

**UNIVERSIDAD MAYOR SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO E INVESTIGACIONES
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**



**TESIS DE POST GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICO**

**EL PROCESO ENFERMERO Y LOS FACTORES
PREDISPONENTES QUE INFLUYEN LA INSUFICIENCIA
CARDIACA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA GESTION 2013**

TUTORA : Mgs.Sc. Lic. Magdalena Ribera Olivera

POSTULANTE : Lic. Fanny Lozano Pinaya

**La Paz – Bolivia
2015**

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y cumplir mi objetivo.

*A mis hijos por su apoyo incondicional y a todas las personas
que me motivaron para la conclusión del presente trabajo.*

AGRADECIMIENTO

A mi tutora: Lic. Mgs. Sc. Magdalena Ribera Olivera por su orientación desinteresada.

Al la Lic. Mgs. Sc Miriam Vargas Vilela por su colaboración y paciencia para la conclusión del presente trabajo.

Al Hospital Luis Uriá de la Oliva donde tuve la oportunidad de realizar esta investigación.

INDICE

	Pág.
INDICE DE ANEXOS.....	vii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
INDICE DE TABLAS.....	xi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xv

CAPITULO I

I.	INTRODUCCION.....	1
1.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	3
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
1.3	JUSTIFICACION.....	8
1.4	OBJETIVOS.....	8
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8

CAPITULO II

II	MARCO TEORICO.....	9
2.1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	9
2.1.1	TIPOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA.....	10
2.1.2	FACTORES PREDISONENTES Y DESENCADENANTES DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	14
2.1.3	ESTIMULANTES TOXICOS QUE CONTRIBUYEN A UNA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	24
2.1.4	DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	25
2.2	PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	28
2.2.1	IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	29
2.2.2	LAS VENTAJAS.....	30
2.2.3	CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DE ENFERMERIA.....	30

2.3	ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	31
2.3.1	PRIMERA ETAPA: VALORACION.....	31
2.3.2	SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO.....	32
2.3.3	TERCERA ETAPA: PLANIFICACION.....	33
2.3.4	CUARTA ETAPA: EJECUCION.....	36
2.3.5	QUINTA ETAPA: EVALUACION.....	37
2.4	TIPOS DE PLAN DE CUIDADOS.....	38
2.5	ATENCION Y PROCESOS ENFERMEROS ANTE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	39
2.5.1	PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.....	39
2.5.2	GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	40
2.5.3	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	41
2.5.4	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	42
2.6	FÁRMACOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	46
2.7	LAS TAXONOMÍAS DE ENFERMERÍA.....	48
2.8	LOS SISTEMAS DE CUIDADOS.....	52

CAPITULO III

III.	DISEÑO METODOLOGICO.....	54
3.1	TIPO DE ESTUDIO.....	54
3.2	DETERMINACIÓN Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	55
3.2.1	Variables Dependientes.....	55
3.2.2	Variable Independiente.....	55
3.2.3	Operacionalización de Variables.....	56
3.3	POBLACION.....	56
3.3.1	Criterios de inclusión.....	56
3.3.2	Criterios de exclusión.....	57
3.3.3	Criterios de eliminación.....	57
3.4	MUESTRA.....	57
3.5	METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	58

3.6	INSTRUMENTO.....	58
3.7	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	59
3.8	PROCEDIMIENTO.....	61
3.9	PROCESAMIENTO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.....	61

CAPITULO IV

IV.	PRESENTACION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	62
4.1	DESCRIPCION ESTADISTICA DE LAS VARIABLES BIO-SOCIAL Y LABORALES.....	62
4.2	DESCRIPCION ESTADISTICA DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS SOBRE EL PROCESO ENFERMERO Y LOS FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN LA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	65
4.2.1	Proceso Enfermero y Fact. Predisponentes Influyen la Insuficiencia Cardiaca..	65
4.2.2	Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca.....	66
4.3	DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	81

CAPITULO V

V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	90
5.1	CONCLUSIONES.....	90
5.2	RECOMENDACIONES.....	93

CAPITULO VI

VI.	PROPUESTA.....	96
6.1	INTRODUCCIÓN.....	96
6.2	JUSTIFICACIÓN.....	97
6.3	OBJETIVO GENERAL.....	97
6.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	98
6.5	RECURSOS HUMANOS.....	98
6.6	RECURSOS MATERIALES.....	99
6.7	PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DE ACUERDO A DIAGNÓSTICO, RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFER-	

MERÍA (NANDA, NOC Y NIC), RELACIONADO CON LA INSUFICIEN- CIA CARDIACA.....	99
6.7.1 RESUMEN DE PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	99
6.7.2 PROPUESTA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE ACUERDO A DIAGNÓSTICO, RESULTA- DOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NANDA, NOC Y NIC).....	101
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	120

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N°		Pág.
1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	125
2	FORMULARIOS DE ENCUESTAS.....	137
3	CALCULO DEL ALPHA DE CRONBACH.....	142
4	TABLAS (1 A 14).....	144
5.	GLOSARIO.....	151

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO		Pág.
Nº		
1	PATOLOGIA FRECUENTE QUE PREDISPONE LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	67
2	SINTOMA CLINICO FRECUENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	68
3	EXAMEN COMPLEMENTARIO DE DIAGNOSTICO PARA DETERMINAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	69
4	AGENTES TOXICOS QUE CONTRIBUYEN A LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	70
5	CAPACITACION RECIBIDA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013	71
6	PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE ENFERMERIA PRESTADO A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	72
7	EXISTENCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA ATENCION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIAS CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	73
8	EXISTENCIA DE FARMACOS SUFICIENTES PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	74
9	EXISTENCIA DE ADECUADA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO PARA REHABILITACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	75

10	HABITOS DE CONSUMO DE ESTIMULANTES O AGENTES TOXICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	76
11	ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	77
12	CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA RECIBIDA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	78
13	CAPACITACION E INFORMACION OTORGADA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013....	79
14	ACTIVIDAD DE ENFERMERIA RECIBIDA CON MAS FRECUENCIA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	80

INDICE DE TABLAS

TABLA

Nº		Pág.
1	PATOLOGIA FRECUENTE QUE PREDISPONE LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	144
2	SINTOMA CLINICO FRECUENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	144
3	EXAMEN COMPLEMENTARIO DE DIAGNOSTICO PARA DETERMINAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	145
4	AGENTES TOXICOS QUE CONTRIBUYEN A LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	145
5	CAPACITACION RECIBIDA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013	146
6	PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE ENFERMERIA PRESTADO A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	146
7	EXISTENCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA ATENCION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIAS CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	147
8	EXISTENCIA DE FARMACOS SUFICIENTES PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	147
9	EXISTENCIA DE ADECUADA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO PARA REHABILITACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	148

10	HABITOS DE CONSUMO DE ESTIMULANTES O AGENTES TOXICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	148
11	ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	149
12	CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA RECIBIDA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	149
13	CAPACITACION E INFORMAICON OTORGADA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013....	150
14	ACTIVIDAD DE ENFERMERIA RECIBIDA CON MAS FRECUENCIA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA 2013.....	150

RESUMEN

El Proceso Enfermero y los Factores Predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Adultos Mayores en el Hospital Luis Uría de la Oliva durante la Gestión 2013.

El presente estudio, pone en consideración la interrogante; ¿Cuál es el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva durante la Gestión 2013?. Para tal propósito, metodológicamente se definió un estudio descriptivo y de corte transversal, con respecto al tamaño de la muestra para las Profesionales de Enfermería se utilizó la fórmula estadística “Proporciones de una Población”, cuyo resultado fue 30 y para Pacientes con Insuficiencia Cardíaca fue 62, constituyendo el 100% de los atendidos en la gestión 2013. Asimismo, se aplicaron dos instrumentos tipo cuestionarios diseñados por la autora dirigida a las Profesionales de Enfermería y Pacientes. Para lograr los objetivos y contrastar la interrogante planteada se analizó material de información sobre: La Insuficiencia Cardíaca, tipos, factores predisponentes y desencadenantes, importancia, Etapas de la Atención de Enfermería, Plan de Cuidados de Enfermería, entre otros. Como consecuencia, la investigación estableció los siguientes resultados: Las enfermeras profesionales en un 100% son de sexo femenino, el tiempo de trabajo de la mayoría varía de 0 a 20 años de servicios. Con respecto a los Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca, 25 son de sexo masculino y 37 femenino, la mayoría está en el rango de 61 a 70 años, un 76% procede del Área Urbana y 21% del Rural, el 47% son viudos y el 24% aun casados, 63% accedieron hasta el nivel secundario y 21% solo hasta el primario, finalmente 89% son jubilados y un 8% aun trabajan eventualmente.

Con referencia a los Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Adultos Mayores, las Profesionales de Enfermería señalaron a la Hipertensión Arterial como patología principal, sobre los síntomas clínicos frecuentes, señalan a los edemas en miembros inferiores, como el examen complementario más usado para confirmar esta patología, refieren a los

electrocardiogramas, con relación a los estimulantes o agentes tóxicos que predisponen esta insuficiencia, pacientes y enfermeras señalan a los excesos de consumo de sal y/o azúcar. En referencia al Proceso Enfermero y su aplicación en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, un 90% de las Profesionales de Enfermería no recibió capacitación específica sobre cuidados de esta patología, sobre el procedimiento enfermero más relevante el 23% señala la toma de signos vitales, seguido de ingeridos y eliminados, aspecto que contrasta con la administración de medicamentos, mencionado por los pacientes. Igualmente las Profesionales de Enfermería no cuentan con un Plan de Cuidados para este tipo de pacientes, aspecto confirmado por los mismos, quienes en un 44% califican como regular su atención por este personal. En cuanto a la disponibilidad de fármacos en el Hospital para el tratamiento de pacientes críticos y post críticos las profesionales de enfermería, señalan como suficientes, finalmente sobre las condiciones de infraestructura y equipamiento que cuenta el Hospital el 60% de las encuestadas señalan como inadecuada.

ABSTRACT

The Process Nurse and the Predisposing Factors that influence the Heart failure in Major Adult Patients in the Hospital Luis Uría of the Olive during the Management 2013.

The present study, it puts in consideration the question; what is the Process a Nurse and the predisposing Factors that influence the Heart failure in Adult Patients Major who came to the Hospital Luis Uría of the Olive during the Management 2013?. For such an intention, methodologically a descriptive study was defined and of cross section, with regard to the size of the sample for the Professionals of Infirmary the statistical formula was used "Proportions of a Population", whose result was 30 and for Patients with Heart failure it was 62, constituting 100 % of the attended ones in the management 2013. Also, type there applied two instruments to themselves questionnaires designed by the authoress directed to the Professionals of Infirmary and Patients. To achieve the targets and to confirm the raised question information material was analyzed on: The Heart failure, types, predisposing factors and desencadenantes, importance, Stages of the Attention of Infirmary, Plan of Care of Infirmary, between others. As a result, the investigation established the following results: The professional nurses in 100 % are of feminine sex, the time of work of the different majority from 0 to 20 years of services. With regard to the Biggest Adult Patients with Heart failure, 25 are masculine sex and feminine 37, the majority is in the status from 61 to 70 years, 76 % comes from the Urban Area and 21 % of the Rural one, 47 % is a widowers and 24 % even married, 63 % gained access up to the secondary level and 21 % only up to the primary one, finally 89 % is retired and 8 % even works possibly.

