreas de todos los niveles de atención de salud. (Pinson A, 2000)

2.1.2.9.3.2. Educación

Aprendizaje

Las personas aprenden cosas nuevas y desaprenden otras, tienen costumbres, opiniones preferencias diferentes unas de las otras. (Pinson A, 2000)

Los adultos y adultos mayores han experimentado muchas cosas, aprendido lo que creen suficiente para convivir con su enfermedad.

Por lo tanto es un reto tratar de establecer una influencia sobre ellos, debido a que crean un paradigma basado en sus experiencias, pero la creación de un programa de educación a corto plazo puede lograr un alcance de metas, diferentes a largo plazo ya que ellos retoman a sus anteriores creencias e ignorarían el programa de rehabilitación cardiaca. (Pinson A, 2000)

2.1.2.9.3.2.1. Actividades educativas en rehabilitación cardiaca

Pinson A, 2000) en su artículo educación al paciente cardiovascular expresa lo siguiente:

Varían de acuerdo de las necesidades y condiciones de cada paciente.

Inicialmente se buscara la comprensión de su enfermedad, reconocimiento de signos de alarma, identificación de factores de riesgo y la manera de cómo controlarlos.

Se debe incluir a los familiares, para que actúen de co-instructores.

Las actividades van conforme a las fases de la recuperación o rehabilitación cardiaca.

En la fase 1, es a nivel intrahospitalario, se proporciona información del plan, de la medicación, de la dieta, cuidados de herida en caso de paciente quirúrgico, se establecen metas a corto y largo plazo, se asegurara del cumplimiento de las

actividades con los demás servicios que colaboran, en caso de paciente preoperatorio se proporciona y a la familia también información breve de la intervención.

En la fase 2, se retroalimenta con medidas de autocuidado de manera directa mediante charla en persona o a través de algún medio de comunicación.

Se proporciona orientación también de alimentación, actividad física, regulación de la actividad física, ejercicios respiratorios, restricción de consumo de tabaco, actividad sexual, toma de tensión arterial y responder dudas.

En la fase 3 se realiza el seguimiento de las actividades planificadas en la fase anterior mediante visitas domiciliarias o llamadas telefónicas y así responder inquietudes del paciente.

2.1.2.9.3.3. Actividades e Intervenciones NIC

Según el manual de Intervenciones NIC, elaborado por Bulechek G, Butcher Howard, Dochterman Joanne, Wagner C, (2014), en su etiqueta *Cuidados Cardiacos: rehabilitación* las actividades a realizar son (entre otras):

- Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados tanto prescritos como sin receta.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardiaco (dejar de fumar, dieta y ejercicio), según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre el régimen de ejercicios, incluidos el calentamiento, la resistencia y la relajación, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre el cuidado de las heridas y las debidas precauciones (p. ej. Sitio de la incisión esternal o de cateterismo), según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento

- Evaluar al paciente para detectar la presencia de ansiedad y depresión, según corresponda.

2.1.3. Marcos conceptuales

HE1: Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1

Cardiopatía: Patología Cardíaca.

HCL: Historia Clínica

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

Prueba de esfuerzo: Método examen diagnóstico que consiste en someter a estrés al corazón inducido por ejercicio físico a demanda utilizando una banda o caminadora estática.

Cardiópata: Persona tiene un padecimiento en el corazón. (Doctissimo, 2019)

NANDA: Manual de diagnósticos de enfermería

NIC: Manual de clasificación de Intervenciones en enfermería.

HTA; Fuerza con la que recorre la sangre contra las paredes de las arterias, bombeada por el corazón pudiendo dañar los vasos debido a lo elevado de su potencial por lo que el corazón empieza a bombear más fuerte la sangre. (OMS, 2019)

HTA Sistólica Aislada: Según (Healthwise, 2018), es la elevación de la presión arterial sistólica por encima de los 130 mmHg pero la presión arterial diastólica no pasa de los 80 – 90 mmHg, muy común en adultos mayores y aun más en el sexo femenino.

HTA en fase maligna: Manifestación clínica de la Nefropatía IgA (NIgA) acompañada de retinopatía hipertensiva. (Sevillano A, Cabrera J, Gutierrez E, Morales, E, et al, 2015).

HTA Acelerada: hipertensión que suele ocurrir sin edema de papila pero con presencia de hemorragias o exudados retinianos. (Grupo CTO, 2012)

Emergencia Hipertensiva: Aumento de la presión arterial Sistólica, Diastólica o ambas, asociado a daño de algún órgano. ((Suneja M, Sanders M, 2019)

Crisis Hipertensivas: Aumento extremo de la presión arterial por encima de 180/120 e incluso mmHg pudiendo ocasionar ACV. (Mayo Clinic, 2019).

Hipertensión resistente o refractaria: Presión Arterial mayor de 140/90 mmHg que permanece. ((Muñoz E, Arevalo E, Senior J, Fernandez A, Rodríguez A, 2014)

HTA de bata blanca: Incremento de la tensión arterial al momento en que se realiza la toma de este signo vital ante la presencia del personal de la salud. (Osakidetza, 2014).

HTA enmascarada: Presión arterial que no se manifiesta cuando el médico le realiza la toma de este signo, pero se demuestra cuando se realiza un control de Holter de Monitorización Ambulatoria de presión Arterial (MAPA). (Cortez M, 2017)

2.1.4. Antecedentes Investigativos

Hasta la actualidad, solo existen investigaciones previas sobre niveles o grado de satisfacción en consulta externa de diferentes instituciones a nivel internacional, regional y local, todas plasmadas en diferentes plataformas científicas tales como revistas, portales web autorizados, e incluso el mismo google académico. Sin embargo sobre el tema planteado en el diseño de proyecto no existen referencias de indagación alguna.

Sin embargo, existen investigaciones sobre rehabilitación cardiaca publicadas en reconocidas revistas científicas, las más recientes y fuentes bibliográficas del presente proyecto datan del año 2000, por parte de Pinson A, en

donde concluyen que la rehabilitación cardíaca aplicada en un plan estandarizado proporciona al profesional de enfermería un amplio campo de oportunidades para fortalecer sus conocimientos, habilidades, destrezas en la atención individualizada o en grupo al paciente, beneficiándose con ello, además de que estos programas tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes que reciben atención en las instituciones de salud de países del extranjero y en la sociedad.

Hipótesis

2.1.5. Hipótesis General

La aplicación de un plan estandarizado postconsulta mejora la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, Periodo enero – marzo 2019.

2.2. Variables

2.2.1. Variable Independiente

Aplicación del plan estandarizado post consulta.

2.2.2. Variable dependiente

Proceso de recuperación de pacientes cardiopatas.

2.3.3. Operacionalización de las variables

Tabla 2 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicador	Índice
				≥40
		Metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Población dirigida 	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
			<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación inicial • Seguimiento evaluación final • Caminata • Estiramiento • Andar en bicicleta • Otros
Aplicación del plan de cuidados estandarizado	Empleo de un soporte del diagnóstico de enfermería	Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas. • Actividades de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación • Signos de alarma • Factores de riesgo
		Utilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje logrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de comprensión • Aplicación adecuada de instrucciones
		Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía telefónica • En la consulta.
		Conocimiento de Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Suficiente • Regular • Poco • Nada
	Periodo e intervenciones para el alcance de un máximo nivel de actividad funcional de una persona enferma del corazón	Adherencia	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de adherencia • Nivel de compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Parcial • Ninguno
Proceso de recuperación del paciente cardíopata		Aspectos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones clínicas del paciente • Frecuencia de las complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • Siempre • A veces • Nunca

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de Investigación

Debido a que se trata de un estudio analítico descriptivo, el método utilizado fue el analítico, ya que se descompuso el fenómeno para estudiarlo de forma individual para poder comprender mejor su comportamiento.

3.2. Modalidad de investigación

El estudio fue de modalidad cuantitativa, ya que se obtuvieron datos numéricos.

3.3. Tipo de investigación

Según el propósito:

Fue descriptiva porque el objetivo es determinar componentes de un plan estandarizado basándose de técnicas como la observación objetiva y exacta y la entrevista para recolección de datos cuantitativos en este caso.

Según dimensión temporal

Transversal debido a que se analizaron los datos de las variables sobre la población en el periodo de tiempo descrito en el tema.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1. Técnicas

Las técnicas a utilizar fueron:

- Entrevista
- Observación

3.4.2. Instrumentos

Los instrumentos fueron:

- Ficha de observación o de seguimiento
- Historia Clínica

3.5. Población y muestra de Investigación

3.5.1. Población

La población objeto de estudio fue de 37 pacientes, de los cuales 5 no aceptaron participar en el estudio.

3.5.2. Muestra

Se trabajó con toda la población.

Se incluyó a pacientes que reunieron los siguientes criterios:

- Personas que acepten participar en la realización de la entrevista.
- Que reciban atención en el HE1
- Cardiopatía (en general) confirmada.
- Orientados en tiempo, espacio y persona.

Para determinar la muestra de estudio se consideraron como criterios de inclusión los siguientes:

No se incluyeron en el estudio a pacientes que

- No aceptaron participar en la entrevista.
- Tuvieron fecha a próxima cita medica superior a un mes
- Tienen edades extremas
- Presentaron incapacidad para hablar
- Tenían deterioro total de la movilidad.
- No tienen Hipertensión arterial.
- No se encontraban en condición ambulatoria.

3.7. Recursos y presupuesto

3.7.1. Recursos Humanos

TABLA 4 RECURSOS HUMANOS

Recursos Humanos	Nombres
Investigadores	Bryan Vicente Benavides Espinoza Andrea Brigette Peñafiel Acosta
Asesor del proyecto de Investigación	PhD. Maritza Gallegos Zurita.

3.7.2. Recursos económicos

Tabla 5 Recursos económicos

Recursos económicos	Inversión
Seminarios de tesis	\$50
Internet	\$40
Primer material escrito en borrador	\$35
Material Bibliográfico	\$35
Copias a colores	\$30
Fotocopia final	\$35
Fotografías	\$20
Empastado	\$55
Alquiler de equipos de informática	\$40
Material de escrito	\$50
Alimentación	\$50
Movilización y transporte	\$100
Total	\$540

3.8. Plan de tabulación y análisis

Para la presente investigación se requirieron programas informáticos básicos y avanzados como Word para elaborar el texto del documento en general, el Proceso de Atención en Enfermería, los instructivos para las fichas de seguimiento, los trípticos; y Excel para elaborar la hoja de cálculo de la base de datos y así estructurar la tabulación con su respectivo análisis, además se utilizó para crear el instrumento para la realización de las entrevistas a los usuarios y también las presentaciones en el programa Power Point al momento de sustentar el proyecto en la segunda etapa, todo esto evidenciado con sus respectivas referencias bibliográficas.

Durante la primera etapa del diseño del proyecto se entregaron los oficios correspondientes para la autorización de la realización del proyecto de investigación en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito en el periodo indicado en el tema y se esperó la respuesta en el tiempo que la institución estableció.

En la segunda etapa se corrigieron equivocaciones teóricas correspondientes al documento y la presentación del proyecto ante un jurado calificador el cual dejó observaciones y puntos a tener en cuenta, además la evaluación por juicio de expertos para validar los instrumentos que servirán para su aplicación en el área de trabajo.

En la tercera parte se procedió a realizar las entrevistas respectivas a los pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa de Cardiología del Hospital, lo cual hizo que se determinara la verdadera población y muestra del grupo objeto de estudio y su nivel de dificultad para la consecución de una entrevista satisfactoria.

3.8.1. Base de Datos

Las referencias bibliográficas utilizadas para el presente proyecto fueron de mucha importancia, ya que el tema propuesto es una iniciativa joven que se está dando en otros países y que lo publicaron como el Servicio Vasco de Salud en el País Vasco, Argentina, además de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), los indicadores básicos de salud en las Américas proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicaciones de portales digitales de estadísticas en el Ecuador por parte del Ministerios de Salud Pública y del propio Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, también se tomó como referencia tesis con información teórica relacionada a la problemática que se planteó en el presente proyecto, así como revistas científicas de alto impacto como Scielo, la Asociación Americana del Corazón, etc., revelando que esta situación se da en otras partes del mundo y es posible hacerla realidad en el Ecuador.

Los instrumentos para la recopilación de datos se elaboraron en el programa informático de documentos de textos Word, los cuales fueron sometidos a prueba de validación por juicio de expertos tanto dentro de la universidad como en el Hospital lugar objeto de estudio y de esta manera proceder a ejecutar la técnica de recopilación de datos correspondiente la cual consiste en obtener información sobre los hábitos del paciente con Hipertensión Arterial con respecto a la medicación, actividad física, cumplimiento de instrucciones del médico, adherencia al tratamiento, conocimiento de patología: signos de alarma, complicaciones y factores de riesgo.

Evidentemente se ha manifestado que todo este proceso tiene sus oficios respectivos para la aprobación del proceso investigativo dentro de la institución en un periodo de espera y respuesta, el cual se dio sin novedades ni contratiempos y una vez aprobados, se continuo con la mejora de los instrumentos y la práctica de una prueba piloto con los primeros diseños de estos y con los mejorados dando como resultado una diferencia notable en cuanto a tiempo y utilidad de la información obtenida, ya que el primer formato tuvo muchos ítems para llenar y durante esta prueba se identificó que el tiempo que se tomó fueron aproximadamente 30 minutos, lo cual resultaba un poco

incómodo para el paciente entrevistado, además que la información que se proporcionaba era innecesaria y tomaba mucho tiempo en socializar, diferente a la entrevista realizada con el formato del instrumento actual, el cual tomo aproximadamente entre 7 a 12 minutos y la información que se brindaba era exacta, directa y sin mayores explicaciones que tomaban más tiempo.