With reference to the Factors that predispose the Heart failure in Major Adult Patients, the Professionals of Infirmary pointed out to the Arterial Hypertension how main pathology, on the frequent clinical symptoms, they indicate to the edemas in low members, like the complementary examination most used to confirm this pathology, they recount to the electrocardiograms, in relation to the stimulants or poisonous agents that predispose this insufficiency, patients and nurses indicate to the excesses of consumption of salt and/or sugar. In reference

to the Process Nurse and its application in Patients with Heart failure, 90 % of the Professionals of Infirmary did not receive specific training on care of this pathology, on the procedure the most excellent nurse 23 % indicates the capture of vital signs, continued of consumed and eliminated, aspect that contrasts with the administration of medicines, mentioned by the patients. The same way the Professionals of Infirmary are not provided with a Plan of Care for this type of patients, aspect confirmed by the same ones, who in 44 % qualify like regulating its attention for this personnel. As for the medicines availability in the Hospital for the treatment of critical patients and post critical the infirmary professionals, point out how sufficient, finally on the conditions of infrastructure and equipment that counts the Hospital 60 % of the polled ones indicates like inadequate.

CAPITULO I

I. INTRODUCCION

La Insuficiencia Cardíaca es un problema de salud pública que afecta a una gran parte de la sociedad especialmente Adultos Mayores, siendo esta enfermedad una de las principales causas de muerte.

La Insuficiencia Cardíaca es una situación en la que existe congestión circulatoria como resultado de la incapacidad del corazón para bombear una inadecuada cantidad de sangre. Puede corresponder a una insuficiencia cardíaca izquierda o una insuficiencia cardíaca derecha y puede oscilar de ligera a severa.

La Insuficiencia Cardíaca puede afectar a personas que hayan presentado previamente un infarto agudo de miocardio o también a aquellas con hipertensión arterial, problemas **circulatorios** en las arterias que van hacia el corazón, infecciones o enfermedades cardíacas congénitas.

Para diagnosticar una Insuficiencia Cardíaca se dispone de una variedad de pruebas: exploración física, electrocardiogramas, radiografía de tórax y otras pruebas que permiten llegar al diagnóstico por imagen. .

La población adulta mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Actualmente, la insuficiencia cardíaca congestiva continua siendo un grave problema de salud pública en Bolivia, complicación que por lo general afecta

al 60% de la población adulta mayor. El Hospital “Luis Uría de la Oliva” dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, atiende parte de la citada población con esta patología especialmente la asegurada a la Caja Nacional de la cual el Hospital es dependiente, sin embargo sobre la atención que se brinda a este tipo de pacientes, no se cuenta con mucha información sobre los principales factores de salud que provocan su ingreso al indicado Hospital, tampoco se identifica un rol de atención específica que el personal de enfermería brinda para la rehabilitación de estos pacientes, debido a que no se cuenta con un Plan de Atención y/o cuidados enfermeros, aspecto que limitó la atención profesional de enfermería, con una adecuada calidad de atención integral, en el cuidado continuo y recuperación del paciente con Insuficiencia Cardíaca que acudió en la gestión 2013 al indicado Centro Hospitalario.

Para el presente trabajo de investigación se tomó como muestra a 30 Profesionales de Enfermería y el total de Pacientes Adultos Mayores ingresados con Insuficiencia Cardíaca al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, de enero a diciembre de 2013.

Para la investigación se aplicó encuestas al personal Profesional de Enfermería y Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca, con la finalidad de conocer los factores predisponentes que Influyen esta patología, y las falencias en el Proceso Enfermero, proponiendo su mejora en la calidad de atención para este tipo de pacientes a través de la elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería.

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

La Insuficiencia Cardíaca afecta alrededor de un 35% de la población en Bolivia especialmente Adulta Mayor, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad y a menudo una condición crónica y letal, al estadio final de diferentes enfermedades cardíacas.

Sobre esta patología, en Bolivia no se cuenta con muchos estudios estadísticos y/o investigaciones específicas, sin embargo de los pocos investigados en el Departamento de La Paz, en la Unidad de Medicina Primera del Hospital de Clínicas, en el lapso de la última década a hospitalizado a 949 pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca por diferentes etiologías, y para su detección ha seguido la metodología y los criterios diagnósticos de Framingham, estableciendo como portadores de este mal a 596 mujeres (36.5%) y 353 varones (31,88%) internados, con una predominancia del sexo femenino de 1,68.

Las causas más frecuentes de internación de las pacientes mujeres han sido: cardiopatía reumática crónica en un 30.3%, seguida del corazón pulmonar crónico en un 27,7%, en cambio la relación de varones ha sido a la inversa, con un primer lugar para el corazón pulmonar crónico con 30,5%, y en segundo lugar la cardiopatía reumática crónica con un 20,2%.

El mismo estudio señala que la prevalencia anual es del 0,34%, con una mortalidad anual de causa cardíaca del 11%, la mortalidad acumulativa es del 5,4% anual, y el 78% de los pacientes fallecen en la octava internación.

Por otra parte, pocos pacientes acuden regularmente a consulta cardiológica una vez externados, y el 7,35% de los pacientes tienen un curso incierto; el 14,7% de los pacientes se re interna por la misma causa.

Asimismo, respecto al comportamiento de la Insuficiencia Cardíaca aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Riberalta, Bolivia, demostró que un estudio descriptivo de corte transversal con 141 pacientes que fueron ingresados en el período de junio 2010 - agosto de 2012 con este diagnóstico. El grupo de edad más representado fue el de 60 años y más (37,6%), mientras el síndrome coronario agudo constituyó el principal factor precipitante (29,8%) y las miocardiopatías el fundamental factor causal (36,2%). La presentación clínica más frecuente fue la descompensación aguda (39,7%), y el mayor porcentaje de enfermos tuvo una estadía hospitalaria de 7 o más días (64,5%), en quienes la insuficiencia cardíaca global fue más representativa (66%), y fueron más prevalentes los egresados vivos (80,9%).

La mayor proporción de enfermos recibió diuréticos ahorradores de potasio (90,5%), beta bloqueadores (96,9%) o la asociación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los receptores de angiotensina II con uno de ellos (95,2 y 94,1%, respectivamente). El riesgo de fallecer fue 54 veces superior en los pacientes que necesitaron fármacos vaso activos y 9 veces, en los que utilizaron digitálicos, como conclusiones se estableció que, entre los pacientes, predominó el sexo femenino con 60 y más años. El shock cardiogénico, el edema agudo del pulmón y el número de ingresos fueron los principales determinantes de mortalidad. El uso de medicamentos bloqueadores de hormonas se asoció favorablemente a la supervivencia, contrariamente sucedió con los inotrópicos.

1. 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca se produce cuando el miocardio no bombea eficazmente sangre, produciéndose una congestión en la circulación del cuerpo. Cualquier estado que comprometa el funcionamiento cardíaco puede provocar Insuficiencia Cardíaca. Esta patología constituye una importante complicación en la población anciana y su prevalencia aumenta con la edad.

La Insuficiencia Cardíaca es la incapacidad del corazón para proporcionar un gasto cardíaco suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo.

La Insuficiencia Cardíaca por lo general se desarrolla lentamente y puede pasar años de forma asintomática, cuando se presenta los síntomas son de lenta manifestación y progresión,

La Insuficiencia Cardíaca puede deberse a situaciones que aumenten el volumen hídrico y conduzcan a una sobrecarga circulatoria (aumento de la pre-carga) y a estados que aumenten la resistencia al movimiento de la sangre desde el corazón (aumento de la post-carga).

En la actualidad, la Insuficiencia Cardíaca, continua siendo un grave problema de salud , complicación que afecta a una gran parte de la población especialmente adulta mayor, que acuden al Hospital "Luis Uría de la Oliva" dependiente de la Caja Nacional de Salud, es así que desde la gestión 2009 al 2012, se han atendido aproximadamente a 332 pacientes con esta afección de los cuales 140 fueron varones representando un 42%, y 192 fueron mujeres equivalente al 58% del total de pacientes atendidos.

Es importante identificar, los factores que predisponen este tipo de patología en los pacientes que acuden a este centro hospitalario, además para la resolución de este problema se necesita la intervención de profesionales de

salud multidisciplinarios, entre los que se encuentra el personal Profesional de Enfermería del Hospital “Luis Uría de la Oliva”, quienes no cuentan con protocolos o un Plan de Atención , que permitan optimizar los cuidados enfermeros para este tipo de patología, aspecto que estaría limitando la atención profesional de enfermería, con una adecuada calidad de atención integral, en el cuidado continuo y recuperación del paciente con Insuficiencia Cardíaca que acude al indicado Hospital.

A esta situación se añade otras dificultades como la falta de recursos humanos de enfermería para la atención especializada de este tipo de pacientes. Otra dificultad que el Hospital presenta es su infraestructura debido a que no cuenta con ambientes adecuados para el cuidado de estos pacientes, por la demanda de atención con Insuficiencia Cardíaca, estos son hospitalizados con otros de distintas patologías, aspecto que limita la atención con calidad, eficacia y eficiencia, aspectos que pone en riesgo la recuperación de estos pacientes y que muchas veces termina en su deceso.⁽²⁾ Se agrega a esta deficiencia la falta y/o renovación de equipamiento adecuado para la atención y control de estos pacientes, debido a que los existentes, cumplieron su vida útil, resultando difícil y costoso su mantenimiento.

1.2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva durante la Gestión 2013?

1.3 JUSTIFICACION

El presente trabajo investigativo que se pone en consideración, analizar cuales son los factores que predisponen el problema de la Insuficiencia Cardiaca en los Pacientes Adultos Mayores con esta patología que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz durante la gestión 2013, debido a que esta enfermedad progresiva, causa el debilitamiento del corazón y el sistema cardiovascular, afectando a múltiples órganos y en muchas veces causa la muerte.

Establecer el Proceso Enfermero aplicado por el personal Profesional de Enfermería, en busca de una adecuada calidad de atención integral, en el cuidado continuo y recuperación de los pacientes con este tipo de patología, a través de planes, procesos y cuidados de enfermería implementados en el citado Hospital objeto de estudio.

Este trabajo ha despertado el interés de profundizar y estar preparados para poder integrar con conocimientos científicos, técnicos, prácticos para la prevención en los pacientes especialmente adultos mayores con Insuficiencia Cardiaca y orientar sobre este grave problema que afecta a la sociedad.

El objetivo principal de la atención del usuario con Insuficiencia Cardiaca es optimizar los cuidados de enfermería, que deben ser con calidad integral y calidez humana.

Con el propósito de mejorar los procesos y cuidados de enfermería en relación a los factores que afectan a los Pacientes con Insuficiencia Cardiaca, que acuden al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, es necesario implementar un

Plan de Cuidados, para la atención de enfermería de manera integral, en el tratamiento y recuperación.

De esta manera aportamos al mejoramiento de la calidad de atención de enfermería, aplicando un plan de atención y cuidados que busca la prevención, promoción y al empoderamiento del personal profesional de enfermería que trabaja en este Centro Hospitalario.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que influyen la Insuficiencia Cardiaca en Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los aspectos Bio-sociales y Laborales de las Profesionales de Enfermería y Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca.
- Identificar los factores de riesgo que predisponen la insuficiencia cardiaca congestiva.
- Evaluar la aplicación del Proceso Enfermero en Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca.
- Implementar un Plan de Cuidados de Enfermería para Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

2.1 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

De acuerdo a la Revista Medicene (2009). "La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), es aquella situación fisiopatológica en que el corazón es incapaz de bombear sangre a un ritmo adecuado a los requerimientos metabólicos tisulares, o que solo es capaz de hacerlo con una presión de llenado elevada ⁽³⁰⁾.