3.8.2. Procesamiento y Análisis de Datos.

Se utilizó el programa de elaboración de hojas de cálculo de Excel para la creación de la estructura de la base de datos obtenidos durante la ejecución de la técnica de investigación con su respectiva codificación y posteriormente la tabulación de los datos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

Los datos que se analizaron van relacionados con los objetivos planteados en el inicio del proyecto, de manera meticulosa, representadas gráficamente y debido a la facilidad de las respuestas resulta muy útil para la interpretación de los resultados de la investigación.

4.2. Análisis e Interpretación de Datos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO.

Tabla 5 Datos demográficos de la población.

EDAD	%
43 - 50	3%
51 - 60	28%
61 - 70	31%
71 - 80	28%
81 - 90	6%
91 - 92	3%
TOTAL	100%
MEDIA= 66,69	DESVIACION ESTANDAR= 10,9
MAXIMO= 91	MINIMO= 43
SEXO	%
MASCULINO	53%
FEMENINO	47%
TOTAL	100%
ESTADO CIVIL	%
SOLTERO/A	3%
CASADO/A	69%
VIUDO/A	22%
DIVORCIADO/A	3%
UNIÓN LIBRE	3%
TOTAL	100%

Análisis:

De la población objeto de estudio se logró constatar que, del totalidad; un 31% oscilaban entre 61 a 70 años lo que equivale a la mayoría, ya que el siguiente grupo estaba entre los 51 a 60 y 71 a 80 años, ambos grupos con un 28%, además, se determinó que el 53% pertenecía al sexo masculino mientras que el 47% pertenece al sexo femenino, adicionalmente, el 69% de esta población está casado/a.

4.2.1. ACTIVIDADES QUE DEBE CONTENER UN PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE CARDIÓPATA CON HIPERTENSION ARTERIAL

Para determinar las actividades que debe contener un plan de cuidados estandarizado en determinada patología, se debe utilizar como referencia el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual es la base en la que se sustenta el plan ya mencionado anteriormente.

El PAE tiene su estructura de la que se basan los planes estandarizados tanto individuales como colectivos y es que éste está diseñado bajo la metodología de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC, en donde NANDA es referencia del libro de Diagnósticos de Enfermería, NOC es referencia de los resultados a esperar y NIC son las actividades e intervenciones de Enfermería, de las cuales se toma en este caso únicamente las actividades que se describen en la siguiente tabla

Tabla 6 Actividades incluidas en el PAE Hipertensión arterial.

ACTIVIDADES	CRITERIOS
Actividades físicas	Caminata Estiramientos Andar en bicicleta Otros
Educación al paciente	Alimentación Ejercicio Medicación Toma y registro de Tensión Arterial
Evaluación y educación al paciente sobre Signos de alarma correspondientes a la Hipertensión Arterial	Dolor en el pecho Cansancio repentino Dolor de cabeza fuerte Sudoración excesiva Zumbidos en los oídos
Evaluación y educación al paciente sobre factores de riesgo correspondientes a la Hipertensión Arterial	Obesidad Diabetes Tabaquismo

Análisis:

Actividades que se enuncian en el Proceso de Atención de Enfermería, por lo cual se aplican en la entrevista realizada a los usuarios en el servicio de consulta externa de cardiología.

Además se identificó las actividades físicas que desarrollan actualmente los pacientes con HTA del hospital, las mismas que se presentan en el grafico número 1

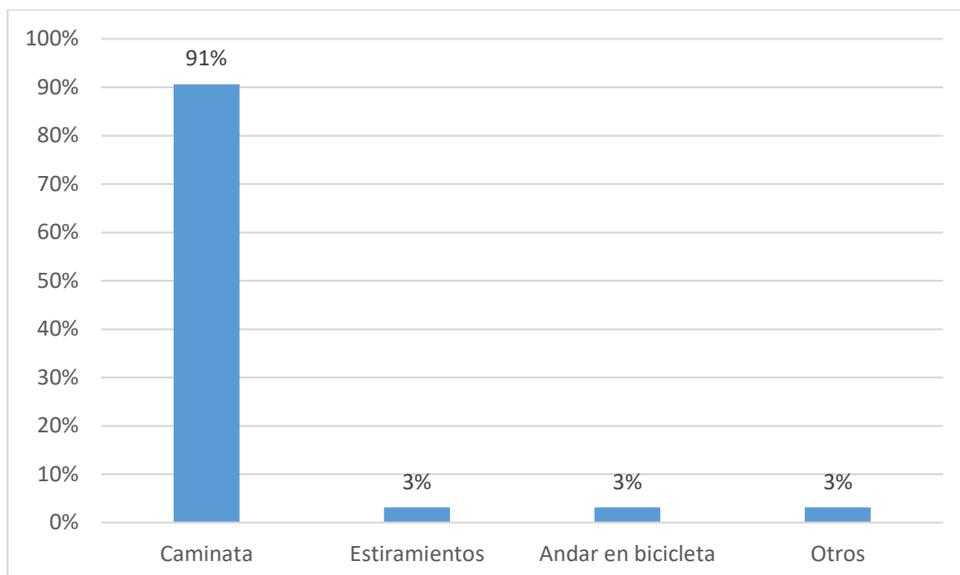


Gráfico 1 Realización de Actividad Física

Análisis de los resultados

En el grafico se evidencia que del total de pacientes entrevistados el 91% realiza actividad física, es decir una gran mayoría.

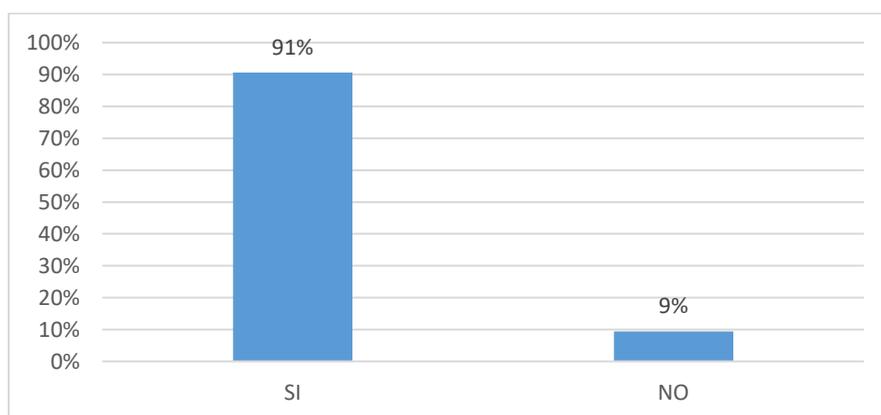


Gráfico 2 Educación sobre alimentación

Análisis de los resultados

Mediante la entrevista realizada sobre la educación referente a la alimentación manifestaron con el 91% que si recibieron y captaron la

información brindada por el profesional de salud a diferencia de un 9% que manifestaron no.

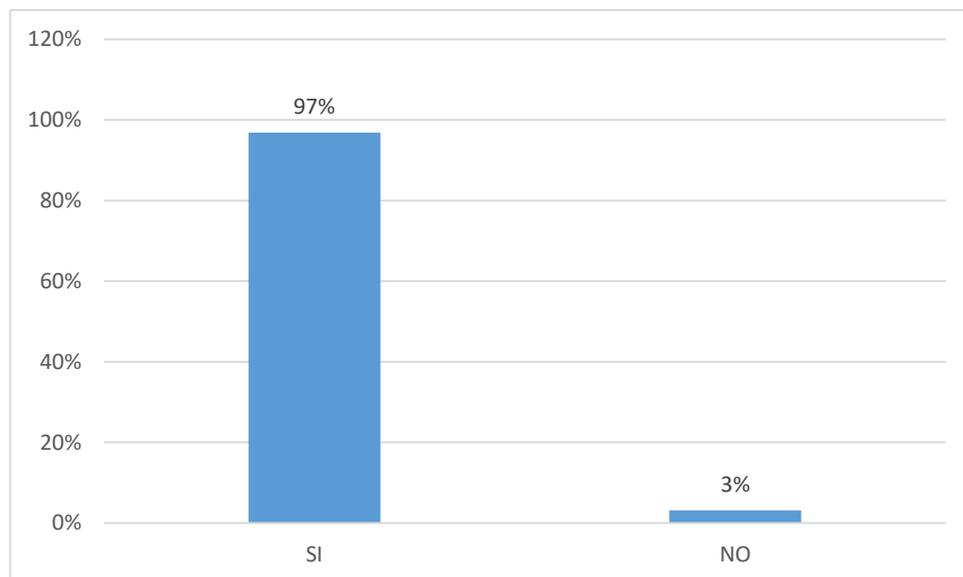


Gráfico 3 Educación sobre Ejercicio

Análisis de resultados

Conforme a la entrevista aplicada a los usuarios que acuden al servicio de Consulta Externa mencionaron que el 97% si reciben y ponen en práctica la educación sobre el ejercicio y solo un paciente (3%) no lo hace.

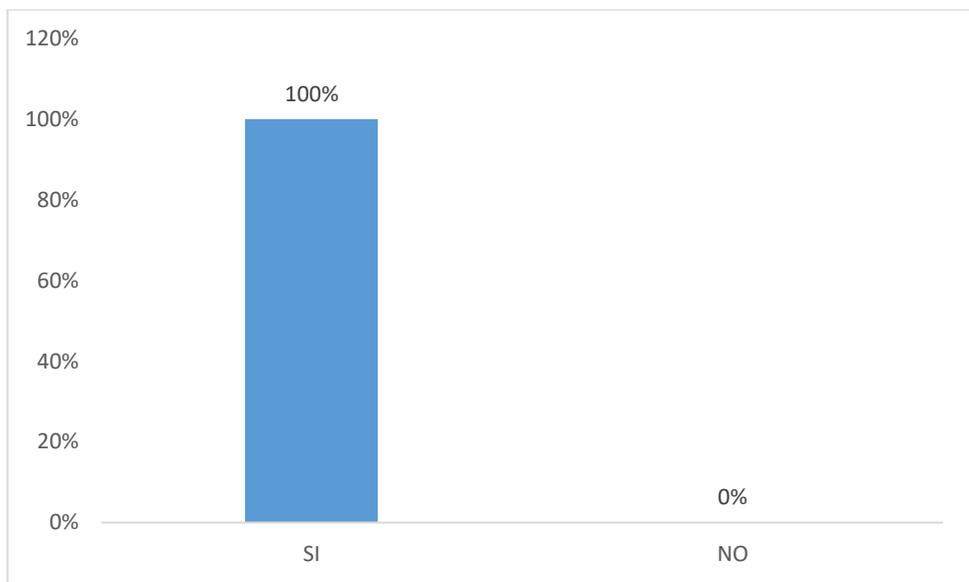


Gráfico 4 Educación sobre medicación.

Análisis de los resultados

Representación gráfica de que la totalidad de los pacientes reciben y aplican la educación sobre la medicación.

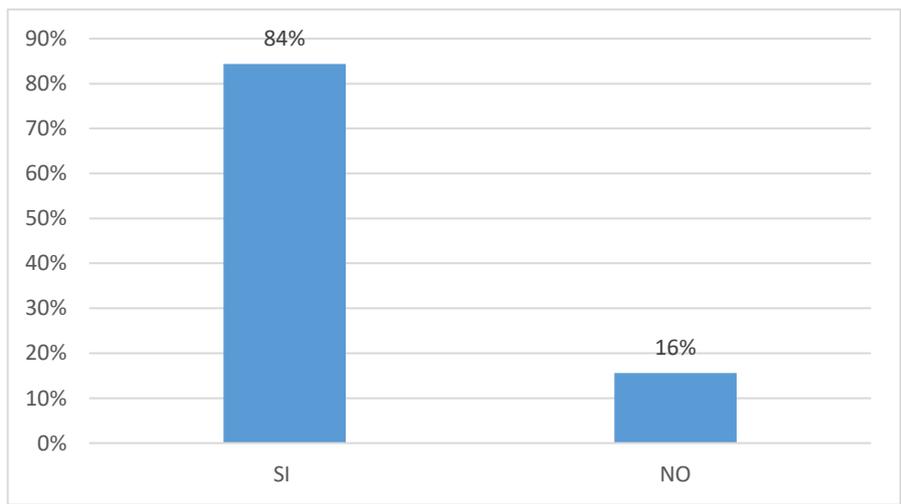


Gráfico 5 Conocimiento ante educación sobre toma y registro de Tensión Arterial

Análisis de resultados

Se interpreta del grafico que el 84% de la totalidad de los pacientes si han recibido educación sobre toma y registro de la tensión arterial ante un 16% que no lo ha hecho.

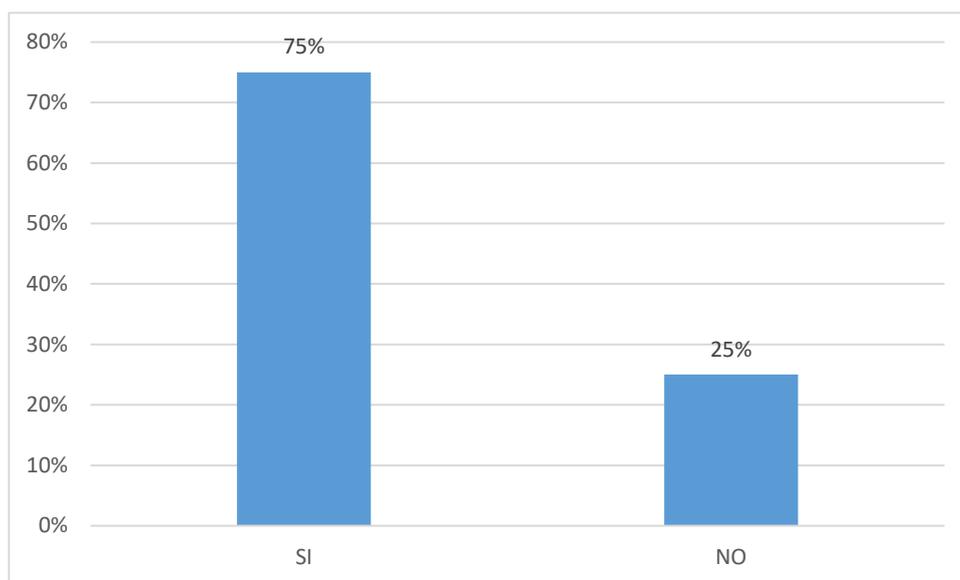


Gráfico 6 Conocimiento de patología: dolor de pecho.

Análisis de resultados

La mayoría de los pacientes entrevistados si tienen conocimiento y aplican la toma y registro periódico de tensión arterial.

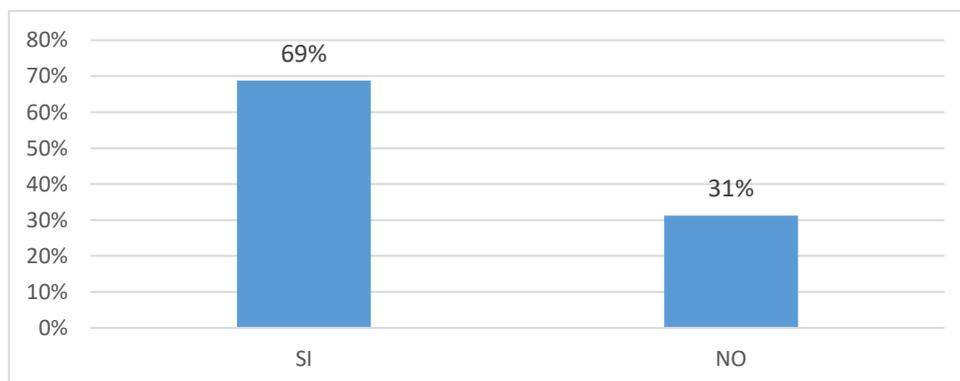


Gráfico 7 Conocimiento de Patología: Cansancio repentino

Análisis de resultados

La presencia de conocimiento sobre el cansancio repentino como signo de alarma se evidenció en un 69% de los usuarios entrevistados frente a un 31% que desconocía ello.

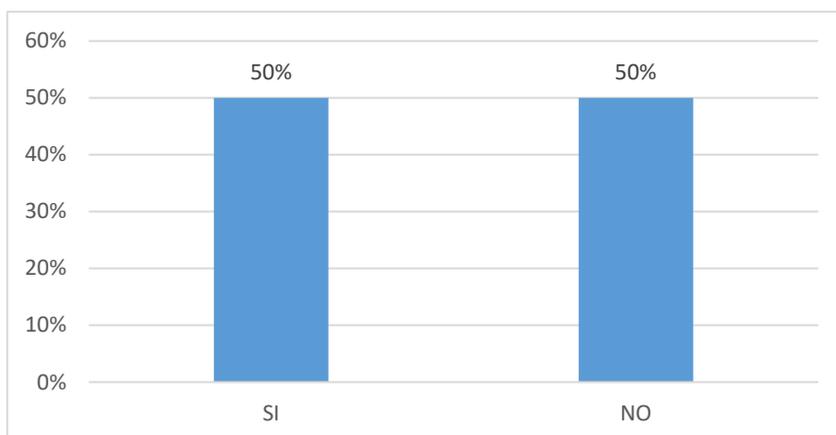


Gráfico 8 Conocimiento de patología: dolor de cabeza fuerte

Análisis de resultados

En esta figura se ve una igualdad entre las personas que reconocen y quienes no al dolor fuerte de cabeza como signo de alarma en Hipertensión arterial.

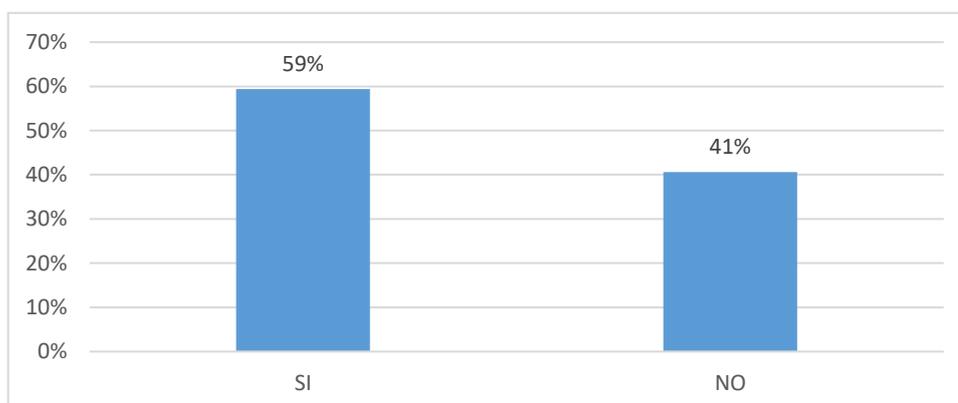


Gráfico 9 Conocimiento de patología: sudoración excesiva

Análisis de resultados

De los pacientes entrevistados se identificó mediante prueba estadística que existe una estrecha relación porcentual entre las personas que conocen como signo de alarma a la sudoración excesiva.

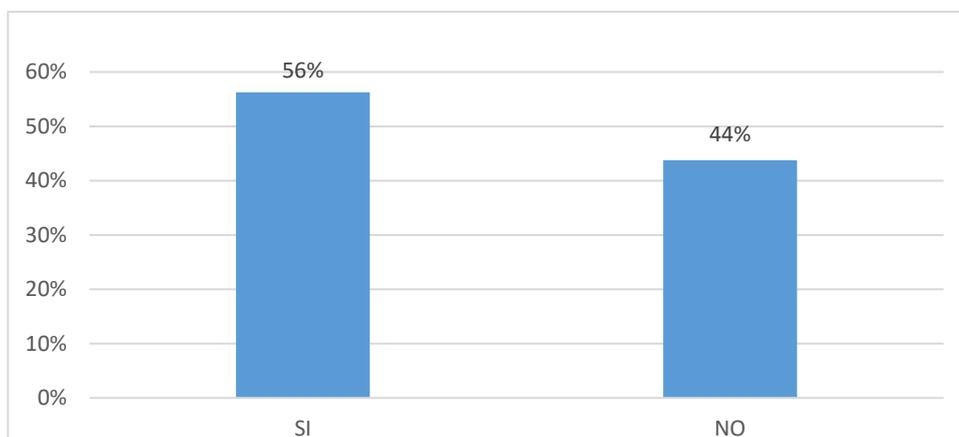


Gráfico 10 Conocimiento de patología: zumbidos en los oídos.

Análisis de los resultados

De los pacientes entrevistados el 56% reconoce que los zumbidos en los oídos son un signo de alarma, mientras que un 44% no lo hace.

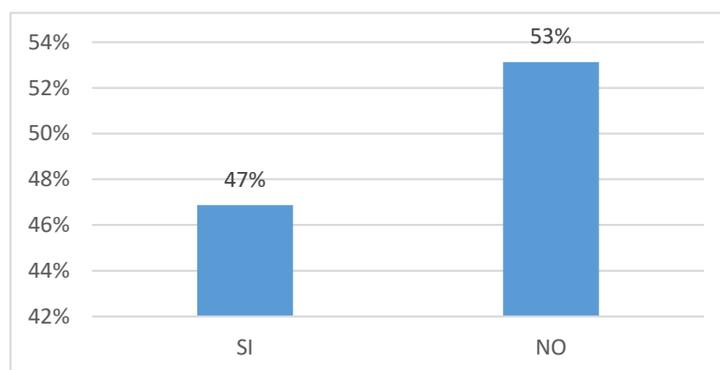


Gráfico 11 Conocimiento de factores de riesgo: Obesidad

Análisis de resultados

El representativo grafico demuestra que de los pacientes a quienes se les aplico la entrevista, solo el 47% dijo que si conocía que la obesidad es un factor de riesgo de la Hipertensión Arterial, a diferencia del 53% que expresó que no conocía, lo que da un resultado negativo en cuanto a información de los pacientes.

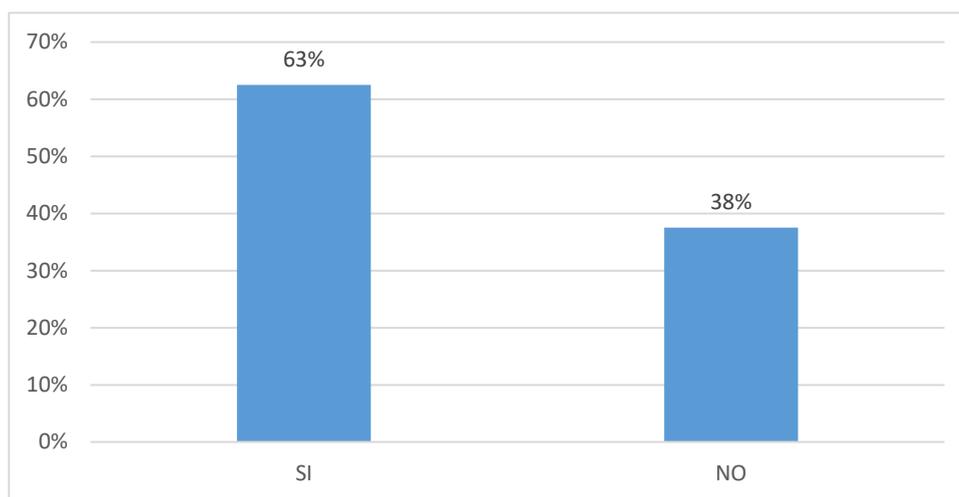


Gráfico 12 Conocimiento de factores de riesgo: Diabetes

Analisis de resultados

Se puede resolver que el 63% de los usuarios entrevistados tiene conocimiento que la diabetes es un factor de riesgo de la Hipertensión Arterial, mientras que el 38% no tiene conocimiento de ello.

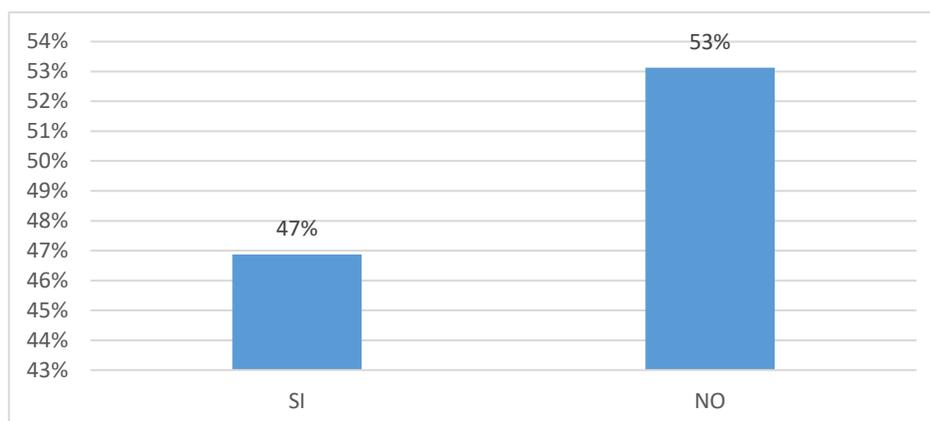


Gráfico 13 Conocimiento de factores de riesgo: Tabaquismo.

Análisis de resultados

Ante la entrevista efectuada a los pacientes se identificó que el 47% tiene conocimiento que el tabaquismo es un factor de riesgo de la Hipertensión Arterial, mientras que un porcentaje más alto como el 53% no tiene conocimiento.

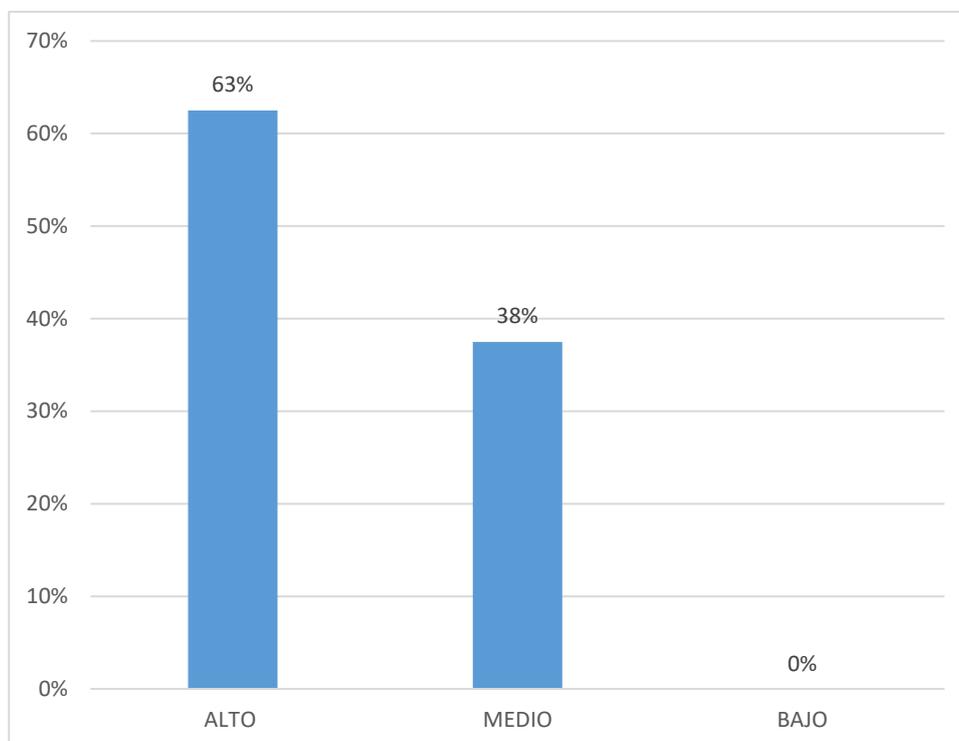


Gráfico 14 Evaluación del nivel de comprensión de instrucciones e información brindada durante la entrevista.