Asimismo, las causas de la insuficiencia cardiaca pueden catalogarse de acuerdo con los tres determinantes del volumen de eyección: contractilidad del miocardio, precarga y poscarga.

- a) **Contractilidad del miocardio.-** Se refiere a la capacidad contráctil (capacidad de acortarse y de generar fuerza) del musculo cardiaco. Esta característica es muy difícil de medir y solo se pueden hacer aproximaciones a ella. Por lo tanto, en la contractilidad como la propiedad del musculo cardiaco de generar más o menos fuerza a un volumen de llenado ventricular determinado.
- b) **Precarga.-** Se llama "precarga" a la tensión pasiva en la pared ventricular al momento de iniciarse la contracción y esta fundamentalmente determinada por el volumen diastólico final. Equivale a la "longitud inicial" en los estudios en fibra aislada. En situaciones fisiológicas se relaciona principalmente con el retorno venoso, observándose que a mayor precarga o retorno venoso se observa un aumento del volumen de eyección.

c) **Poscarga.**- Se llama "poscarga" la tensión contra la cual se contrae el ventrículo. El componente fisiológico principal es la presión arterial, pero también depende, entre otras variables, del diámetro y del espesor de la pared ventricular” (30).

Según Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. (2013), consideran que; “La Insuficiencia Cardíaca, es un síndrome crónico y progresivo que afecta al funcionamiento del corazón y produce una serie de síntomas y signos que empeoran la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. La Insuficiencia Cardíaca tiene una alta prevalencia, sobre todo en población anciana, y con frecuencia se acompaña de otras patologías, precisando poli medicación (26).

En la Insuficiencia Cardíaca el control de síntomas y el autocuidado son determinantes para un buen pronóstico y una mejora en la calidad de vida. La labor de la Enfermera de Atención Primaria (AP) es de gran importancia en estos pacientes. El correcto control del paciente con Insuficiencia Cardíaca y la educación en el autocuidado deben de priorizarse y la enfermera ha de disponer de los conocimientos y habilidades necesarios para conseguirlos”(26).

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva puede deberse a situaciones que aumenten el volumen hídrico y conduzcan a una sobrecarga circulatoria (aumento de la precarga) y a estados que aumenten la resistencia al movimiento de la sangre desde el corazón (aumento de la pos carga)” (23).

2.1.1 TIPOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

De acuerdo a la Revista Científica Insuficiencia Cardíaca de Dr. Ramón Bover Freire; Dr. Domingo Pascual Figal; Dr. Juan Cinca Cusculola (2011) mencionan que; “ ...podemos hablar de Insuficiencia Cardíaca Izquierda,

Insuficiencia Cardíaca Derecha, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Insuficiencia Cardíaca Sistólica, Insuficiencia Cardíaca Diastólica, Insuficiencia Cardíaca Crónica o Insuficiencia Cardíaca Aguda, entre otras. Los pacientes pueden tener a la vez más de uno de estos distintos tipos de Insuficiencia Cardíaca...” (6).

“... **Insuficiencia Cardíaca Izquierda:** la parte izquierda del corazón (el ventrículo izquierdo) es el que ha sufrido algún daño, y por eso la insuficiencia cardíaca se denomina “izquierda”. La Insuficiencia Cardíaca izquierda es la forma más frecuente de insuficiencia cardíaca. Sus causas más habituales son la **enfermedad de las arterias coronarias** y la **hipertensión arterial**, entre otras muchas. La enfermedad de las arterias coronarias (que son las arterias que llevan la sangre arterial, oxigenada, al músculo cardíaco) puede manifestarse de diferentes formas: cardiopatía isquémica (es un término general que indica que el flujo de sangre que le llega al corazón es insuficiente), angina de pecho (dolor del corazón porque no le llega suficiente sangre), infarto de miocardio (muerte de una parte del corazón). Si el ventrículo izquierdo no bombea bien la sangre ésta se acumula en los pulmones, produciendo en el paciente una sensación de ahogo, de que cuesta trabajo respirar; este es el síntoma más frecuente de la insuficiencia cardíaca y se denomina “disnea” (6).

Insuficiencia Cardíaca Derecha: en este caso la parte del corazón que está dañada, y que produce la Insuficiencia Cardíaca, es la derecha (ventrículo derecho). Es menos frecuente que la Insuficiencia Cardíaca Izquierda. Como el corazón derecho no bombea bien la sangre esta se acumula en las venas de nuestro cuerpo, y de allí se filtra en ocasiones hacia la piel. Por ello el hígado aumenta de tamaño (lo que se denomina "**hepatomegalia**", pues tiene muchas venas en su interior), las venas del cuello se hacen más prominentes (por eso el médico le mira el cuello, para ver si las venas está hinchadas), y las piernas se hinchan (al presionar con el dedo en la pierna la

piel se hunde y deja una marca, lo que se conoce como “edemas” en las piernas). La Insuficiencia Cardíaca Derecha puede estar producida por un daño directo del ventrículo derecho (por ejemplo, si se produce un infarto de miocardio en este ventrículo), o más frecuentemente por la presencia de hipertensión pulmonar ⁽⁶⁾.

Hipertensión pulmonar, el ventrículo derecho manda la sangre pobre en oxígeno hacia la arteria pulmonar y de ahí a los pulmones, para que la sangre se pueda oxigenar. Si la arteria pulmonar y las arterias más pequeñas que salen de ella tienen mucha presión (hipertensión pulmonar), el ventrículo derecho tiene que contraerse con mucha fuerza para lograr que la sangre circule por estas arterias, por lo que el ventrículo derecho puede acabar dañándose. La hipertensión pulmonar puede tener muchas causas: las enfermedades de las válvulas cardíacas, una embolia pulmonar previa y las enfermedades pulmonares, entre otras. La causa más frecuente de la hipertensión pulmonar es la insuficiencia cardíaca izquierda: si el ventrículo izquierdo no bombea bien la sangre ésta se acumula en los pulmones y en la arteria pulmonar, donde aumenta la presión de la sangre; y esta presión elevada acaba dañando al ventrículo derecho. Por ello, **la causa más frecuente de Insuficiencia Cardíaca Derecha es que el paciente tuviera previamente Insuficiencia Cardíaca Izquierda**, ya que con el tiempo puede desarrollar hipertensión pulmonar y después insuficiencia cardíaca derecha. Los pacientes que tienen a la vez insuficiencia cardíaca derecha e izquierda se dice que padecen **Insuficiencia Cardíaca Congestiva** ⁽⁶⁾.

Insuficiencia Cardíaca Sistólica: la causa de la insuficiencia cardíaca es un problema en la “**sístole**”, que es la contracción de los ventrículos para bombear la sangre. La causa más frecuente de que el ventrículo no se contraiga con suficiente fuerza (de que la sístole está disminuida, lo que se denomina “**disfunción sistólica**”) es que parte del ventrículo esté muerto, lo que ocurre habitualmente a consecuencia de un infarto de miocardio. Si el

problema es en la sístole del ventrículo izquierdo se producirá una insuficiencia cardiaca izquierda; si lo que está dañado es la sístole del ventrículo derecho aparecerá una Insuficiencia Cardiaca Derecha ⁽⁶⁾.

Insuficiencia Cardiaca Diastólica: el problema ya no está en la sístole o contracción de los ventrículos, sino en la “**diástole**”, que es la relajación de los ventrículos que se produce después de cada contracción. La diástole es una fase del latido cardiaco en la que los ventrículos se relajan, y esto permite que se llenen de sangre; esta sangre será bombeada a continuación en la fase de sístole o contracción cardiaca. **¿Por qué se altera la diástole?** La causa más frecuente es que el paciente tenga hipertensión arterial, especialmente si hace muchos años que la tiene y las cifras de tensión no han estado bien controladas. La tensión arterial es la presión de la sangre dentro de las arterias de nuestro cuerpo, por ejemplo en las arterias del brazo, que es donde habitualmente se mide la tensión arterial; en contraposición, y como hemos dicho antes, la tensión pulmonar es la presión dentro de las arterias de los pulmones. El ventrículo izquierdo bombea la sangre hacia las arterias de nuestro cuerpo. Por ello, si la presión dentro de estas arterias es más alta de lo normal tendrá que hacer mucha fuerza para poder bombear bien la sangre. Para aumentar su fuerza el ventrículo produce más masa muscular, se hace más “grosso”, y por ello en la diástole al ser más gordas las paredes del ventrículo le cuesta más relajarse y se llena peor de sangre. Es como si quisiéramos hinchar un globo que está fabricado con una goma muy gruesa, tendríamos que soplar muy fuerte para poder llenarlo de aire. Los pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica suelen tener también Insuficiencia Cardiaca Diastólica, por lo que es frecuente que coexistan ambos tipos de Insuficiencia Cardiaca ⁽⁶⁾.

Insuficiencia Cardiaca Crónica: en la insuficiencia cardiaca crónica los pacientes tienen siempre síntomas de la enfermedad, aunque estos pueden ser muy leves. El término de “**crónica**” hace referencia a que el paciente

tiene la enfermedad, y como en la mayoría de los casos no es curable, va a tener síntomas de la misma en los años sucesivos, aunque a veces estos síntomas serán más severos y otras veces más leves. Con el tratamiento adecuado se intenta minimizar los síntomas de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica ⁽⁶⁾.

Insuficiencia Cardíaca Aguda: este término puede hacer referencia a varias situaciones. Las más frecuentes son dos: o bien el paciente ha desarrollado de forma transitoria una Insuficiencia Cardíaca, pero esta puede desaparecer (por ello se la llama aguda y no crónica); o bien el paciente tiene una insuficiencia cardíaca crónica y presenta en un determinado momento un gran empeoramiento de los síntomas de la enfermedad, por lo que en ese momento y hasta que mejoren sus síntomas, en vez de llamarse crónica se la denomina aguda (también puede llamarse **Insuficiencia Cardíaca Crónica reagudizada**).

Todos los anteriores tipos de insuficiencia cardíaca **se combinan entre sí**, de forma que un paciente puede ver en su informe médico, por ejemplo, el diagnóstico de “Insuficiencia Cardíaca Crónica Sistólica Izquierda...” ⁽⁶⁾.

2.1.2 FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

De acuerdo al Dr. Antuña de Alaiz en su artículo en la Revista Clínica Diabetológica (2014) señala:

Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son hipertensión (presión sanguínea alta) y enfermedad de la arteria coronaria (por ejemplo, un ataque cardíaco). Otras causas funcionales o estructurales de la insuficiencia cardíaca son las siguientes:

- 1 Enfermedad de las válvulas del corazón

2 Enfermedades cardíacas congénitas

3 Cardiomiopatía dilatada

4 Enfermedad pulmonar

5 Tumor cardíaco

6 La insuficiencia cardiaca se vuelve más común con el aumento de la edad. De la misma manera se está en mayor riesgo de sufrirla si la persona tiene sobrepeso, diabetes, si es fumadora, consume alcohol o cocaína ⁽¹⁾.

Síntomas:

1 Aumento de peso

2 Inflamación de los pies y los tobillos

3 Inflamación del abdomen

4 Venas del cuello pronunciadas

5 Pérdida del apetito, indigestión

6 Náuseas y vómitos

7 Dificultad respiratoria con la actividad o después de acostarse por un momento

8 Dificultad para dormir

9 Fatiga, debilidad, desmayos

10 Sensación táctil de los latidos cardíacos (palpitaciones)

11 Pulso irregular o rápido

12 Disminución del estado de alerta o de la concentración

13 Tos

14 Disminución de la producción de orina

15 Necesidad de orinar en la noche

16 Los niños pueden sudar al comer (o al realizar otros esfuerzos) ⁽¹⁾.

En algunas personas, la insuficiencia cardiaca es asintomática, en cuyo caso los síntomas se pueden desarrollar sólo con estas condiciones:

1 Infecciones con fiebre alta

2 Anemia

- 3 Ritmo cardíaco anormal (arritmias)
- 4 Hipertiroidismo
- 5 Enfermedad renal
- 6 Signos y exámenes

Un examen físico puede revelar un ritmo cardíaco rápido o irregular. Puede haber distensión de las venas del cuello, aumento del tamaño del hígado, edema periférico (hinchazón de las extremidades) y signos de líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural).

Escuchar el tórax con un estetoscopio puede revelar crepitaciones en los pulmones o sonidos cardíacos anormales. La presión sanguínea puede ser normal, alta o baja ⁽¹⁾.

Cuauhtémoc Acoltzin, José Lizama, José Lozoya, Héctor Ariza, (2010) en su investigación realizada en 400 pacientes sobre las causas predisponentes para la Insuficiencia Cardíaca Congestiva establecieron que: ⁽¹¹⁾.

“Las causas predisponentes de Insuficiencia Cardíaca fueron en el siguiente orden: Cardiopatía reumática, isquémica, hipertensiva, miocardiopatía y cor pulmonale crónico.

De igual modo todos tuvieron causa desencadenante que fue directamente relacionada a cardiopatía reumática en 210 casos: Fibrilación auricular, tromboembolia pulmonar, fiebre reumática activa, endocarditis infecciosa.

A cardiopatía isquémica en 94: Infarto miocárdico agudo, angor pectoris, arritmia cardíaca, aneurisma ventricular.

A cardiopatía hipertensiva pulmonar crónica en 25: Bronquitis aguda, arritmia cardíaca, insuficiencia respiratoria.

Causa desencadenante por padecimiento asociado: Se encontró en 37 casos de cardiopatía reumática, isquémica y miocardiopatía, 9.25% de la población estudiada e incluyó gestación, intoxicación digitálica, gastroenteritis y neumonía.

El daño estructural o funcional irreversible, aunque en algunos casos susceptible de tratamiento quirúrgico, se encontró en 73 casos de miocardiopatía, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía reumática y cardiopatía isquémica, 18.25% de la población estudiada.

Las causas más frecuentes de descompensación de una cardiopatía son: Arritmia cardiaca (140 = 35%), daño miocárdico (73 = 18.25%), infarto agudo de miocardio (51 = 12.75) y enfermedades asociadas (37 = 9.25%) ” (11).

n (%)	Cardiopatía Reumática CR	Cardiopatía Isquémica CI	Hipertensiva Sistemática HTA	Miocardiopatía MC	Hipertensiva Pulmonar Crónica CPC	Total
Arritmia	118 (56.2)	9 (09.7)	4 (10.5)	4 (12.0)	5 (20.0)	140
Embolia Pulmonar TEP	23 (10.9)			2 (6.0)		25
Fiebre Reumática Activa FRA	7 (03.2)					7
Endocarditis Infecciosa Sub aguda EBSA	3 (01.6)					3
Infarto Miocárdico Agudo IMA		51 (54.0)				51
Angina de Pecho ANGOR		17 (18.2)				17
Aneurisma		2 (02.4)				2
Hipertensión			25 (67.5)			25
Bronquitis					18 (74.0)	18
Insuficiencia Respiratoria IR					2 (08.0)	2
Otros	24 (11.2)	10 (10.8)		3 (09.3)		37
Daño Miocárdicos	35 (16.9)	5 (04.9)	9 (23.8)	24 (74.7)		73
Total	210 (52.5)	94 (23.5)	38 (9.5)	33 (8.25)	25 (6.25)	400

Cuadro I. Causas de insuficiencia cardíaca según la cardiopatía.

Se muestra la distribución de las causas desencadenantes de insuficiencia cardiaca congestiva en las diferentes cardiopatías: CR= Reumática, CI= isquémica, HTA= hipertensiva sistémica, MC= miocardiopatía, CPC= hipertensiva pulmonar crónica; TEP= embolia pulmonar, FRA= fiebre reumática activa, EBSA= endocarditis infecciosa subaguda, IMA= infarto miocárdico agudo, IR= insuficiencia respiratoria.

A pesar de que se reconoce la insuficiencia cardiaca como un problema de alta incidencia y mortalidad anual mayor de 60%, ⁽¹⁷⁾ no se concede importancia a sus causas, así la guía resumida del tratamiento de la insuficiencia cardiaca publicada por el grupo de trabajo de la organización mundial de la salud ni siquiera las menciona ⁽²⁵⁾.

Kannel dice que en el estudio Framingham se encontró asociación con hipertensión arterial de larga duración o cardiopatía coronaria y que hay factores de riesgo como infarto miocárdico no reconocido y fibrilación auricular, menciona que la angina tiene mitad de riesgo, considera a la valvulopatía como menos importante ⁽¹⁷⁾.

Feenstra⁽¹⁴⁾ llama la atención a que "en algunos pacientes debe atribuirse la aparición de Insuficiencia Cardiaca al efecto cardiotóxico de ciertos fármacos y analiza especialmente a citostáticos, antiarrítmicos, bloqueadores betadrenérgicos, antiinflamatorios no esteroides, antagonistas del calcio, anestésicos, antidepresivos e inmunomoduladores y Dargie propone excluir factores agravantes como antiinflamatorios no esteroides, bloqueadores beta, bloqueadores del canal del calcio o corticosteroides⁽¹²⁾.

También se han establecido factores de riesgo de insuficiencia cardiaca como edad, hipertrofia ventricular izquierda detectada por electrocardiograma, cardiomegalia detectada por radiografía de tórax, frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, capacidad vital, diabetes mellitus, evidencia de infarto del miocardio y valvulopatía, identificados en un periodo de 38 años en 486 casos de insuficiencia cardiaca;¹¹ en personas ancianas se ha calculado riesgo relativo de 1.6 para índice de masa corporal mayor de 27, 1.7 para sexo masculino, 1.9 entre 75 y 84 años, 3 para más

de 85 años, 2.9 para diabetes mellitus o presión de pulso mayor de 69 mmHg, pero principalmente para infarto miocárdico, que es de 21 ⁽⁹⁾.

Para el Dr. Ramón Bover Freire (2011), miembro de la Asociación Nacional de Cardiólogos al Servicio de los Trabajadores del Estado de México (ANCISSSTE) señala que:

La **causa de la insuficiencia cardiaca** debe ser siempre investigada en todos los pacientes. En la insuficiencia cardiaca el corazón no puede desempeñar adecuadamente su función de bomba impulsora de la sangre debido a que ha sufrido algún daño que ha alterado su normal funcionamiento. **No existe una única causa de insuficiencia cardiaca.** Muchas enfermedades del corazón y diversos agentes tóxicos dañan al corazón de distintas formas, pero todas ellas tiene algo en común: con el paso del tiempo acaban produciendo insuficiencia cardiaca ⁽⁶⁾.

La causa más frecuente de insuficiencia cardiaca en los países desarrollados es la enfermedad de las arterias que llevan la sangre al corazón (arterias coronarias). Estas arterias se obstruyen con el paso del tiempo debido al acúmulo de grasa en sus paredes, de forma que la sangre no puede pasar con normalidad por su interior. La angina de pecho, el infarto de miocardio, la cardiopatía isquémica, la enfermedad coronaria son términos que se utilizan para expresar que las arterias del corazón están enfermas, y pueden acabar produciendo insuficiencia cardiaca.

La hipertensión arterial es otra causa frecuente de insuficiencia cardiaca. El 60-70% de los ancianos tienen hipertensión arterial. Además, muchas personas la padecen pero no lo saben, pues no se controlan con cierta regularidad las cifras de presión arterial. Y en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, con gran frecuencia no se logra un adecuado control de las cifras de tensión arterial, por no recibir suficiente medicación, tolerar

mal el tratamiento o, simplemente, porque los pacientes se cansan de tomar las pastillas que le ha recomendado su médico y abandonan el tratamiento. Si las cifras de tensión arterial están elevadas, con el paso del tiempo es posible desarrollar insuficiencia cardiaca ⁽⁶⁾.

Hay muchas enfermedades distintas del corazón que producen daño del músculo cardiaco. Esta alteración de la función del corazón puede agravarse con el paso del tiempo. Así, las miocardiopatías (enfermedades que atacan directamente al músculo cardiaco), las enfermedades de las válvulas del corazón o la miocarditis (inflamación del corazón) pueden producir insuficiencia cardiaca. El tratamiento adecuado de la enfermedad puede en algunos casos evitar, o al menos retrasar, la aparición de los síntomas propios de la insuficiencia cardiaca.

Hay muchos agentes tóxicos que pueden dañar al corazón. En nuestro país el más frecuente es el alcohol; su consumo en grandes cantidades daña directamente al músculo cardiaco. Pero también el consumo de cocaína o de tabaco puede acabar produciendo insuficiencia cardiaca, al favorecer la enfermedad de las arterias coronarias. En ocasiones el efecto tóxico en el corazón se produce a consecuencia de tratamientos agresivos que se aplican para curar ciertas enfermedades, como ocurre con la radioterapia o la quimioterapia para el tratamiento del cáncer: ambas pueden dañar la función del corazón.

Otras muchas enfermedades no cardiacas pueden acabar produciendo insuficiencia cardiaca: la diabetes mellitus, la infección por el VIH, las alteraciones hormonales o las deficiencias vitamínicas, entre otras muchas ⁽⁶⁾.

Finalmente, con cierta frecuencia no es posible determinar la causa de la insuficiencia cardiaca (se dice entonces que es “idiopática” o de causa

desconocida). En raras ocasiones la insuficiencia cardiaca se debe a una alteración genética, por lo que puede transmitirse de padres a hijos.

El Dr. Antonio Guijarro Morales Jefe Clínico de Cardiología Hospital Universitario "San Cecilio" Granada España (2010) menciona que insuficiencia cardiaca constituye el estadio final de muchas enfermedades ⁽⁶⁾.

En los países occidentales la hipertensión arterial y las cardiopatías isquémicas, juntas o aisladas, son las causas principales de insuficiencia cardiaca ⁽²⁸⁾.

Constituyen el factor causal principal en el 90% de los casos según el prestigioso estudio Framingham".

Los factores de riesgo coronario son igualmente predictores del desarrollo de insuficiencia cardiaca y de su gravedad, sobretodo la diabetes y el tabaquismo.

La tercera causa de insuficiencia cardiaca son las miocardiopatías o enfermedades primarias del músculo cardiaco (miocardio).

Muchas de las miocardiopatías son de causa desconocida (idiopáticas).

Otras se deben a infecciones (gripe y otras), consumo de alcohol o drogas.

En los países subdesarrollados es mucho menos frecuente la cardiopatía isquémica, mientras que la fiebre reumática sigue siendo una de las causas principales de insuficiencia cardiaca.