Análisis de resultados

Mientras se realizaba la entrevista se aplicó una evaluación para determinar la comprensión de los pacientes y se evidencia que el 63% tuvo un alto nivel de comprensión y un 38% tuvo un nivel medio de comprensión.

4.2.2. Dificultades presentes por la ausencia de un plan estandarizado postconsulta.

En respuesta al segundo objetivo del proyecto planteado el cual es identificar las dificultades presentes en un plan estandarizado post consulta o durante la

realización de éste pueden ser la frecuencia de las complicaciones relacionadas a la Hipertension Arterial de los pacientes que acuden al servicio por este motivo.

El comportamiento de la frecuencia de estas complicaciones se pueden observar en el grafico N°15.

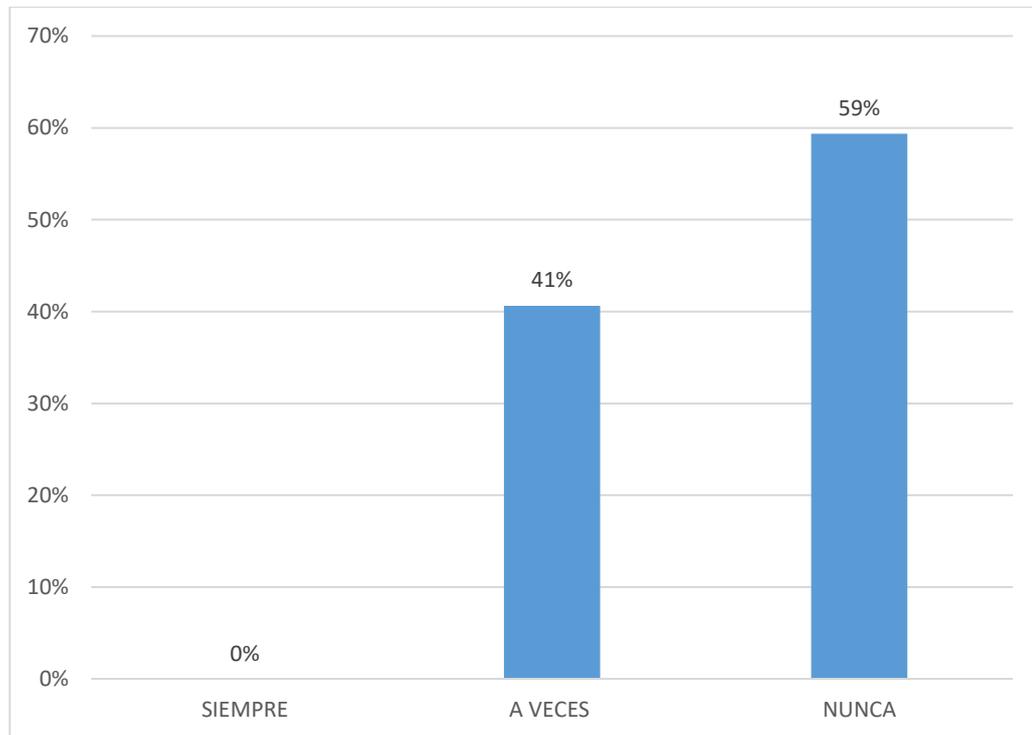


Gráfico 15 Frecuencia de las complicaciones

Análisis de resultados

Descripción grafica estadísticamente de la frecuencia de las complicaciones de la Hipertensión Arterial en los usuarios entrevistados la cual arrojo datos de que un 59% de ellos nunca han presentado complicaciones mientras cumplan con su tratamiento médico y farmacológico frente a un 41% que manifestaron que las complicaciones se les presentan a veces y nadie presenta siempre las complicaciones descritas en los instrumentos de investigación.

4.2.3. Beneficios de la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en pacientes cardiopatas con Hipertensión Arterial.

La aplicación de un plan estandarizado, logra los objetivos planteados de acuerdo a su metodología y área en la que se realiza, además de la priorización de lo logrado.

En este caso se está dando respuesta al objetivo 3, el cual es determinar los beneficios de la aplicación de dicho plan, durante la entrevista realizada se identificó uno de esos beneficios importantes como es la adherencia al tratamiento, el cual se muestra y se explica en el grafico N°16

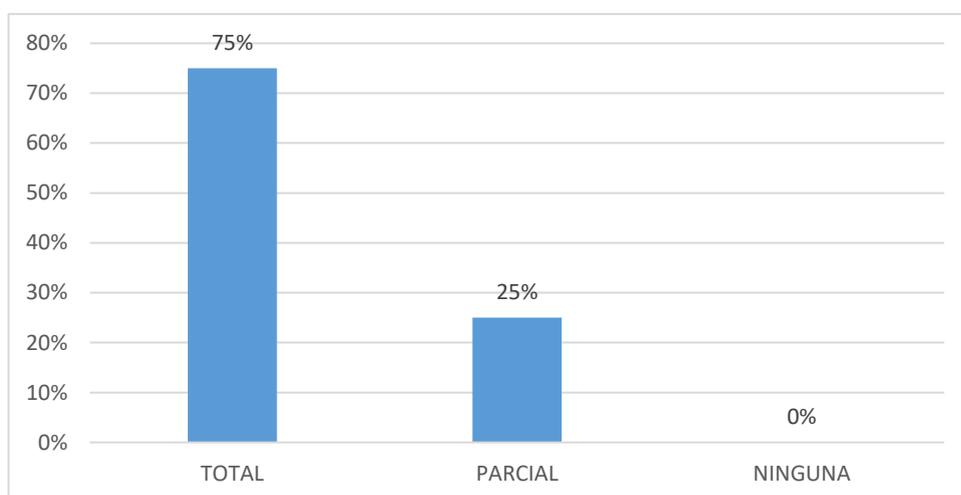


Gráfico 16 Adherencia al tratamiento.

Análisis de resultados

De los 32 pacientes que aceptaron la entrevista, se evidencia una adherencia al tratamiento en un 75% de los sujetos, una 25% de adherencia parcial y 0% de no adherencia.

4.2.4. Componentes del plan estandarizado postconsulta que permitan mejorar los procesos de recuperación de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019

Para la identificación y determinación de los componentes que contiene un plan estandarizado, nos remitimos al marco teórico descrito en el capítulo II del presente proyecto y en el anexo PAE, pero para sintetizar se podría decir que éstos son básicamente de promoción de salud como por ejemplo educación sanitaria, la cual está fundamentada bajo la interrelación NANDA-NOC-NIC explicada en el punto 4.4.2. Los diagnósticos a utilizarse son seleccionados de acuerdo al criterio enfermero, es decir, no es “una camisa de fuerza” a la hora de elegir un diagnóstico, un criterio de evolución y las intervenciones, pues, aunque tiene fundamentación científica, también es necesaria la experiencia y la habilidad del Personal de Enfermería adquirida incluso desde la etapa educativa.

4.2.5. Comprobación de hipótesis

Para comprobar la hipótesis planteada que se refiere a la aplicación de un plan estandarizado postconsulta mejora la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, Periodo enero – marzo 2019; se ha establecido la relación entre la aplicación de instrucciones con la adherencia al tratamiento como se muestra en el gráfico N° 17

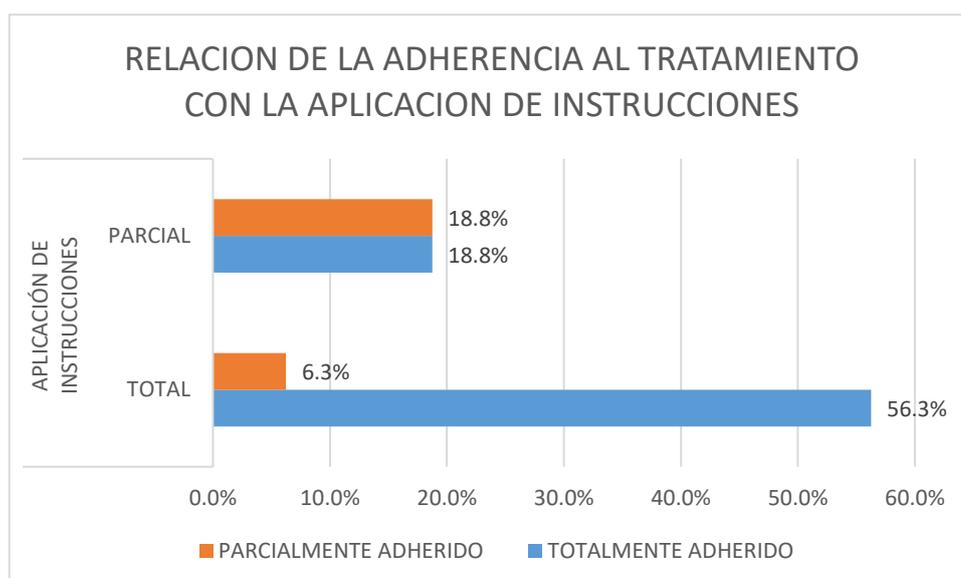


Gráfico 17 Relación existente entre la adherencia al tratamiento con la aplicación de instrucciones.

Análisis:

El grafico se interpreta que de las personas que fueron entrevistadas las que aplicaban totalmente las instrucciones son las que están totalmente adheridas al tratamiento con un 56,3%. Lo que quiere decir que a mayor aplicación de instrucciones por parte del personal médico y de Enfermería, mayor será la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, se efectuó una relación entre el nivel de comprensión de las instrucciones con la adherencia al tratamiento para encontrar una respuesta a la hipótesis planteada; la descripción estadística está representada en el grafico N°18.

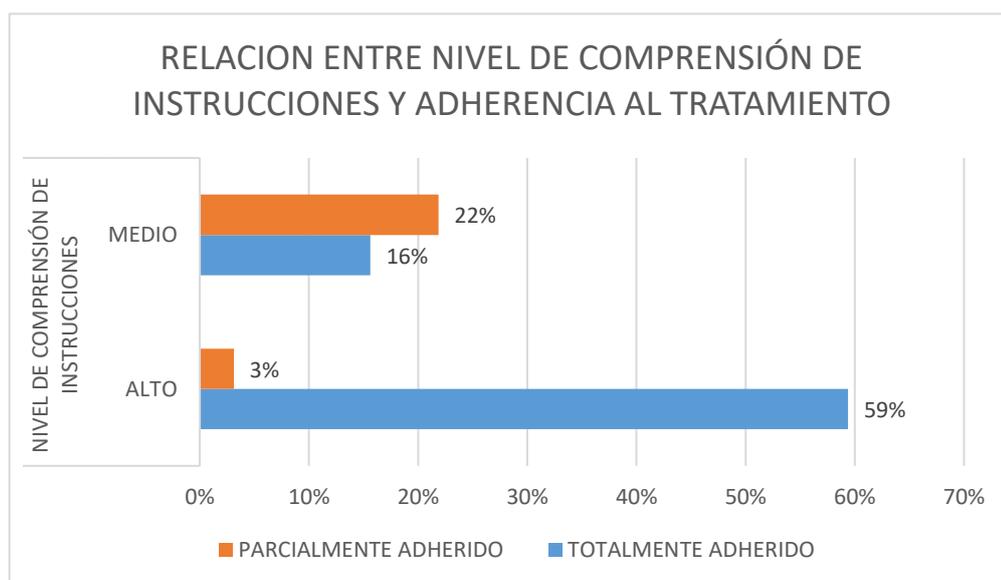


Gráfico 18 Relación entre nivel de comprensión de instrucciones y adherencia al tratamiento

Análisis:

El grafico explica que las personas que lograron una comprensión alta a las instrucciones adquirieron una adherencia total al tratamiento con un

59%. Lo que nos indica que a mayor nivel comprensión de instrucciones, sera mayor su adherencia terapéutica.

4.3. Conclusiones

Se concluye que los datos obtenidos permitieron identificar que una gran mayoría de los pacientes con Hipertensión Arterial siguen correctamente las indicaciones terapéuticas, farmacológicas y dietéticas brindadas por el profesional de la salud, pero en cuanto a conocimientos sobre factores de riesgo no están informados, además, como ya se mencionó anteriormente el adulto y el adulto mayor tienen un proceso de aprendizaje un poco más difícil que el de un niño, pues ya han vivido lo suficiente como para saber muchas cosas y adaptarse o reconocer que esa nueva información descarta su creencia de que esta es lo correcto, le será difícil, hasta llegar al punto en el que no lo aceptara totalmente.

Se logró identificar que las personas tienen un nivel aceptable de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial, pero saben lo que su médico les dice e ignoran otros aspectos, como cuidados en casa respecto a alimentación, estilo de vida, etc.

La mayoría de los pacientes desconocen que la obesidad es un factor de riesgo de la Hipertensión Arterial.

Evidentemente, se pudo notar que si hay un nivel satisfactorio de adherencia al tratamiento, lo cual es un beneficio en caso de que se aplicara un plan estandarizado en el servicio.

Una dificultad ante la descripción de los componentes de un plan estandarizado seria hallar un valor porcentual alto de frecuencia de las complicaciones, lo cual en este caso no sucedió, pero la diferencia era solo de un 11% entre Nunca y a veces.