En dichos países se producen con frecuencia casos de insuficiencia cardiaca por deficiencias nutritivas.

En África la insuficiencia cardiaca con frecuencia se debe a enfermedades completamente desconocidas en el hemisferio occidental, como la fibroelastosis endomiocárdica, que consiste en un espesamiento con pérdida de elasticidad de las capas interna y media del corazón ⁽²⁸⁾.

Los datos del tercer mundo y de África no nos son en absoluto ajenos, ya que el incremento de los fenómenos migratorios conduce a la progresiva presencia de una importante población africana en los países occidentales, a la que debemos atender en nuestros hospitales y centros de salud, sin desconocer ni olvidar su natural idiosincrasia, que incluye características epidemiológicas propias ⁽²⁸⁾.

Asimismo, los FACTORES PRECIPITANTES de insuficiencia cardiaca son una serie de enfermedades o circunstancias que pueden agravar o provocar la aparición prematura de los síntomas de insuficiencia cardiaca en un paciente predispuesto.

El paciente seguiría asintomático, y su pronóstico mucho mejor, en caso de no haber incidido el factor precipitante.

Es importante conocer y evitar en lo posible estos factores, para prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes individuales.

Los principales factores precipitantes (y agravantes) de la insuficiencia cardiaca son: ⁽¹⁵⁾.

➤ **Infecciones:** sobretodo las del aparato respiratorio.

En los pacientes con cardiopatías predisponentes, o con insuficiencia cardiaca ya conocida, está indicada la profilaxis de la gripe, que es una enfermedad potencialmente mortal en los cardiópatas.

- **Embarazo:** las pacientes cardiópatas en edad fértil deben estar advertidas del riesgo que, para su salud y la del feto, puede suponer un eventual embarazo. En ellas la planificación familiar es imprescindible.

- **Anemia:** La anemia, con disminución de la cantidad de hemoglobina y/o del número de glóbulos rojos en la sangre, dificulta el transporte de oxígeno hacia los tejidos, obligando a un mayor trabajo y sobrecarga del corazón.

- **Hipertiroidismo:** El aumento de función de la glándula tiroides, situada en el cuello, da lugar a un incremento del metabolismo y de las necesidades de oxígeno por los tejidos, obligando por tanto al corazón a un mayor trabajo.

- **Trombo embolismo Pulmonar:** Da lugar a una sobrecarga aguda del corazón, al que puede descompensar.
El trombo embolismo pulmonar puede ser consecutivo a una tromboflebitis, pero otras veces surge como complicación de una insuficiencia cardiaca previa, a la que agrava y puede descompensar, llevando frecuentemente a la muerte.

- **Cardiopatía Isquémica:** el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho pueden precipitar la aparición de insuficiencia cardiaca.
La cardiopatía isquémica con frecuencia también es la causa principal de la insuficiencia cardiaca.

- **Arritmias:** Las arritmias, por alterar la contracción cardiaca en su frecuencia, regularidad o sinergismo, pueden precipitar la insuficiencia cardiaca.
Las arritmias también pueden ser una consecuencia (complicación) de la insuficiencia cardiaca.
- **Excesos Dietéticos:** Los excesos dietéticos, sobretodo en el consumo de sal y alcohol, con frecuencia precipitan o agravan la insuficiencia cardiaca.
- **Terapia Inadecuada o Insuficiente:** La insuficiencia cardiaca puede precipitarse tanto por abandonar o limitar indebidamente el tratamiento como por surgir reacciones idiosincrásicas o secundarismos indeseables a algunos tratamientos.

2.1.3 ESTIMULANTES TOXICOS QUE CONTRIBUYEN A UNA INSUFICIENCIA CARDIACA

Algunas **sustancias tóxicas** dañan el corazón, y hacen más probable que el paciente sufra insuficiencia cardiaca en un futuro, o que se agrave la que ya tiene ⁽¹⁴⁾.

El **tabaco** es un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedad cardiovascular. Daña las arterias del corazón (arterias coronarias) y del resto del cuerpo, facilitando que su interior se obstruya y se produzca un infarto de miocardio. Aunque no hay pruebas concluyentes, algunos estudios apuntan que el abandono del tabaco puede mejorar los síntomas y aumentar la supervivencia en los pacientes con insuficiencia cardiaca. En cualquier caso, dejar de fumar es siempre beneficioso para nuestro cuerpo, por lo que se le debe facilitar al paciente todo tipo de ayuda y el soporte necesario para lograrlo. En los centros hospitalarios es frecuente encontrar Unidades de Tabaquismo, expertas en lograr que los pacientes dejen de

fumar de forma exitosa. Existen además hoy en día numerosos fármacos muy eficaces para quitar la adicción a la nicotina.

El alcohol tiene ciertos efectos negativos sobre el funcionamiento del corazón. En los pacientes con insuficiencia cardíaca su consumo no está prohibido, aunque no debe ser superior a 1-2 vasos de vino al día. Los pacientes con insuficiencia cardíaca cuya causa haya sido el consumo de alcohol en grandes cantidades deben abandonar completamente el alcohol. Si lo hacen es posible que el corazón se recupere, volviendo a tener un tamaño y una fuerza normales. Sin embargo, si el paciente vuelve a tomar alcohol, aunque sea en pequeñas cantidades y de forma esporádica, es posible que se produzca de nuevo un gran empeoramiento de la función del corazón.

La **cocaína** y otras drogas tienen también efectos nocivos sobre el corazón, deben ser completamente abandonadas.

La radioterapia y la quimioterapia pueden dañar al corazón. Se usan habitualmente para el tratamiento del cáncer. Su efecto perjudicial se suele producir cuando se alcanzan ciertas dosis de los fármacos o de radiación. Si se produce el médico cambiará de tratamiento, utilizando otros fármacos quimioterápicos y/o suspendiendo los ciclos de radioterapia ⁽¹⁴⁾.

2.1.4 DIAGNÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

El diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca se basa en dos elementos principales:

- Diagnóstico de una cardiopatía;
- Síntomas y signos secundarios a la cardiopatía.

Normalmente el diagnóstico de la cardiopatía se puede sospechar por los antecedentes y por el hallazgo al examen físico de hipertrofia o dilatación

de cavidades, soplos o galope en el examen del corazón. Sin embargo, no siempre el hallazgo de una anomalía en el examen cardíaco significa la presencia de una insuficiencia cardíaca. Para ello se requiere además comprobar que los síntomas son consecuencia de hipertensión veno-capilar o por disminución del débito, secundaria a un problema cardíaco ⁽¹²⁾.

Tanto para corroborar la existencia de una cardiopatía como para evaluar el grado de compromiso funcional, se debe recurrir a los exámenes de laboratorio:

Electrocardiograma

Ayuda principalmente en el diagnóstico de crecimiento o hipertrofia de cavidades y de necrosis miocárdica. La presencia de arritmias o de trastornos de conducción no es específicos.

Radiografía de tórax

Es fundamental en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con hipertensión de aurícula izquierda, porque no sólo sirve para apreciar crecimientos de las distintas cavidades cardíacas, sino que muestra cambios en la circulación pulmonar y distintos grados de congestión pulmonar, propios de la insuficiencia cardíaca.

Ecocardiograma

Es de gran utilidad en el diagnóstico de las diferentes cardiopatías. Es el examen de elección para la evaluación anatómico-funcional de las valvulopatías; es de gran utilidad para evaluar hipertrofia y contractilidad miocárdica, mediante el estudio de diámetros y movilidad de las diferentes cavidades. La incorporación del doppler permite medir flujos y apreciar la

magnitud de estenosis e insuficiencias y apreciar los cambios en la distensibilidad ventricular. Asimismo, es de primera elección en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas del niño y el adulto. Finalmente, es el mejor método no invasivo para estudiar las alteraciones pericárdicas.

Estudio Hemodinámico o Sondeo Cardíaco

En situaciones seleccionadas se hace necesario hacer estudios "invasivos", que consisten en la introducción de catéteres con los cuales se pueden medir presiones intracardíacas, el Gasto Cardíaco y realizar estudios oximétricos en los grandes vasos y distintas cavidades del corazón. Existen catéteres dotados de varios lúmenes, con capacidad para efectuar curvas de termodilución y con un balón en su extremo distal que hace posible su introducción en la cama del enfermo (Swan -Ganz). Su uso permite la monitorización hemodinámica de pacientes graves, haciendo posible un diagnóstico hemodinámico muy preciso y facilitando las decisiones terapéuticas, en este tipo de pacientes ⁽¹²⁾.

Angiocardiografía

Ocasionalmente puede ser necesario conocer con mayor precisión la anatomía del corazón o de los grandes vasos, mediante la inyección de medio de contraste intracardíaco, para el registro de placas o películas (cineangiografías). Desde la incorporación de la Ecocardiografía, su indicación más exclusiva es el estudio de la anatomía de las arterias coronarias ⁽¹²⁾.

2.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método lógico y racional que sirve para planear la atención de enfermería en forma técnicamente adecuada eficiente y eficaz. ⁽⁴⁾.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud ⁽²⁰⁾.

El propósito del Proceso de Atención de Enfermería es identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud reales y potenciales, así para proporcionar intervenciones de enfermería específicas y resolver dichas necesidades y problemas.

Por lo tanto se aplica el método científico en las actividades de enfermería es decir el por qué se realiza dicha actividad de enfermería, además Proceso de Atención de Enfermería exige a los profesionales de enfermería tener conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud.

Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia. Desde un punto de vista también se puede decir que el proceso de enfermería constituye una estructura que cubre las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

La aplicación del método científico es la práctica asistencial enfermera: es el método conocido como proceso de atención enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas, Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas valoración, planificación, ejecución y evaluación y Bloc (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales o componentes del proceso de atención de enfermería ⁽²⁰⁾.

2.2.1 IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Permite al personal de enfermería asegurar la calidad de atención del individuo, familia, comunidad y por ser un método que nos ayuda analizar ordenadamente los aspectos de salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar la intervención de enfermería. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería ⁽⁴⁾.

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente.

La enfermera corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada ⁽⁴⁾.

2.2.1 LAS VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesional, el proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad ⁽³⁾.

Ventajas para el paciente:

- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de atención.

Ventajas Para la enfermera:

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional

2.2.2 CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo el cuidado.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los de más profesionales de la salud.

Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus

fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería ⁽³⁾.

2.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Las etapas del proceso son: valoración, planificación, ejecución y evaluación permiten ajustar los inconvenientes que se presentan durante el proceso para optimizar y mejorar las intervenciones de enfermería ⁽²⁾.

2.3.1 PRIMERA ETAPA: VALORACION

- ✓ Es la primera etapa del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: Estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínica, a la familia o a cualquier otra persona.
- ✓ Las visitas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.
- ✓ Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interrelacionen de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle alcanzar un nivel óptimo de Salud.
- ✓ "La valoración requiere revisar la condición humana, basada en datos que sirvan para diagnosticar problemas reales y potenciales o afirmar un estado de salud. La recolección de datos es la base de la valoración y da una

visión amplia sobre la condición del paciente. La toma sistemática y exacta de datos lleva a la identificación de problemas".

- ✓ Esta parte de la etapa inicial de proceso de enfermería depende en buena parte de la correcta recolección de datos, mediante la recopilación de información, basada en la
- ✓ observación y la entrevista al paciente, así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales ⁽²⁾.

Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la historia clínica, anamnesis, la exploración física, la búsqueda del laboratorio y otras fuentes.

Las enfermeras y enfermeros deben aplicar requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- ✓ Fuentes de datos: primarias y secundarias (paciente, familiares)
- ✓ Recolección de datos: objetivos y subjetivos de antecedentes actuales
- ✓ Observación
- ✓ Entrevista
- ✓ Examen físico

2.3.2 SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona. Constituye las respuestas que tiene el usuario a los problemas de salud, es la expresión del problema que puede ser corregido por las actuaciones de enfermería.

"El diagnostico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo , una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de

enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad".

Una vez realizado la valoración el paso siguiente en el proceso global de enfermería es el de la identificación de las necesidades del paciente y la formulación de los correspondientes diagnósticos de enfermería. El diagnóstico de enfermería es, por tanto, la descripción de los problemas de la salud entendida esta en sentido más amplio, reales o potenciales, que el personal de enfermería, debido a su formación y experiencia, está capacitado y autorizado para identificar, validar y tratar de forma independiente ⁽²⁾.

2.3.3 TERCERA ETAPA: PLANIFICACION

"Los planes de cuidados representan la planificación de los cuidados, no su ejecución".

Todos los pasos especificados anteriormente constituyen la base sobre la cual planificar las intervenciones de enfermería adecuadas para prevenir, reducir o solventar los problemas del paciente, satisfacer sus necesidades en la medida de lo posible y mejorar globalmente su salud, entendida esta en sentido holístico ⁽²⁾.

Jerarquización de prioridades

En esta etapa pueden diferenciarse distintas fases que conviene seguir para actuar de forma lógica y ordenada. Como ocurre a veces en las áreas de urgencias cuando coinciden en ella varias personas a la vez, cuando un paciente presenta varios problemas o alteraciones de diferente índole, hay que clasificar jerárquicamente los diagnósticos y establecer un orden de

prioridades en la actuación, a fin de atender antes a las necesidades o situaciones más graves.

Existen criterios para establecer prioridades como son:

Inmediata o alta.- Se aplica a las situaciones diagnosticadas que requieren una intervención urgente por estar comprometida la vida del paciente, si no se actúa, se puede deteriorar su salud o la de otros.

Mediata, secundaria o intermedia.-Corresponde a aquellas necesidades detectadas en las que no hay compromiso vital ni urgencia extrema pero que requieren atención a medio plazo; tal sería el caso de los cuidados nutricionales necesarios post cirugía, en un paciente hospitalizado para una intervención.

A largo plazo o baja.- Se aplica a las situaciones o problemas diagnosticados que no guarden una relación directa con la enfermedad o alteración del paciente pero que pueden afectar a su salud en el futuro.

Es importante resaltar que el orden jerárquico de actuación debe establecer atendiendo no solo a las necesidades fisiológicas sino también a las psicológicas.

Señalamiento de objetivos.- Una vez establecido el orden de prioridades, el siguiente paso consiste en la determinación y registro por escrito de los objetivos que se pretenden cumplir en cada caso con la actuación de enfermería o lo que es lo mismo, cuales son los resultados que se esperan de dicha actuación ⁽⁴⁾.

Plan de Cuidados de Enfermería ⁽⁴⁾.

"El Plan de Cuidados de Enfermería es el núcleo desde donde la enfermera profesional procesa, recibe, envía y valora la información".

El modelo del propio plan de cuidados ayuda a la enfermera a procesar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico. El plan de cuidados funciona como un centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación.

Facilita la comunicación, al enviar la información conveniente. También proporciona un sistema para evaluar los cuidados que se prestan. Elaborar un plan de cuidados adecuados implica que la enfermera debe tener experiencia en las técnicas de valoración, diagnóstico, comunicación y emisión de juicios.

La redacción de este plan de asistencia es básica para conseguir una buena coordinación entre los profesionales sanitarios, así como adelantar y dar continuidad a las tareas y permitir una posterior evaluación de la eficacia asistencial.

Muchas instituciones sanitarias disponen de modelos de planes de cuidados de enfermería estandarizados, en otras será necesario recurrir a un modelo consensuado entre todos los profesionales sanitarios, cuyo registro se hará manualmente o del que se dejara constancia informatizado según los recursos del entorno laboral.

La información básica que debe reunir todo plan, independientemente del modelo según el cual se registre, es la siguiente: datos significativos de la valoración, diagnósticos de enfermería relacionados con dichos datos, objetivos y resultados esperados correspondientes a cada diagnóstico, órdenes de enfermería e informe de evaluación.

Cuando hay más de un objetivo a conseguir, lo habitual es registrarlos según el orden de prioridades previamente establecido.

Actuaciones de Enfermería ⁽⁴⁾.

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminados a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones en caminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

2.3.4 CUARTA ETAPA: EJECUCION

"El componente de ejecución del proceso de enfermería comprende las habilidades necesarias para ejecutar la orden de enfermería.

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En esta fase la relación entre personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido no solo se debe a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades haciendo conocer las rutinas del centro ⁽²⁾.

Es aquí en donde realmente se ponen en práctica todas las actuaciones previstas en el plan de cuidados, sin embargo, no se limita solo a ello. El proceso de enfermería es un todo continuo que requiere una actualización constante de los datos y de los planteamientos, en cada momento para brindar asistencia oportuna.

Por este motivo, durante la ejecución se continua también con la recogida y valoración de información, con el fin de detectar nuevos problemas ,calibrar los resultados obtenidos hasta el momento y registrar cualquier dato adicional de relevancia o cualquier cambio en la situación del paciente que obligue a replantear el tipo de cuidados que se le deben prestar, además las propias intervenciones generan muchas veces modificaciones en las respuestas del paciente que aconsejan la revisión del plan de cuidados previsto.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidado actualizado.
- La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y la familia, así como a otros miembros del equipo.
- En esta fase se realizaran todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada ⁽²⁾.

2.3.5 QUINTA ETAPA: EVALUACION

"La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería" ⁽²⁾.

La evolución, consiste en comparar los resultados esperados con los que realmente se han producido. Para ello, se valoran los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de enfermería en relación con los

objetivos marcados. Cuando coinciden, se puede llegar a la conclusión de que la asistencia de enfermería se ha ajustado a las necesidades de la persona y ha logrado satisfacerlas.

En el caso contrario, el proceso ha fallado en alguna de sus fases y hay que comenzar de nuevo desde el principio. Cabe también la posibilidad de que la

Evolución del paciente o del grupo evidencie que los resultados están en vías de conseguirse, pero aún no se han logrado; en tales casos, procede valorar de nuevo la situación para decidir que nuevas medidas conviene adoptar ⁽²⁾.

2.4 TIPOS DE PLAN DE CUIDADOS

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados ⁽⁷⁾.

Individualizado.- Los planes de cuidados individualizados son impresos divididos en columnas con los encabezamientos habituales: diagnósticos de enfermería, objetivos del paciente o resultado esperados y actuaciones de enfermería.

Ventaja.- Los planes individualizados permiten la documentación de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados y actuaciones que son más convenientes para cada paciente en concreto.

Estandarizado.- En multitud de centros distintos se han introducido planes de cuidados estandarizados para facilitar su elaboración y utilización. Este modelo presenta: diagnósticos de enfermería reales, potenciales o posibles, resultados esperados e intervenciones. Los planes de cuidados

pueden ser elaborados por el personal de enfermería de un centro o desarrollados a partir de las distintas publicaciones, revistas y libros.

Estos planes de cuidados estandarizados se pueden usar de dos maneras:

- 1) colocados en un lugar o control central a donde se remiten las enfermeras cuando elaboran planes de cuidados individualizados.
- 2) colocados directamente encima del Kárdex con fecha y firma ⁽⁷⁾.

2.5 ATENCION Y PROCESOS ENFERMEROS ANTE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

2.5.1 PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Nieto Montesinos, María José.; García Fernández, Y.; Atrio Padrón, (2004), han determinado un plan de cuidados estandarizado para los problemas que nos plantean los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva y que, a la vez, pueda ser útil para los enfermeros/as que los atienden en las distintas unidades de hospitalización. Este plan de cuidados estandarizado contiene diagnósticos enfermeros reales y de riesgo más frecuentes que pueden presentar los pacientes con esta patología ⁽²³⁾.

- Exceso de Volumen de Líquidos Relacionado con Proceso Patológico y Manifestado por Edemas.
- Intolerancia a la Actividad Relacionada con desequilibrio entre aporte y demanda de Oxígeno y manifestada por Disnea y aumento de la Frecuencia Cardiaca.
- Déficit de conocimientos relacionado en su nueva situación de Salud
- Ansiedad Relacionada con Crisis Situacional.
- Manejo Ineficaz del Régimen Terapéutico Personal Relacionado con la Complejidad del Tratamiento.
- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea Relacionado con Edemas

- Complicación Potencial de Edema Pulmonar.
- Complicación Potencial De Infección Respiratoria ⁽²³⁾.



*Fotografía Nº 1
(Cuidados de Enfermería a Pacientes Adultos con Insuficiencia Cardíaca)*

2.5.2 GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DEL ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Elvira Sánchez Reyes, Ernestina Pinal Moreno, María Carolina Ortega Vargas (2007), sugieren la siguiente guía clínica y planificación de enfermería para la atención a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica ⁽²⁹⁾.

Plan 1 Necesidad de Oxigenación

Plan 2 Necesidad alterada: Oxigenación

Plan 3 Necesidad alterada: Eliminación

Plan 4 Necesidad de Evitar peligros

Plan 5 Necesidad alterada: Moverse y mantener buena postura corporal.

Plan 6 Necesidad alterada: Evitar peligros

Plan 7 Necesidad alterada: Aprendizaje ⁽²³⁾.

2.5.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Claudia Ariza Olarte (2000), señala que; El tratamiento de la insuficiencia cardíaca se dirige a dos objetivos básicos. El primero, a eliminar o disminuir la causa y/o situación que condujo a Insuficiencia Cardíaca ⁽²⁾.

El segundo, a reducir el esfuerzo cardíaco, disminuyendo el volumen diastólico y la presión que tiene que vencer la sangre para salir del corazón, para lo cual están indicados medicamentos: vasodilatadores venosos, vasodilatadores arteriolares, diuréticos e inhibidores de la enzima convertidora.

Para planificar la atención de enfermería es necesario valorar el estilo de vida del paciente, su estado físico y el tratamiento médico. Además, se debe tener en cuenta su edad, el trabajo que desempeña, la personalidad, la situación familiar, la motivación, el deseo de cooperar con el tratamiento y la respuesta a éste. Para tal fin, las responsabilidades de la enfermera implican considerar los aspectos que se describen a continuación: ⁽²⁾.

- Realizar la valoración física completa centrada en el sistema cardiovascular pero sin descuidar anomalías a nivel pulmonar, gastrointestinal, renal y/o neurológico.

Dentro de los problemas reales y/o potenciales más frecuentes que la enfermera identifica en el paciente con Insuficiencia Cardíaca están los siguientes:

- Alteración de la actividad y ejercicio por disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos.
- Alteración de la nutrición r/c disminución de la ingesta por restricciones dietéticas

- Alteraciones del patrón del sueño r/c sensación de ahogo
- Aspectos psicosociales ⁽²³⁾.