Finalmente y basados en la evidencia se concluye que se cumplió con el objetivo de determinar los componentes de un Plan Estandarizado, ya que se

cubrieron cada uno de aquellos aspectos a tomar en cuenta y si se diera la situación de aplicarse, se tendrían resultados positivos.

Como afirman (Posos M, Jimenez J, 2013) “la estandarización de cuidados de enfermería se ha fortalecido mucho en los últimos años con la aplicación del PAE y el uso de las clasificaciones taxonómicas”, es decir, como se venía explicando en los capítulos anteriores, el plan estandarizado de enfermería utiliza la misma metodología que el PAE, lo que fortalece la calidad de atención sanitaria.

En un estudio realizado en España por (C. Cuzco, N Guash, 2015) en el área de Cuidados Intensivos realizando y aplicando un plan de cuidados estandarizado determinaron que esto contribuye a la mejora de en los resultados de los cuidados que brinda el personal de enfermería.

Lo cual es base suficiente para considerar la aplicación y evaluación de un plan estandarizado en las diferentes áreas de los diferentes establecimientos de salud.

4.4. Recomendaciones

Se recomienda la estandarización de un proceso de atención en enfermería postconsulta con enfoque de promoción de salud en el servicio de consulta externa de cardiología para pacientes con Hipertensión Arterial.

Se recomienda un fortalecimiento en promoción de salud en cuanto a proporción de información sanitaria de calidad a los pacientes que acuden al servicio.

Se recomienda la creación de un servicio postconsulta en el área de consulta externa de cardiología

Se recomienda una evaluación del plan estandarizado.

Se recomienda un seguimiento de la aplicación del plan estandarizado.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la Propuesta de Aplicación

Plan estandarizado de aplicación postconsulta para pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial (Primaria).

5.2. Antecedentes

Hasta la actualidad, solo existen investigaciones previas sobre niveles o grado de satisfacción en consulta externa de diferentes instituciones a nivel internacional, regional y local, todas plasmadas en diferentes plataformas científicas tales como revistas, portales web autorizados, e incluso el mismo google académico. Importante mencionar que sobre el tema planteado en el diseño de proyecto no existen referencias de indagación alguna.

En los resultados obtenidos en el proyecto, los componentes del Plan estandarizado identificados poseen viabilidad ya que los pacientes si conocen sobre su patología, además de la satisfactoria adherencia a su tratamiento por lo que se pronostica un impacto positivo a su ejecución.

Sin embargo, existen investigaciones sobre rehabilitación cardiaca publicadas en reconocidas revistas científicas, las más recientes y fuentes bibliográficas del presente proyecto datan del año 2000, por parte de Pinson A, en donde concluyen que la rehabilitación cardiaca aplicada en un plan estandarizado proporciona al profesional de enfermería un amplio campo de oportunidades para fortalecer sus conocimientos, habilidades, destrezas en la atención individualizada o en grupo al paciente, beneficiándose con ello, además de que estos programas tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes que reciben atención en las instituciones de salud de países del extranjero y en la sociedad.

5.3. Justificación

Debido a la ausencia de un plan estandarizado post consulta en el servicio, se plantea la propuesta de la aplicación de dicho plan y con su respectivo seguimiento para evaluar el impacto de su ejecución en los pacientes que asisten a Consulta externa, tanto a corto como a largo plazo, para de esta manera tener una idea de cómo se puede presentar el fenómeno ante la presencia de un plan estandarizado completo y evaluado.

Evidentemente un plan estandarizado se debe proporcionar en un servicio llamado Postconsulta, para que el paciente solo acuda a este sitio y reciba toda la información que necesite, se le brinde los instrumentos informativos correspondientes para el manejo en casa, para lo cual se presentó la iniciativa de la creación del mencionado servicio, tomada en cuenta por la persona con la capacidad de hacerlo posible, lo cual es motivación para los investigadores.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo General

Evaluar el impacto de la aplicación del plan estandarizado de post consulta en la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019

5.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la Hipertension Arterial como mayor motivo de consulta.
- Diseñar formatos apropiados para la recolección de datos de acorde a la patología.
- Solicitar la creación de un servicio de Postconsulta para la proporción del plan estandarizado.

5.5. Aspectos básicos de la propuesta de aplicación

El plan estandarizado pasara por las etapas de evaluación y corrección para su posterior aplicación por parte del personal de Licenciatura en enfermería en el servicio de Consulta externa o en el sub área de Postconsulta (en caso de que se haya creado).

Una vez aceptado, aplicado por parte del personal de Enfermería, éste hará un seguimiento vía telefónica (de preferencia) hasta su siguiente consulta en un lapso de tiempo en el que ellos consideren que oportuno.

5.5.1. Estructura General de la propuesta

1. Diseño del plan postconsulta con la metodología de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

5.5.2. Componentes

El proyecto que se propone esta dentro del ámbito de promoción de salud, un nivel de atención de salud poco visto en un Hospital de Especialidades, donde la fuerza en el nivel de atención es lo curativo, recuperación, tratamiento y rehabilitación y donde la promoción de salud no toma mucha de esta fuerza,

- Quienes lo realizaran será el profesional de licenciatura de Enfermería
- Aplicará en primer lugar entrevistas dirigidas a los pacientes que acudan al servicio de Consulta externa de cardiología
- Se asegurará de la programación al próximo turno a la consulta para realizarle un seguimiento al inicio y al final
- Realizará un seguimiento via telefónica con el correspondiente instrumento para la técnica de investigación seleccionada para que al final tenga una base de datos adecuada y proceder con el plan de tabulación y análisis.

5.6. Resultados Esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1. Alcance de la alternativa

Se espera que la aplicación de este plan ejerza un impacto positivo por su aplicación en los pacientes, además de ello, se mantenga o se eleven los datos sobre adherencia al tratamiento debido a nivel de comprensión de instrucciones, aplicación de las mismas o algún otro motivo planteado, beneficiándose de esta manera el paciente recibiendo información de calidad y al mismo tiempo el personal de enfermería ya que se fortalece en promoción de salud.

Se tiene la expectativa de que esta alternativa sirva como inspiración y tenga un alcance a nivel nacional, que los demás instituciones de salud reproduzcan esta iniciativa en todo el país y consecuentemente los pacientes con Hipertensión resulten los beneficiarios potenciales en cuanto a manejo de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Administracion Autonoma del pais Vasco. (1996). *Planes de cuidados estandarizados de Enfermeria*. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.
- AMIR. (2006). *AMIR Cardiología y Cirugia Cardiovascular* (3a ed.). Madrid: Grafinter.
- Bulechek G, Butcher Howard, Dochterman Joanne, Wagner C, W. C. (2014). *Clasificacion de Intervenciones de Enfermeria (NIC)* (6.^a ed.). Barcelona: Elsevier.
- C. Cuzco, N Guash. (2015). *Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos*. 26(4), 137-143.
- Cortez M. (2017). Qué es la Hipertensión enmascarada. *Que es la Hipertensión enmascarada*, p. 1.
- Doctissimo. (2019). Cardiópata [Diccionario web]. Recuperado de Doctissimo website:
<http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/cardiopata>
- Echeverría, R. (2017). *Hipertensión Arterial Epidemiología, Fisiología, Fisiopatología, Diagnóstico y Terapéutica*. Buenos Aires: SAHA.
- El Comercio. (s. f.-a). En Ecuador, la tasa de mortalidad masculina es mayor a la femenina | El Comercio. Recuperado 11 de diciembre de 2018, de El Comercio website:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-tasa-mortalidad-masculina-mayor.html>
- El Comercio. (s. f.-b). Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Ecuador. Recuperado 11 de diciembre de 2018, de El Comercio website:
<https://www.elcomercio.com/tendencias/enfermedadescardiovasculares-muertes-ecuador-cifras-juangabriel.html>
- Flores, M Lopez, A. (2006). *Hipertension Arterial*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Grupo CTO. (2012). *Manual CTO* (1a ed.). Madrid: CTO.

- Healthwise. (2018). Hipertensión Sistólica Aislada [Health Encyclopedia]. Recuperado de NorthShore website:
<https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=aa46579&Lang=es-us>
- Hospital de Especialidades FFAA N°1. (2017). *Estadísticas Cardiología Consulta Externa* (p. 2) [Anual]. Quito: Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1 Quito.
- Hospital Ramon y Cajal, U. de R. C. (2010). *Manual de Enfermería*. Madrid.
- Lara, M. L., & Saint, G. C. S. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (49 (1.er cuatrimestre)), 61-66.
- Mayo Clinic. (2019). Crisis Hipertensivas: ¿cuáles son los síntomas? [Portal Web de Clinica]. Recuperado de MAYO CLINIC website: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/hypertensive-crisis/faq-20058491>
- MSP. (2016). PERFIL DE MORTALIDAD POR SEXO [Publica]. Recuperado de <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes>
- Muñoz E, Arevalo E, Senior J, Fernandez A, Rodríguez A. (2014). *Hipertensión arterial resistente Estrategias de tratamiento y papel de la terapia de denervación simpática renal*. 57-63.
- OMENT. (2018, enero 19). Hipertensión: Nuevas guías de clasificación y tratamiento 2017. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/hipertension-nuevas-guias-de-clasificacion-y-tratamiento-2017/>

- OMS. (2019). Hipertensión [Sitio de internet reconocido]. Recuperado de Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Enfermedades Cardiovasculares [Portal web]. Recuperado de Organización Mundial de la Salud website: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Osakidetza. (2014). Hipertensión - HTA bata blanca y HTA enmascarada. Recuperado de euskadi.eus website: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkgpc02/es/contenidos/informacion/gpc_hta/es_bb_enmas/definicion_pronostico.html
- Peñaherrera, H. (2017). *Asesino Silencioso. Salud Publica*. Recuperado de www.redaccionmedica.ec
- Pinson A. (2000a). Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardíaca. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 8(1-4), 7.
- Pinson A. (2000b). *Participación y proyección de enfermería en los programas de rehabilitación cardíaca*. 8.
- Posos M, Jimenez J. (2013). *Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería*. 5.
- Salud, O. P. de la. (2017). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>
- Sanitaria Dos Mil. (2017). *Asesino Silencioso. Redacción Medica*. Recuperado de www.redaccionmedica.ec
- Sevillano A, Cabrera J, Gutierrez E, Morales, E, et al. (2015). *Hipertensión arterial maligna: una forma de presentación de la nefropatía IgA con mal pronóstico*. 8.

Suneja M, Sanders M. (2019). Emergencia Hipertensiva [Científica]. Recuperado de

Sociedad Iberoamericana de Información Científica website:

<https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/155749>

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

VARIABLES	INDICADOR	ÍNDICE	METODO	TECNICA	INSTRUMENTO
• Aplicación del plan de cuidados estandarizado	• Población dirigida	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 40 • Masculino • Femenino 	ANALITICO	Entrevista	Plan estandarizado
	• Actividades físicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Caminata • Estiramiento • Andar en bicicleta) 	• ANALITICO	Observación de videos Entrevista	• Ficha
	• Actividades de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación 	• ANALITICO	Entrevista	Plan estandarizado
	• Aprendizaje logrado	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de comprensión • Aplicación de instrucciones 	• ANALITICO	• Entrevista	• Ficha de Observación
	• Etapas de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Antes • Durante 	• ANALITICO	• Observación	• Ficha de Observación
	• Formas de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Vía telefónica • Visita domiciliaria • En la siguiente consulta. 	• ANALITICO	• Observación	• Ficha de Observación
• Proceso de recuperación del paciente cardíopata	• Nivel de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Suficiente • Regular • Poco • Nada 	• ANALITICO	• Observación	• Ficha de Observación
	• Nivel de aceptación • Grado de motivación	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Parcial • Ninguno 	• ANALITICO	• Observación	• Ficha de Observación
	• Grado de adherencia	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Parcial • Ninguno 	• ANALITICO	• Observación • Entrevista	• Ficha de Observación
	• Condiciones clínicas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio 	• ANALITICO	• Observación	• HCL
	• Frecuencia de las complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces • Nunca 	• ANALITICO	• Observación	• Ficha de Observación • HCL

Anexo 2. MATRIZ DE CONTINGENCIA

TEMA	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR	<p>¿Cómo influye la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en la recuperación de los pacientes cardiópatas que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo enero - marzo 2019?</p>	<p>Determinar los componentes del plan estandarizado postconsulta que permitan mejorar los procesos de recuperación de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019</p>	<p>La aplicación de un plan estandarizado postconsulta mejora la recuperación de los pacientes cardiópatas que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, Periodo enero – marzo 2019</p>
	PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué dificultades presentan los pacientes cardiópatas por la carencia de un plan estandarizado postconsulta? • ¿Qué actividades debe incluir el plan estandarizado postconsulta para el proceso de recuperación de pacientes cardiópatas? • ¿Cuáles son los beneficios que se obtienen con la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en el proceso de recuperación de los pacientes cardiópatas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar las actividades que debe contener un plan estandarizado postconsulta en el proceso de recuperación del paciente cardiópata. • Identificar las dificultades presentes por la ausencia de un plan estandarizado postconsulta. • Determinar los beneficios de la aplicación de un plan estandarizado postconsulta en pacientes cardiópatas. 	