2.5.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Juana Dolores Gámez Simarro, Amparo Gírbés Calvo, Rosa Ana Penadés Antolín, M^a José Cortés Gómez (2010), establecen como cuidados de enfermería en dos fases crítica, post crítica y recomendaciones al alta como describimos a continuación: ⁽⁷⁾.



Fotografía N° 2 (Atención Paciente Crítico con Insuficiencia Cardiaca)

Cuidados de Enfermería en la Fase Crítica

El objetivo del tratamiento urgente consiste en mejorar el aporte de oxígeno y reducir la congestión mediante el control y optimización del equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo un buen gasto cardiaco, recuperando y manteniendo la tolerancia a la actividad y conservando la integridad de la piel ⁽¹⁶⁾.

De este modo los cuidados de Enfermería irán encaminados a:

- a) Posición de Fowler que va a facilitar la expansión pulmonar, además las piernas colgando por el lateral de la cama originan estancamiento

de sangre y disminución del retorno venoso (precarga) Por esto mismo se desaconseja el trendelemburg.

- b) Control de constantes y monitorización cardiaca: Tensión arterial, temperatura, Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y Saturación de oxígeno.
- c) Aliviar la ansiedad, tranquilizarle explicarle todos los procedimientos que se le realizan.
- d) Obtención de gasometría basal y posterior control de la saturación de oxígeno para valorar si mejora el intercambio gaseoso y si hay una alteración ácido-básica.
- e) Oxigenación mediante mascarilla de oxígeno al 40-50% e intubación si fuera necesario. Así se mejora la oxigenación y se mejora la eliminación de secreciones de los alvéolos. Preparar equipo de aspiración si se precisa.
- f) Venoclisis. Canalización de una vía venosa periférica y extracción de analíticas. Se recomienda una central tipo Drum® para control de la Presión Venosa Central (PVC). Evitar la sobrecarga de fluidos intravenosos.
- g) Realización de electrocardiograma para detectar posibles arritmias y/o signos de isquemia causa de la Insuficiencia Cardiaca.
- h) Sondaje vesical para un control de diuresis preciso.
- i) Realización de radiografía de tórax para valorar la congestión pulmonar y cardiomegalia.
- j) Administración del tratamiento médico. Los cuidados irán encaminados a prever los problemas causados por los efectos secundarios de la farmacoterapia. Los fármacos de elección son:
 - DIURETICOS. Para reducir el volumen de sangre circulante, disminuyendo así la sobrecarga ventricular.
 - DIGITAL. Mejora la contractilidad miocárdica.

- OPIÁCEOS. El más utilizado es la morfina. Suprimen el dolor, alivian la angustia y disminuyen el retorno venoso al corazón y pos carga.
- NITRITOS. Producen vasodilatación venosa lo que disminuye precarga y pos carga.
- BRONCODILATADORES. Mejoran la función respiratoria.
- DROGAS VASOACTIVAS. En casos de hipotensión y signos de hipo perfusión se usa la Dopamina y la Dobutamina. Algunos vasodilatadores arteriales como el Nitroprusiato actúan sobre el pos carga. ⁽¹⁶⁾.

Cuidados de Enfermería en la Fase Post-Crítica

Una vez pasada la Fase aguda, los cuidados de Enfermería irán encaminados a prever los problemas derivados de la propia patología y a identificar precozmente los signos/síntomas de alarma que puedan empeorar la situación clínica del enfermo. Tales cuidados son: ⁽¹⁶⁾.

- a) Colocar al paciente en una situación que facilite el confort, respiración y retorno venoso.
- b) Vigilar posibles variaciones de los signos vitales.
- c) Observar la monitorización cardiaca para la detección precoz de arritmias.
- d) Observar si existen signos de alteración respiratoria: disnea, ortopnea y cianosis.
- e) Vigilar cambios en el estado psíquico: desorientación, confusión, letargo, nerviosismo y angustia.
- f) Examinar la posible distensión del cuello.
- g) Comprobar alteraciones de la integridad de la piel.
- h) Vigilar la aparición de edemas.
- i) Vigilar el ritmo y cantidad de flujo de líquidos intravenosos administrados.

- j) Medir la ingesta y la eliminación.
- k) Valorar y registrar el peso diario.
- l) Evitar el estreñimiento.
- m) Proporcionar una dieta hipo sódico para controlar el edema.
- n) Ayudar al paciente en las tareas básicas de la vida diaria según necesidad.
- o) Promoción del descanso en IC severa mediante el reposo en cama. En pacientes menos graves fomentar la deambulación progresiva según tolerancia.
- p) Proporcionar cuidados de la piel en pacientes con edemas, tales como lavado, cambios posturales frecuentes, uso de colchón anti escaras, masajes y movilizaciones activas o pasivas ⁽¹⁶⁾.



Fotografía N° 3 (Atención Paciente Post Crítico con Insuficiencia Cardiaca)

Educación para la Salud y Recomendaciones al Alta

La Insuficiencia Cardiaca es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero sobre la que Enfermería puede intervenir realizando cambios en la forma de vida del paciente y educando sobre la administración correcta del tratamiento con la finalidad de conseguir una mejoría importante en la calidad de vida del paciep

El personal de Enfermería empezando por el Servicio de Urgencias, en el momento de ser dado de alta el paciente diagnosticado de Insuficiencia Cardíaca, empieza a enseñar a vivir con un corazón insuficiente. En este sentido la Educación para la Salud que realiza Enfermería resume en un lenguaje sencillo los aspectos básicos de la Insuficiencia Cardíaca, además proporciona recomendaciones para la vida diaria y, a la vez informa sobre signos y síntomas de alarma para el enfermo, ante los cuales debe consultar con su médico ⁽¹⁸⁾.

2.6 FÁRMACOS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca tiene el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, reducir la incidencia de exacerbaciones agudas y reducir la mortalidad. Los fármacos utilizados para tratar la insuficiencia cardíaca secundaria a disfunción sistólica ventricular izquierda son los diuréticos, glucósidos cardíacos y vasodilatadores. Además, se deben instaurar medidas como reducción de peso, restricción moderada de sal y ejercicio adecuado ⁽¹³⁾.

El tratamiento principal de la insuficiencia cardíaca es con inhibidores de la enzima de la angiotensina (IECA) como el **enalapril**, que se puede administrar en cualquier fase de la insuficiencia cardíaca crónica para prevenir un mayor deterioro y progresión de la enfermedad cardíaca ⁽¹³⁾.

Para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca leve o moderada, está indicado un diurético tiazídico, como la **hidroclorotiacida**, cuando el paciente presenta retención de líquidos leve y no existe edema pulmonar; sin embargo, las tiazidas son ineficaces si la función renal está alterada. En estos pacientes, y en caso de retención de líquidos más grave, se requiere un diurético de asa como la **furosemida** (sección 16.2). En caso de retención hídrica grave, la furosemida intravenosa mejora la dificultad

respiratoria y reduce la precarga antes de lo que se esperaría desde el inicio de la diuresis. Puede producir hipopotasemia, pero es menos frecuente con los diuréticos de asa de acción corta que con los tiacídicos; se recomienda precaución para evitar la hipotensión.

Para tratar un edema refractario puede ser necesaria una combinación de una tiacida y un diurético de asa. La combinación produce con frecuencia un efecto sinérgico en la excreción de agua y solutos, que mejora los síntomas en el paciente con insuficiencia cardíaca resistente a los diuréticos. Sin embargo, la combinación puede producir una excesiva depleción de volumen intravascular y trastornos electrolíticos con riesgo de hipopotasemia grave ⁽¹³⁾.

La **espironolactona**, un antagonista de la aldosterona (sección 16.3), puede estar indicada en pacientes con insuficiencia cardíaca grave que ya reciben un IECA y un diurético; una dosis baja de espironolactona (habitualmente 25 mg al día) reduce los síntomas y la mortalidad en estos pacientes. Es necesaria una vigilancia estrecha del potasio y la creatinina plasmática con cualquier cambio en el tratamiento o en la situación clínica del paciente ⁽¹³⁾.

La **digoxina**, un glucósido cardíaco, incrementa la intensidad de las contracciones del músculo cardíaco y aumenta el gasto cardíaco. En la insuficiencia cardíaca leve, la digoxina inhibe el sistema nervioso simpático y produce vasodilatación arterial. Mejora los síntomas, aumenta la tolerancia al ejercicio y reduce la hospitalización, aunque no reduce la mortalidad. Está indicada en pacientes con fibrilación auricular y los que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con un IECA, un diurético y un bloqueador beta-adrenérgico adecuado.

Los vasodilatadores se administran en la insuficiencia cardíaca para reducir la resistencia vascular sistémica. El **dinitrato de isosorbida** produce principalmente dilatación venosa, que reduce la precarga ventricular izquierda, y da lugar a una reducción de la congestión pulmonar y la disnea. La hidralacina produce sobre todo vasodilatación arterial, que reduce la poscarga ventricular izquierda, y aumenta el volumen expulsado y el gasto cardíaco. El dinitrato de isosorbida y la hidralacina se pueden administrar en combinación cuando no se puede utilizar un IECA ⁽¹³⁾.

La **dopamina**, un simpaticomimético inótrope, se puede administrar durante breves períodos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca grave. La dosis es crítica; a dosis bajas estimula la contractilidad miocárdica y aumenta el gasto cardíaco, no obstante, a dosis más altas (más de 5 microgramos/kg por minuto) produce vasoconstricción, con un empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.

El **enalapril** es un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina representativo. Hay varios fármacos alternativos ⁽¹³⁾.

2.7 LAS TAXONOMÍAS DE ENFERMERÍA

La palabra taxonomía es una palabra que proviene del griego y que se utiliza para denominar a aquel proceso de clasificación y ordenamiento que sirve para organizar diferentes tipos de conocimiento. En griego, **taxos** significa ordenamiento, organización y **nomos** leyes, reglas. Así, la taxonomía es lo que utilizan diversas ciencias y ramas científicas para clasificar su conocimiento específico de modo de que el mismo se mantenga ordenado y claro para ser utilizado o analizado ⁽²⁴⁾.

Carpenito ⁽⁷⁾ hace referencia a las taxonomías como el estudio teórico de las clasificaciones que incluyen sus fundamentos, principios,

procedimientos y normas, definen el cuerpo de conocimientos de los cuales la disciplina se responsabiliza, estableciendo así el dominio propio de las actuaciones de los profesionales de enfermería y la participación en otras que siendo responsabilidad de otras disciplinas demandan un abordaje conjunto. Para la práctica profesional de enfermería, implica, la posesión de un referente conceptual que permita el ordenamiento, de los problemas que la enfermería aborda agrupados los diagnósticos de enfermería, las intervenciones o las respuestas esperadas en los pacientes ante la actuación profesional.

En la actualidad las taxonomías revelan el desarrollo del componente científico de la disciplina de enfermería, por tanto, reflejan aportes de la investigación y el trabajo de la masa crítica de profesionales que han ayudado a establecer el cuerpo teórico que fundamenta la práctica del cuidado ⁽⁷⁾.

Taxonomía de diagnósticos de Enfermería-NANDA.

Desde la década del 70, la North American Nursing Diagnosis Association – NANDA- ha recopilado de manera sistemática las investigaciones para validar los diagnósticos de enfermería, con los que se ha consolidado la taxonomía. De esta situación se ha derivado una identificación clara del cuerpo de conocimientos de enfermería, mayor compromiso profesional y podría decirse que algún nivel de autonomía ⁽²⁴⁾.