Anexo 3. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CARDIÓPATAS POSTCONSULTA

PROCESO: CARDIOPATÍA HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

POBLACIÓN DIANA: Pacientes cardiopatas que acuden al servicio de consulta externa de Cardiología del HE1

Diagnóstico de enfermería (NANDA)		Objetivos de resultados (NOC)		Intervenciones de enfermería (NIC)	EVALUACIÓN		
					Indicadores		Escala de valoración del 1 al 5 (*)
Código		Código			Cód.		
000162 pág. 142	Disposición para mejorar la gestión de salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico	1830 pág. 181	Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. 	183003	Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad.	
				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento, así como los exámenes métodos de diagnóstico o control que su médico haya indicado. 	183005	Estrategias para reducir los factores de riesgo	
					183006	Importancia de completar el programa de rehabilitación cardiaca recomendado.	
				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los 	183009	Estrategias para limitar la ingestión de sodio	

				factores de riesgo cardiacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio).	183010	Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol	
				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos. 	183031	Actividad física recomendada	
				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos prescritos y la importancia de su adherencia al tratamiento farmacológico. Instruir al paciente y a la familia sobre la importancia del régimen farmacológico en caso de tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregante plaquetario 	183021	Efectos terapéuticos de la medicación.	
					183033	Efectos secundarios de la medicación	
				Fomento del ejercicio (0200)			
					163202	Identifica los beneficios esperados de la actividad física.	
				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, 	163203	Identifica las barreras para implementar la actividad física prescrita.	
				<ul style="list-style-type: none"> Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios 	163210	Participa en la actividad física diaria prescrita	
				Manejo del riesgo cardiaco (4050)	163216		
00097 pág. 139	Déficit de actividades recreativas r/c desconocimiento de actividades m/p temor a lesiones o complicaciones cardiacas	1632 pág. 162	Conducta de cumplimiento: actividad prescrita.				

				<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda. 		Identifica los síntomas que necesitan ser comunicados	
					163217	Explica al profesional sanitario los síntomas experimentados durante la actividad.	
	Complicación: episodio agudo de insuficiencia cardiaca	3106 pág. 109	Autocontrol: insuficiencia cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda. 	310605	Controla la frecuencia y el ritmo cardiacos	
310606					Controla la frecuencia respiratoria		
310607					Controla la falta de aliento		
310608					Controla la presión arterial		
				<ul style="list-style-type: none"> Organizar periodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga. 	310626	Equilibra actividad y descanso	

*Escala de valoración tipo Likert

1. Siempre demostrado
2. Frecuentemente demostrado
3. A veces demostrado
4. Raramente demostrado
5. Nunca demostrado

DIAGNOSTICOS DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CARDIOPATAS EN CONSULTA EXTERNA

1. DISPOSICION PARA MEJORAR LA GESTION DE LA SALUD (00162. Pág. 142)

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.

Criterios de resultados: Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca (1830. Pág. 181).

Indicadores: Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad (183003). Escala de medida del indicador de Likert **2**. Estrategias para reducir los factores de riesgo (183005). Escala de medida del indicador de Likert **1**. Importancia de completar el programa de rehabilitación cardiaca recomendado (183006). Escala de medida del indicador de Likert **1**. Estrategias para limitar la ingestión de sodio (183009). Escala de medida del indicador de Likert **1**. Beneficios de seguir una dieta baja en grasas y en colesterol (183010). Escala de medida del indicador de Likert **2**. Actividad física recomendada (183031). Escala de medida del indicador de Likert **1**. Efectos terapéuticos de la medicación (183021). Escala de medida del indicador de Likert **1**. Efectos secundarios de la medicación (183033). Escala de medida del indicador de Likert **1**.

Intervenciones de enfermería: Cuidados cardiacos: rehabilitación (4046. Pág. 133). Cuidados cardiacos (4040. Pág. 132).

2. DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097. Pág. 139)

Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio.

Criterios de resultados: Conducta de cumplimiento: actividad prescrita (1632. Pág. 162)

Indicadores: Identifica los beneficios esperados de la actividad física. (163202). Explica al profesional sanitario los síntomas experimentados durante la actividad (163217). Escala de medida del indicador de Likert **1**

Intervenciones de enfermería: Fomento del ejercicio (0200. Pág. 234). Manejo del riesgo cardiaco (4050. Pág. 322).

LINEAS DE ACCION

ACTIVIDADES	LINEA DE ACCION
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar mecanismos de notificación de novedades al personal sanitario responsable del caso.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento, así como los exámenes, métodos de diagnóstico o control que el especialista haya indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación y entrega de indicaciones propias de los respectivos exámenes presentes en el servicio.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las limitaciones y el progreso que el paciente debe conocer en la aplicación de las diferentes modalidades de tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos prescritos y la importancia de su adherencia al tratamiento farmacológico.. 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisar el cumplimiento del régimen farmacológico prescrito. Orientar sobre las complicaciones de la medicación sin prescripción.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y a la familia sobre la importancia del régimen farmacológico en caso tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregante plaquetario 	<ul style="list-style-type: none"> Educación sanitaria Proporcionar tríptico informativo de anticoagulante Proporcionar tríptico informativo sobre manejo de ASA
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Exponer videoclip sobre ejercicios idóneos para su condición, la frecuencia, la intensidad, periodos de descanso correspondientes a cada sesión. Solicitar asistencia al médico y/o fisioterapeuta, si corresponde.
<ul style="list-style-type: none"> Incluir al paciente y a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar sesiones informativas de las actividades que debe de cumplir los pacientes. Proporcionar un instrumento para control de cumplimiento de actividades.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar una ficha de registro de toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca para control de evidencia de cumplimiento con plan.
<ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda 	<ul style="list-style-type: none"> Breve descripción/charla sobre la patología Mostrar videoclip
<ul style="list-style-type: none"> Organizar los periodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un plan de ejercicios y periodos de ejecución. Establecer mecanismos de supervisión intrafamiliar en el cumplimiento de ejercicios.

INFORME DE ENFERMERIA SOAPIER

S: Pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa de Cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito refieren que no recuerdan las indicaciones que les dio el médico.

O: Pacientes en general presentan termorregulación normal, constantes vitales por dentro de los parámetros normales en consideración a edad, la mayoría adultos mayores, saturación de oxígeno autónoma normal y en pocos casos a demanda complementándose con oxigenoterapia, deambulación segura acompañada de familiar y/o cuidador.

A: Se priorizan los siguientes diagnósticos según NANDA:

- Déficit de actividades recreativas r/c edades extremas m/p temor a lesiones o complicaciones cardiacas
- Disposición para mejorar la gestión de salud m/p expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico

P: Se planifican las siguientes etiquetas (NIC):

- Cuidados cardiacos
- Cuidados cardiacos: agudos
- Cuidados cardiacos: rehabilitación
- Manejo del riesgo cardiaco
- Manejo de la medicación
- Control de la medicación.
- Fomento del ejercicio.

I: Se plantea el desarrollo de las siguientes actividades:

- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento, así como los exámenes métodos de diagnóstico o control que su médico haya indicado.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos

- Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos prescritos y la importancia de su adherencia al tratamiento farmacológico.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la importancia del régimen farmacológico en caso de tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregante plaquetario
- Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud,
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Instruir al paciente y a la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda.
- Organizar periodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.

E: Pacientes responden a indicaciones del plan estandarizado, se prevé que logre impacto positivo.

R: Resultados pendientes en espera de impacto de objeto de investigación.

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes egresados: Bryan Benavides Espinoza y Andrea Peñafiel Acosta, de la Universidad Técnica de Babahoyo. El propósito de este estudio es Evaluar el impacto de la aplicación del plan estandarizado de post consulta en la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, así como también extraer muestras (si es el caso) y tomar fotografías de las mismas en su medio natural. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los estudiantes Bryan Benavides Espinoza y Andrea Peñafiel Acosta. He sido informado (a) de que el propósito de este estudio es: Evaluar el impacto de la aplicación del plan estandarizado de post consulta en la recuperación de los pacientes cardiopatas que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, en el periodo Enero – marzo 2019.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Licenciada Jenny Pozo al teléfono 0995494917

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Licenciada Jenny Pozo al teléfono anteriormente mencionado.

C.I. -----
Nombre y cédula del Participante

Firma del Participante

Lugar y fecha

Anexo 5. INSTRUCTIVO DE FICHA DE SEGUIMIENTO TELEFONICO

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

INSTRUCTIVO DE FICHA DE SEGUIMIENTO TELEFONICO

Objetivo: registrar las actividades que debe cumplir el paciente con Hipertensión Arterial para seguimiento en Consulta Externa de Cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito.

INSTRUCTIVO:

- La ficha de seguimiento está formada por 37 ítems, con parámetros abiertos que deben ser descritos de acuerdo a las respuestas del paciente y otros datos que deben marcarse con una “X”.
- El registro de la información deberá ser realizado con letra imprenta, mayúsculas, utilizando esfero de tinta azul.
- En vista de que se trata de un seguimiento vía telefónica, los datos personales son proporcionados de las historias clínicas de los pacientes, así como otros datos que el mismo paciente o persona de contacto facilitará (los datos que se obtendrán de otras fuentes como la Historia clínica y/o la información de la ficha de seguimiento en la consulta, se deben registrar con anterioridad para ganar tiempo).
- El registro se realizará de acuerdo al siguiente detalle:
 1. En el casillero de Nombre, registrar Nombres y Apellidos del usuario.
 2. El casillero de Sexo marcar con una X en el que corresponda.
 3. El casillero de Edad, registrar en años la edad del paciente.
 4. Estado civil: marcar con una X en el casillero correspondiente.
 5. Marcar con una X si Trabaja, es jubilado o no trabaja en el casillero que corresponda.
 6. Marcar con una X en el casillero que corresponda si el paciente vive solo, vive con alguien o vive en residencia (p ej. Si vive en centro Gerontológico, etc.).
 7. En casillero #HCIU registrar el número de Historia Clínica del Paciente.
 8. Registrar el número de teléfono celular o fijo del paciente.
 9. Registrar la dirección del lugar de residencia del paciente, calles y avenidas.
 10. Registrar algún punto de referencia del lugar de donde vive el paciente.
 11. Registrar el nombre de una persona de contacto, con quien poder recolectar la información del paciente.
 12. Registrar el número de celular de la persona que colaborara como contacto del paciente. (si procede).
 13. Registrar el parentesco de esa persona de contacto con el paciente (p ej. Hijo, padre, madre, esposa/o, etc.).
 14. Antropometría: registrar la talla en centímetros, el peso en Kilogramos y el perímetro abdominal en centímetros

15. Signos vitales: Registrar la Saturación de Oxígeno en porcentaje, la frecuencia cardiaca en pulsaciones por minuto obtenidas de la historia clínica de la última consulta (si procede).
16. Registrar en letras claras el diagnóstico del paciente, proporcionado de su historia clínica.
17. Registrar con una **X** en el casillero que corresponde si la condición del paciente es ambulatoria o no.
18. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente toma anticoagulantes o no.
19. En casillero Frecuencia de Complicaciones, marcar con una **X** en la opción que corresponda.
20. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente realiza Caminatas, Estiramientos, Anda en Bicicleta o realiza otro tipo de actividad física (p ej, ir al gimnasio, bicicleta estática, etc.).
21. Registrar con una **X** en la sección actividades de educación al paciente en los casilleros que corresponda.
22. En la sección Medicación registrar en letra clara y entendible el medicamento que toma el paciente, la dosis, la frecuencia, además marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente tiene o no conocimiento del tipo de medicación.
23. Marcar con una **X** en los casilleros que corresponda si el paciente tiene conocimientos sobre cada uno de los signos de alarma indicados de su patología o no.
24. Marcar con una **X** en los casilleros que corresponda si el paciente tiene conocimientos sobre cada uno de los factores de riesgo indicados de su patología o no.
25. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda el nivel de comprensión de la paciente a las instrucciones que se le brindó.
26. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda la evaluación de la aplicación de las instrucciones que les haya dado al paciente para el autocuidado en casa.
27. Determinar en base a las preguntas realizadas al paciente sobre su régimen terapéutico ante su patología y registrar la adherencia al tratamiento marcando con una **X** en el casillero que corresponda.
28. Registrar en el casillero que corresponda marcando con una **X** el tipo de seguimiento que se esté realizando.
29. Responsables: registrar nombres y firmas de las personas encargadas de la aplicación de la ficha de seguimiento.

Anexo 6. INSTRUCTIVO DE FICHA DE SEGUIMIENTO

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

INSTRUCTIVO DE FICHA DE SEGUIMIENTO

Objetivo: registrar las actividades que debe cumplir el paciente con Hipertensión Arterial para seguimiento en Consulta Externa de Cardiología del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito.

INSTRUCTIVO:

- La ficha de seguimiento está formada por 37 ítems, con parámetros abiertos que deben ser descritos de acuerdo a las respuestas del paciente y otros datos que deben marcarse con una “X”.
 - El registro de la información deberá ser realizado con letra imprenta, mayúsculas, utilizando esfero de tinta azul.
 - El registro se realizará de acuerdo al siguiente detalle:
1. En el casillero de Nombre, registrar Nombres y Apellidos del usuario.
 2. El casillero de Sexo marcar con una X en el que corresponda.
 3. El casillero de Edad, registrar en años la edad del paciente.
 4. Estado civil: marcar con una X en el casillero correspondiente.
 5. Marcar con una X si Trabaja, es jubilado o no trabaja en el casillero que corresponda.
 6. Marcar con una X en el casillero que corresponda si el paciente vive solo, vive con alguien o vive en residencia (p ej. Si vive en centro Gerontológico, etc.).
 7. En casillero #HCIU registrar el número de Historia Clínica del Paciente.
 8. Registrar el número de teléfono celular o fijo del paciente.
 9. Registrar la dirección del lugar de residencia del paciente, calles y avenidas.
 10. Registrar algún punto de referencia del lugar de donde vive el paciente.
 11. En caso de que el paciente no posea capacidades de lectura y escritura para la colaboración con la ficha, registrar el nombre de una persona de contacto, con quien poder recolectar la información del paciente.
 12. Registrar el número de celular de la persona que colaborara como contacto del paciente. (si procede).
 13. Registrar el parentesco de esa persona de contacto con el paciente (p ej. Hijo, padre, madre, esposa/o, etc.).
 14. Antropometría: registrar la talla en centímetros, el peso en Kilogramos y el perímetro abdominal en centímetros
 15. Signos vitales: Registrar la Saturación de Oxígeno en porcentaje, la frecuencia cardiaca en pulsaciones por minuto.
 16. Registrar en letras claras el diagnóstico del paciente, proporcionado de su historia clínica.
 17. Registrar con una **X** en el casillero que corresponde si la condición del paciente es ambulatoria o no.

18. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente toma anticoagulantes o no.
19. En casillero Frecuencia de Complicaciones, marcar con una **X** en la opción que corresponda.
20. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente realiza Caminatas, Estiramientos, Anda en Bicicleta o realiza otro tipo de actividad física (p ej, ir al gimnasio, bicicleta estática, etc.).
21. Registrar con una **X** en la sección actividades de educación al paciente en los casilleros que corresponda.
22. En la sección Medicación registrar en letra clara y entendible el medicamento que toma el paciente, la dosis, la frecuencia, además marcar con una **X** en el casillero que corresponda si el paciente tiene o no conocimiento del tipo de medicación.
23. Marcar con una **X** en los casilleros que corresponda si el paciente tiene conocimientos sobre cada uno de los signos de alarma indicados de su patología o no.
24. Marcar con una **X** en los casilleros que corresponda si el paciente tiene conocimientos sobre cada uno de los factores de riesgo indicados de su patología o no.
25. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda el nivel de comprensión de la paciente a las instrucciones que se le brindó.
Si el paciente expresa con fluidez y seguridad sobre lo que entendió, se marcará con una X en ALTO
Si el paciente se expresa con titubeos y hace preguntas, se marcará con una X en MEDIO
Si el paciente se expresa con muchas dudas, no responde, hace muchas preguntas, etc, se marcará con una X en BAJO.
26. Marcar con una **X** en el casillero que corresponda la evaluación de la aplicación de las instrucciones que les haya dado al paciente para el autocuidado en casa.
27. Determinar en base a las preguntas realizadas al paciente sobre su régimen terapéutico ante su patología y registrar la adherencia al tratamiento marcando con una **X** en el casillero que corresponda.
28. Registrar en el casillero que corresponda marcando con una **X** el tipo de seguimiento que se esté realizando.
29. Responsables: registrar nombres y firmas de las personas encargadas de la aplicación de la ficha de seguimiento.
30. Registrar la firma del paciente.
31. En caso de que el paciente no pueda, registrar firma de familiar o de persona que colabora con la proporción de información del paciente.

Dieta a seguir



- Evitar consumir alimentos ricos en vitamina K como: col, coliflor, brócoli, coles de Bruselas, chocolate, etc.
- No fumar ni mascar tabaco
- No beber cerveza.

Actuación ante golpes o heridas

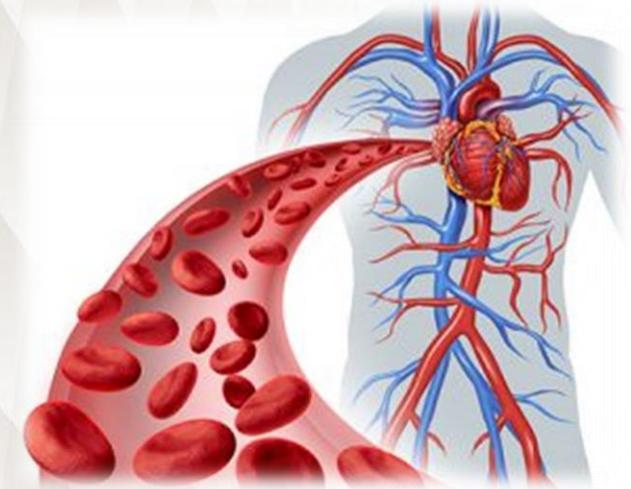
- Hacer presión en el sitio de herida o usar vendaje apretado para evitar la aparición de hematomas o incluso hielo.
- En caso de sangrado, presionar para que deje de sangrar

Dosis diaria que deberá tomar

DOSIFICACION						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
25 JUN 1/2	26 JUN 3/4	27 JUN 1/2	28 JUN 3/4	29 JUN 1/2	30 JUN 3/4	1 JUL 1/2
2 JUL 1/2	3 JUL 3/4	4 JUL 1/2	5 JUL 3/4	6 JUL 1/2	7 JUL 3/4	8 JUL 1/2
9 JUL 1/2	10 JUL 3/4	11 JUL 1/2	12 JUL 3/4	13 JUL 1/2	14 JUL 3/4	15 JUL 1/2
16 JUL 1/2	17 JUL 3/4	18 JUL 1/2	19 JUL 3/4	20 JUL 1/2	21 JUL 3/4	22 JUL 1/2
23 JUL 1/2	24 JUL 3/4	25 JUL 1/2	26 JUL 3/4	27 JUL 1/2	28 JUL 3/4	29 JUL 1/2

Activar WINDOWS
Ve a Configuración para activar

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)



Folleto informativo

Uso de Anticoagulantes



¿Qué son los anticoagulantes?

Son fármacos que hacen que la sangre tarde más en coagular, evitando que la vitamina K sea utilizada por el hígado para formar factores de coagulación. Pueden ser orales o inyectables.

¿Cómo se administran los anticoagulantes orales?



Se presentan en comprimidos que se pueden fraccionar y se toman por vía oral. Se deben tomar siempre a la misma hora.



¿Cómo saber la cantidad de anticoagulante que debe tomar?

El cardiólogo pauta una dosis según su constitución física. Luego se van realizando análisis para ver cuánto tiempo tarda la sangre en coagular, hasta encontrar una dosis adecuada.



¿Qué hacer cuando olvida una dosis?

Si se olvida tomar la pastilla a su hora: se puede tomar enseguida que se acuerde. Nunca podrá añadir la dosis olvidada a la del día siguiente.

Si toma más dosis de la indicada: el día siguiente deje de tomarla.

¿Cómo detectar posibles complicaciones?

Deberá comunicar al médico si presenta:

- Hemorragias
- Sangrados por: nariz, encías, orina, heces
- Pérdida de la visión o hemorragias en el ojo.
- Vómitos con sangre
- Hematomas (sin haber sufrido golpes).
- Hemorragias vaginales.

Actuación en caso de embarazo



Contacte inmediatamente al médico responsable del tratamiento anticoagulante para evitar malformaciones fetales, sobre todo durante el primer trimestre.

Pautas para un correcto seguimiento del tratamiento.

1. Acudir a todas las citas del médico especialista: se le hará un control para ajustar la dosis. En caso de irse de vacaciones tener que ir al dentista, hablar antes con el médico.
2. El paciente no debe cambiar nunca la dosis por su cuenta.
3. La tensión arterial debe estar bien controlada.
4. No tomar ningún medicamento nuevo sin antes consultar con su médico.
5. En caso de diarrea no tomar nunca sulfamidas ni Neomicina
6. Nunca tomar aspirinas y evitar toar antiinflamatorios.
7. Nunca tomar anticonceptivos orales sin acudir a su médico.
8. Prohibidas las inyecciones intramusculares
9. Si tiene complicaciones, acudir al servicio de urgencias más próximo y no esperar la próxima cita.
10. Seguir la dieta equilibrada, sin





¿QUE HACER?

- ✓ Controle periódicamente su presión arterial y anótela en una hoja de registro diario.
- ✓ Empiece a bajar de peso, su presión puede bajar con modestos descensos.
- ✓ Evite el consumo de sal y los alimentos que contienen Hidratos de Carbono: quesos, pan, galletas, comida comprada, bizcochos, sopas instantáneas o en cubos, salsa.
- ✓ Coma varias porciones de frutas y vegetales a diario.
- ✓ Consulte frecuentemente a su médico y adhiérase al tratamiento con los medicamentos prescritos. No realice cambios sin consultar a su médico. Dé aviso si por alguna razón abandona la medicación.
- ✓ Evite la ingesta de alcohol y fumar.
- ✓ Realice actividad física por lo menos 30 minutos 3 veces a la semana.

CLASIFICACION DE TENSION ARTERIAL

CLASIFICACIÓN PRESION ARTERIAL	PRESIÓN SISTOLICA mmHg	PRESIÓN DIASTOLICA mmHg
Normal	120	80
Pre hipertension	120-139	80-89
Etapa 1 hipertensión	140-158	90-99
Etapa 2 hipertensión	≥160	≥100



Una manzana al día
mantiene al médico
en la lejanía.



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO.

SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE CARDIOLOGIA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)



Folleto informativo
Educación al
paciente

Activar Win
Ve a Configura



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial alta, también conocida como hipertensión, implica que la sangre que corre a través de las arterias lo hace con demasiada fuerza y ejerce presión sobre sus paredes.

En algunos casos esta enfermedad puede manifestarse por: dolor de cabeza, zumbido de oídos, trastornos de la visión, mareos o palpitaciones.

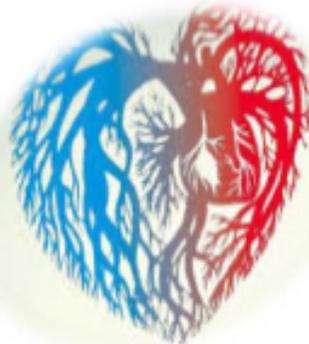
Ante la presencia de uno o más de estos síntomas o el hallazgo de cifras elevadas de presión arterial consulte a su médico, es el único profesional capacitado para realizar el diagnóstico de la enfermedad y brindar el tratamiento adecuado.



HTA: ASESINO SILENCIOSO

Se la considera así porque va dañando las arterias de distintos órganos como:

- **CEREBRO**, pudiendo causar accidente cerebro vascular
- **LOS RIÑONES**, pudiendo causar insuficiencia renal que puede terminar en diálisis.
- **EL CORAZON**, pudiendo provocar un infarto.



HTA: FACTORES DE RIESGO

- **Envejecimiento:** a medida que la población envejece, la prevalencia de la HTA se incrementa.
- **Factores socioeconómicos:** hay tasas más altas de HTA en grupos con nivel socioeconómico más bajo.
- **Sobrepeso y obesidad:** porque conllevan a un envejecimiento no exitoso y tienen mayor probabilidad de desarrollar Hipertensión arterial.
- **Hábitos alimentarios:** la población está cambiando estilos de dieta y reduciendo la actividad física.
- **Ingesta de alcohol:** porque esto aumenta la presión sanguínea y también aumenta la mortalidad cardiovascular en general.
- **Tabaquismo:** aumenta el riesgo de complicaciones de la Hipertensión.
- **Sedentarismo:** la actividad física reduce la presión sanguínea, disminuyendo la mortalidad por enfermedades del corazón.



Dieta a seguir

- La aspirina es mejor tomarla con las comidas ya que puede irritar el estómago y producimos molestias gástricas o indigestión si lo tomamos con el estómago vacío.
- A menos que su médico le diga lo contrario, usted puede seguir con su dieta habitual.

Tome en cuenta:

- Evite golpes bruscos o actividad con riesgo de golpes o cortaduras.
- Evite el consumo de alcohol y tabaco.
- Acuda a las consultas médicas en el horario que le haya citado su médico
- Cumpla con los exámenes que se les indique a realizar.



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO.

SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE CARDIOLOGIA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)



Folleto informativo
Uso de Aspirina

Activar Win
Ve a Configura



¿Qué es la Aspirina?

Es un fármaco que impide que se formen trombos en el torrente sanguíneo y previene o reduce el riesgo de infarto de miocardio, derrames cerebrales y de ataques transitorios de isquemia.

También ayuda a aliviar el dolor, la inflamación y la fiebre.

¿Cómo previene la aspirina un ataque cardiaco?

Cuando sangra, las plaquetas se acumulan en sitio de la herida formando un tapón para detener el sangrado. (Coagulación).

Esto también puede producirse en los vasos que nutren de sangre y proteínas al corazón si coagulo de sangre impide el flujo sanguíneo al corazón.



¿Debe tomar una aspirina diaria?

Primero debe hablar con su médico. Éste podrá ayudarle a prevenir un ataque cardiaco sugiriéndole la aspirina diaria si:

- Ya ha tenido un ataque cardiaco o un accidente cerebrovascular.
- No ha tenido un ataque cardiaco, pero le han colocado un Stent en una arteria coronaria.
- Nunca ha tenido un ataque cardiaco, pero está en riesgo de tenerlo.
- Es diabético/a y, al menos uno de los factores de riesgo de enfermedad cardiaca (tabaquismo, Presión arterial alta).

En resumen, antes de tomar una aspirina diaria, debe consultarlo con su médico.



Aspirina: interacciones medicamentosas:



Si ya está tomando un anticoagulante, como warfarina (Coumadin, Jantoven), apixabán (Eliquis), dabigatrán (Pradaxa) o rivaroxabán (Xarelto) por otra afección, combinarlo con aspirina puede aumentar considerablemente el riesgo de graves complicaciones de sangrado.

Hay otros medicamentos y suplementos herbarios que también pueden aumentar el riesgo de sangrado. Los medicamentos que pueden interactuar con la aspirina son:

- Heparina
- Ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros), cuando se toma habitualmente
- Corticosteroides
- Clopidogrel (Plavix)
- Algunos antidepresivos (clomipramina, paroxetina y otros)

Tomar ciertos suplementos dietéticos también puede aumentar el riesgo de sangrado. Algunos de estos pueden ser:

- Uña de gato
- Ácidos grasos omega-3 (aceite de pescado)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO POSTCONSULTA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)
FICHA DE SEGUIMIENTO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SEXO: M F EDAD _____ FECHA _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A DIVORCIADO/A UNIÓN LIBRE

TRABAJA NO TRABAJA JUBILADO/A VIVE SOLO/A VIVE CON ALGUIEN VIVE EN RESIDENCIA

HC/U _____ No. Telef. _____

PERSONA DE CONTACTO: _____ TELF CONTACTO: _____ PARENTESCO: _____

DIAGNÓSTICO

TALLA (cm): _____ PESO: _____ P. ABD _____ F.C: _____ SAT O₂%: _____

CONDICIÓN AMBULATORIA

TOMA SI
ANTICOAGULANTE NO

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES
SIEMPRE A VECES NUNCA

ACTIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS	CAMINATA	<input type="checkbox"/>
	ESTIRAMIENTOS	<input type="checkbox"/>
	ANDAR EN BICICLETA	<input type="checkbox"/>
	OTROS	<input type="checkbox"/>

EDUCACIÓN AL PACIENTE	ALIMENTACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	EJERCICIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	MEDICACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	TOMA Y REGISTRO DE TENSIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

MEDICACIÓN				CONOCIMIENTO DE TIPO DE MEDICACIÓN		CONOCIMIENTOS DE PATOLOGÍA		
MEDICAMENTO	DOSE	FRECUENCIA			SIGNOS DE ALARMA		FACTORES DE RIESGO	
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	• Dolor en el pecho SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Obesidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	• Cansancio repentino SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• Diabetes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	• Dolor de cabeza fuerte SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• Tabaquismo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	• Sudoración excesiva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Zumbidos en los oídos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

EVOLUCIÓN DE APRENDIZAJE		APLICACIÓN DE INSTRUCCIONES		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TIPO DE SEGUIMIENTO	
NIVEL DE COMPRENSIÓN DE INSTRUCCIONES	ALTO	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	EN LA CONSULTA <input type="checkbox"/> TELEFÓNICO <input type="checkbox"/>
	MEDIO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	
	BAJO	<input type="checkbox"/>	AUSENTE	<input type="checkbox"/>	NINGUNA	<input type="checkbox"/>	

RESPONSABLE(S)			
FIRMA DE PACIENTE			FIRMA DE FAMILIAR O CONTACTO



Quiseras del Medio 523 y Au
 Colombia
 Teléfono: 2368000
 www.hospitalmilitar.mil.ec

COMANDO CONJUNTO DE LAS FF.AA.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS No. 1

Oficio No. 19-025-HE-1-5
 Quito, 01 de marzo de 2019

Señores
 BENAVIDES ESPINOZA BRYAN VICENTE
 PEÑAFIEL ACOSTA ANDREA BRIGETTE

En su despacho.-

Asunto: Comunicando autorización

REF.: OF. No. 2019-061-HE-1-10 CPIC

De mi consideración:

Para su conocimiento comunico a ustedes señores estudiantes, que previo criterio favorable del Comité de Bioética y del Proceso de Investigación Clínica, esta Dirección le autoriza a que realice el trabajo de investigación sobre el tema "INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS Nº - 1, QUITO ECUADOR" por lo que agradeceré se sirvan dar cumplimiento a las normativas vigentes en esta Casa de Salud

Atentamente,



Dr. Marco Verdesoto L.

CRNL. CSM.

DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

EMCN/mans

Distribución:

Orig.	Dest.
Copia.	HE-1-5
Ref.	130





**COMANDO CONJUNTO DE LAS FF. AA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA. No. 1**



Memorando Nro. HE-1-DSSH-2019-0281-M

Quito, D.M., 01 de marzo de 2019

PARA: Sr. Ing. Juan Carlos Dillon Tamayo
Lider Unidad de Estadística y Admisión Hospitalaria

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SRTA. PEÑAFIEL ACOSTA ANDREA BRIGETTE

Pongo en su conocimiento señor Ingeniero, que previa opinión favorable del Comité de Bioética y del Proceso de Investigación, esta Dirección autoriza a la SRTA. PEÑAFIEL ACOSTA ANDREA BRIGETTE, a revisar las historias clínicas para realizar su trabajo de investigación. En tal virtud, agradeceré se sirva disponer a quien corresponda, brindar las facilidades correspondientes.

Cabe mencionar que por ningún concepto, las historias deberán salir del Archivo.

Atentamente,




Crnl. Marco Vinicio Verdesoto Lozano
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

mm



**COMANDO CONJUNTO DE LAS FF. AA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA. No. 1**



Memorando Nro. HE-1-DSSH-2019-0275-M

Quito, D.M., 28 de febrero de 2019

PARA: Sr. Ing. Juan Carlos Dillon Tamayo
Lider Unidad de Estadística y Admisión Hospitalaria

ASUNTO: AUTORIZACION SRTA. PAUCAR MAURET MARÍA BÉLEN Y SR.
BENAVIDES ESPINOZA BRYAN VICENTE

Pongo en su conocimiento señor Ingeniero, que previa opinión favorable del Comité de Bioética y del Proceso de Investigación, esta Dirección autoriza a la SRTA. PAUCAR MAURET MARÍA BÉLEN y al SR. BENAVIDES ESPINOZA BRYAN VICENTE, a revisar las historias clínicas para realizar su trabajo de investigación. En tal virtud, agradeceré se sirva disponer a quien corresponda, brindar las facilidades correspondientes.

Cabe mencionar que por ningún concepto, las historias deberán salir del Archivo.

Atentamente,



Cmnl. Marco Vinicio Verdesoto Lozano
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS

mn

Babahoyo, 03 de enero de 2019

Doctor
Edison Guerrero, Tcnl. CSM. Avc.
Coordinador de Docencia e Investigación.
HOSPITAL DE LAS FF.AA. HE-1
Presente.-

De mi consideración.

Por medio del presente solicito de la manera más comedida se digne autorizar a quien corresponda, se dé los permisos respectivos a los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA y ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA, Egresados de la Universidad Técnica de Babahoyo, para que puedan realizar su estudio, para la realización del trabajo de investigación intitulado: **"INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR"**, tema que ya ha sido aprobado por esta Facultad.

Por la amable atención que se digne a dar a la presente, aprovecho la ocasión para expresarle mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,



PH.D. Maiteza Gallegos Zurita.

Tutora Metodológica de proceso de investigación
Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Salud y Bienestar - UTB

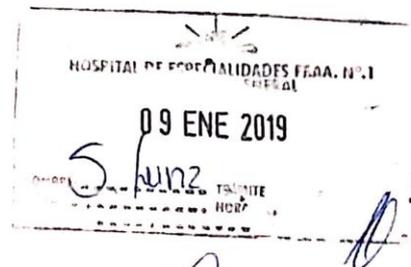
Babahoyo, 03 de enero de 2019

CRNL CSM
Marco Verdesoto L.
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS
Presente.-

Junto con saludarle y por medio de la presente solicitamos muy comedidamente, se digne autorizar la realización del trabajo de investigación titulado: "Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito, Ecuador". El estudio será de tipo longitudinal con enfoque prospectivo cuasi experimental en el periodo comprendido entre enero a marzo 2019 en el área de Consulta Externa de Cardiología de la Institución; para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería a los egresados BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA con C.I. 1206615484 y ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA con C.I. 1250622311.

Esperando una respuesta positiva, le agradecemos su gentileza.

Atentamente;



Bryan Bf

Bryan Vicente Benavides Espinoza
C.I. 1206615484
Telf: 0996382921

email: bryanviche120bena@hotmail.es
Egresado de la carrera de Licenciatura
en Enfermería

Andrea Peñañiel

Andrea Brigette Peñañiel Acosta
C.I. 1250622311
Telf: 0981786105

email: andreabpa31@hotmail.com
Egresado de la carrera de Licenciatura
en Enfermería



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 12 de diciembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotras, **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA**, con cédula de ciudadanía **1206615484** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, con cédula de ciudadanía **1250622311**, egresado(a) de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: **INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO – ECUADOR**. El mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

Bryan Benavides Espinoza
C.I 1206615484

Atentamente

Andrea Peñafiel Acosta
C.I 1250622311

Recibido
12-12-18
[Handwritten signature]
-03



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA** en calidad de Tutor del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Primera Etapa): **"INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO – ECUADOR."**, elaborado por los estudiantes: **BRYAN BENAVIDES ESPINOZA Y ANDREA PEÑAFIEL ACOSTA** de la Carrera de Enfermería de la Escuela De Salud Y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 12 días del mes de Diciembre del año 2018

Firma del Docente -Tutor
PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOVO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

"INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO - ECUADOR."

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA Y ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

No	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO			Puntos	
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2		Insuficiente 1
1	Idea o tema de investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relevancia de al menos dos variables	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación, y establece la relación de al menos dos variables	El tema de investigación no es relevante, pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que dan solución a la investigación y que están estrechamente relacionados con su hipótesis	Desarrolla interrogantes que no se derivan de la justificación y planteamiento del problema pero que dan solución a la investigación y que están estrechamente relacionados con su hipótesis	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que dan solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlas o evaluarlos.	4
5	Justificación	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, 16 de Enero del 2019

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc
COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, nosotros, **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA** con cedula de ciudadanía **1206615484** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, con cédula de ciudadanía **1250622311**, egresados de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, nos dirigimos a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega del Proyecto de Investigación (Segunda etapa): **Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, quito. Ecuador** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedamos de usted muy agradecidos.

BRYAN BENAVIDES ESPINOZA
C.I 1206615484

ANDREA PEÑAFIEL ACOSTA
C.I 1250622311

Recibido
16-1-19
15:54



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD**, en calidad de tutora del Proyecto de Investigación (Segunda etapa) con el tema: **Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Quito. Ecuador**, elaborado por los estudiantes **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 16 días del mes de enero del año 2019.


BIOL. MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD
CI.1203077902



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: _____

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE: PhD. MARITZA GALLEGOS ZURITA FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO - ECUADOR.

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA Y ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. N°: _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		
			Presencia	Virtual		Docente	Estudiante1	Estudiante2
1	14/12/2018	Recopilación de la Información		X	100%		Bryan B.d	
2	18/12/2018	Desarrollo del Capítulo I	X		20%		Bryan B.d	
2	20/12/2018	Corrección de Errores		X	48%		Bryan B.d	
1	21/12/2018	Desarrollo del Capítulo II y III	X		60%		Bryan B.d	
2	9/01/2019	elaboración de Matriz de Contingencia	X		70%		Bryan B.d	
1	14/01/2019	elaboración de Matriz de operacionalización de las Variables	X		90%		Bryan B.d	
2	15/01/2019	elaboración de Matriz de Metodo tecnico de Instrumento.	X		100%		Bryan B.d	



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD**, en calidad de tutora del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas n°1, Quito. Ecuador**, elaborado por los estudiantes **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de Abril del año 2019.

BIOL. MARITZA GALLEGOS ZURITA. PhD
CI.1203077902



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



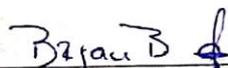
Babahoyo, 10 de abril del 2019

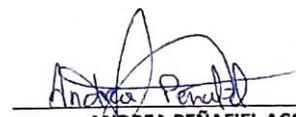
Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc
COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De mi consideración:

Por medio de la presente, nosotros, **BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA** con cedula de ciudadanía **1206615484** y **ANDREA BRIGETTE PEÑAFIEL ACOSTA**, con cédula de ciudadanía **1250622311**, egresados de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, nos dirigimos a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Informe Final del Proyecto de Investigación (tercera etapa), tema: **Influencia del plan estandarizado postconsulta, en la recuperación de pacientes que asisten a consulta externa de cardiología en el hospital de especialidades fuerzas armadas n°1, quito. Ecuador** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedamos de usted muy agradecidos.


BRYAN BENAVIDES ESPINOZA
C.I 1206615484


ANDREA PEÑAFIEL ACOSTA
C.I 1250622311

Recibido
por
10/4/2019.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaramos ser autores del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO. ECUADOR

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Licenciado (s) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de nuestra labor investigativa.

Así mismo damos fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizamos en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autores

Bryan Benavides Espinosa

C.I: 1206615484

Bryan B. d

Firma

Andrés Penabaz Acosta

C.I: 122062231

Andrés Penabaz

Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FICHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (TERCERA ETAPA)

FIRMA:

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: BIOL. MARITZA GALLEGOS ZURITA
TEMA DEL PROYECTO: INFLUENCIA DEL PLAN ESTANDARIZADO POSTCONSULTA, EN LA RECUPERACION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N°1, QUITO, ECUADOR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: BRYAN VICENTE BENAVIDES ESPINOZA.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: ANDREA BRIGETTE PEÑAHEL ACOSTA

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. N°

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
01:50-11:15	25/10/19	Revisión del plan de tabulación.	X		20%	Bryan B.	Andrea A.
01:50-11:15	29/10/19	Revisión del avance del procesamiento de datos.	X		30%	Bryan B.	Andrea A.
01:50-11:15	05/10/19	Revisión del capítulo 4	X	X	35%	Bryan B.	Andrea A.
01:50-11:15	11/10/19	Corrección de los resultados de los datos.	X	X	40%	Bryan B.	Andrea A.
11:00-11:00	12/10/19	Revisión del capítulo 5 (Propuesta de investigación)	X	X	50%	Bryan B.	Andrea A.
11:00-11:00	15/10/19	Validación de los objetivos.	X	X	60%	Bryan B.	Andrea A.
11:00-11:00	19/10/19	Elaboración general de la propuesta.	X	X	70%	Bryan B.	Andrea A.
7:50-9:30	22/10/19	Corrección de tablas	X	X	80%	Bryan B.	Andrea A.
11:00-11:00	28/10/19	Formulación de tablas curvas	X	X	90%	Bryan B.	Andrea A.
11:00-11:00	03/10/19	Revisión general del informe final.	X	X	100%	Bryan B.	Andrea A.