Desde esa época hasta la fecha se han realizado 2 revisiones, la última de ellas en el año 2000, toma como referencia los patrones funcionales de Marjorie Gordon modificados, lo que ha dado como resultado la Taxonomía II de la NANDA, que consta de 13 dominios, 106 clases de diagnósticos y 155 diagnósticos de enfermería aprobados y 10 más en proceso de aprobación.

De esta manera, la taxonomía de diagnósticos refleja los esfuerzos de los profesionales de enfermería en los ámbitos académico y clínico por sistematizar el conocimiento derivado de las experiencias del cuidado para evidenciar la importancia del desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y procedimentales necesarias para brindar un cuidado científico, técnico y humanístico (22).

Clasificación de Intervenciones de Enfermería –NIC-. En 1987, un grupo de profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, liderado por las doctoras McCloskey y Bulecheck, plantearon el desarrollo investigativo de una clasificación de las intervenciones que los profesionales de enfermería realizaban para el cuidado de los pacientes. De esta forma, se creó el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness -Centro para la Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica (19).

Una intervención de enfermería es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, realizado por un profesional de enfermería para favorecer un resultado en el paciente. Pueden clasificarse en directas que son prescritas por el profesional de manera independiente; indirectas o prescritas por el facultativo u otros integrantes del equipo de salud que tienen un carácter dependiente, e intervenciones de asesoría. Tanto las intervenciones directas como indirectas requieren del juicio independiente del profesional (8).

Las intervenciones directas se subdividen en acciones fisiológicas, psicosociales, y de contacto terapéutico y en las intervenciones indirectas encajan las acciones realizadas lejos de los pacientes pero orientadas a la modificación o mejoramiento del entorno y aquellas acciones realizadas en colaboración para potencializar la efectividad de las acciones en el cuidado

de enfermería. La clasificación de intervenciones ha sido traducida a varios idiomas. La última versión está estructurada por 486 intervenciones agrupadas en 30 clases y 7 campos, que son el fisiológico complejo, fisiológico básico, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

La taxonomía NIC reúne un número importante de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales que los profesionales de enfermería deben desarrollar para el cuidado en las esferas fisiológicas y psicosocial y para los asuntos de fomento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades ⁽²²⁾.

Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería –NOC-. La Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería -Nursing Outcomes Classification NOC- surgió a partir de 1991, como resultado del trabajo investigativo liderado por doctoras Marion Johnson y Meridean Mass ⁽²¹⁾, de la Universidad de Iowa, con el propósito de desarrollar la medición de los resultados para evaluar la práctica de enfermería ⁽²²⁾.

El desarrollo de la taxonomía NOC se ha apoyado en un modelo conceptual compuesto por factores inherentes al proveedor de salud, al sistema y la organización, al paciente y por los resultados globales derivados de la acción interdisciplinaria. Para efectos prácticos, la taxonomía se ha organizado en 29 clases y 7 campos que corresponden a salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta en salud, percepción de salud, salud familiar y salud comunitaria ⁽²²⁾.

Para la medición de resultados se utilizan escalas que permiten una aproximación cuantitativa a los problemas de los pacientes; hasta el momento se ha documentado la utilización de 17 escalas para tal fin. Su relevancia radica en que los resultados logrados se midan con exactitud y

validez de tal forma que permitan examinar la efectividad de las intervenciones de enfermería, o el replanteamiento de las acciones de cuidado cuando no se alcanza el resultado esperado.

En síntesis, la clarificación de los conceptos de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados esperados, contribuyen significativamente al desarrollo del conocimiento en enfermería y al mejoramiento de la comunicación de los avances en estos asuntos; de igual forma, el desarrollo de un lenguaje propio de la disciplina permite delimitar los dominios de actuación y autonomía profesional, y hacer visible el aporte de la práctica cotidiana para el desarrollo de teoría prescriptiva de enfermería orientada al cuidado de los seres humanos ⁽²⁴⁾.

2.8 LOS SISTEMAS DE CUIDADOS

Es un conjunto organizado de datos que da soporte a la toma de decisiones y juicios críticos de los enfermos y que revelan los resultados obtenidos en los procesos diagnósticos y terapéuticos de enfermería.

Estos sistemas dan agilidad a la elaboración de planes de cuidados, educativos para partir de modelos estandarizados de acuerdo con diagnósticos, metas e intervenciones de enfermería (NANDA; NOC Y NIC) ⁽²⁴⁾.

Todo sistema de cuidados parte de diagnósticos de enfermería prioritarios de enfermería, para seleccionar factores relacionados o características definitorias que se desean controlar o revertir. Estos serán los indicadores de los resultados o metas que modificaremos en nuestros usuarios, pacientes con las intervenciones de enfermería.

Para aplicar el sistema de cuidados, se requiere también de la estandarización y protocolización de las intervenciones y sus

correspondientes actividades, las que dependerán obviamente de los indicadores que se esperan obtener con el cuidado ⁽²⁴⁾.

CAPITULO III

III. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio investigativo, fue ejecutado desde enero hasta diciembre de 2013, desarrollado en el Hospital "Luis Uría de la Oliva" dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, con la finalidad de conocer la aplicación del Proceso Enfermero y los Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca en los pacientes Adultos Mayores con esta patología.

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

- **El tipo de estudio es descriptivo y de Corte Transversal**, de una gestión.
- **Analítico:** Se realizó un análisis exhaustivo sobre las causales que predisponen los riesgos y complicaciones a los que están expuestos los Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- **Descriptivo:** La investigación ha constatado la correlación entre variables, con la finalidad de determinar su vínculo causal entre estas, describiendo los problemas observados, en el Proceso Enfermero desarrollado por las Profesionales de Enfermería en la atención de pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca Congestiva y su conformidad de los mismos ante este proceso.
- **Matemáticos:** Se realiza la tabulación de las encuestas y entrevistas de los Pacientes Adultos Mayores y Personal Profesional de Enfermería, agrupando las mismas de acuerdo a criterios pre establecido y fue elaborado la correspondiente información estadística resultante.

3.2 DETERMINACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La investigación efectuada sobre el Proceso Enfermero y los Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes que acuden al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, permite la introducción de ciertas variables que coadyuvan a conocer estos factores y procesos de enfermería .

3.2.1 Variables Dependientes

a) *Proceso Enfermero*

- *Capacitación recibida*
- *Exámenes de Diagnóstico*
- *Proceso y Plan de Cuidados de Enfermería*
- *Disponibilidad de Fármacos.*

b) *Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca*

- *Patologías y Síntomas frecuentes*
- *Agentes Tóxicos*

c) *Pacientes Adultos Mayores que acuden al Hospital Luis Uría de la Oliva*

- *Condiciones Socioeconómicas*
- *Hábitos Tóxicos*
- *Antecedentes patológicos*
- *Atención y Capacitación del Personal de enfermería*
- *Infraestructura y Equipamiento hospitalario*

3.2.2 Variable Independiente

a) *Insuficiencia Cardíaca*

3.2.3 Operacionalización de la Variables

Con la finalidad de identificar las variables que se toman en consideración, y definir las con mayor precisión, para la elaboración y validación del constructo del Instrumento, aplicado en nuestra investigación, estas fueron operacionalizadas ver **(Anexo N° 1)**

3.3 POBLACION

La población de la investigación estuvo conformada por el personal profesional de Enfermería del Hospital "Luis Uría de la Oliva" dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz. De enero a diciembre de 2013, las mismas que se encontraban distribuidas en turnos de mañana, tarde, noche, siendo la población total 35 profesionales (Licenciadas) de Enfermería que fueron encuestadas.

La población también lo han constituido 62 Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca que estuvieron hospitalizados de Enero a Diciembre de 2013 .

3.3.1 Criterios de inclusión

Todas las Licenciadas en Enfermería que trabaja en el Hospital "Luis Uría de la Oliva" dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, de enero a diciembre de 2013, en sus diferentes turnos y puestos de trabajo.

Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva de enero a diciembre de 2013.

3.3.2 Criterios de exclusión

- a) Personal Profesional de Enfermería no disponible para participar de la encuesta.

3.3.3 Criterios de eliminación

- a) Personal Auxiliar de Enfermería.
- b) Pacientes con Diagnósticos diferentes a la Insuficiencia Cardiaca

3.4 MUESTRA

La muestra fue constituida a través del muestreo probabilístico, sobre el total de la población constituido por 35 profesionales de enfermería aplicando los datos y la siguiente formula estadística “*Proporciones de una Población Finita*”, para este propósito.

Para la presente investigación se ha tomado como nivel de seguridad 95% por tanto el coeficiente de confianza se establece en 1,96 y un error de precisión del 3%.

Personal de Enfermería

Datos:

$n = ?$	(Tamaño de la muestra)
$Z_{\alpha} = 1,96$	(Nivel de Confianza)
$N = 35$	(Tamaño del Universo)
$p = 5\% = 0,05$	(Probabilidad a favor)
$q = 1 - p = 0,95$	(Probabilidad en contra)
$d = 3\% = 0,03$	(Error de precisión)

$$Z_{\alpha}^2 = 3,8416$$

Formula

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{35 * 3,8416 * 0,05 * 0,95}{0,0009 * (35-1) + 3,8416 * 0,05 * 0,95}$$

$$n = \frac{6,38666}{0,213076}$$

$$n = \underline{\underline{30}}$$

El resultado de la muestra constituida para el presente estudio fue de 30 profesionales de enfermería, sobre los cuales fue aplicado el método aleatorio simple, esto quiere decir que todos los miembros de la muestra, han sido elegidos al azar, de forma que cada miembro de la población tuvo igual oportunidad de salir en la elección-

Con respecto a la muestra de Pacientes Adultos Mayores estos fueron 62 personas, constituyéndose el 100% de la población que acudió al Hospital Luis Uría de la Oliva con Insuficiencia Cardíaca durante la gestión 2013 -

3.5 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

En este estudio utilizamos técnicas de observación y encuestas-

3.6 INSTRUMENTO

Para el estudio se utilizó la encuesta aplicando dos instrumentos tipo cuestionario estructurado, los mismos que están dirigidos a las Profesionales de Enfermería que cumplen actividades en el Hospital "Luis

Uría de la Oliva" dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, y otro dirigido a los Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital de enero a diciembre de 2013, con la finalidad de conocer los Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y el Procesos Enfermero que se practican en los pacientes con esta patología. **(Anexo N°2).**

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez se refiere al grado que un instrumento realmente mide la variable(s) que se pretende medir, es decir es válido cuando realmente es capaz de medir aquello para lo que ha sido concebido, midiendo lo que se marcó como objetivo a medir, en tanto la confiabilidad o consistencia del instrumento se refiere, cuando aplicado el instrumento se obtienen resultados similares al aplicarlos dos o más veces al mismo grupo de individuos o cuando lo que se aplica o administra son formas alternativas del instrumento.

La validez de ambos instrumentos, fueron relacionados en cuanto a sus conceptos sobre la base del Marco Teórico en la operacionalización de las Variables, y su Confiabilidad fue medida a través del factor de Correlación Alfa de Cronbach, cuyos valores oscila entre -1,0 y 1,0; donde 0 significa Confiabilidad nula, y 1 representa confiabilidad total.

El Alpha de Cronbach, concretamente, se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de Pearson entre todas las preguntas si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas. La fórmula para calcular el Alpha de Cronbach es la siguiente:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

Donde:

n = Numero de ítems o enunciados

S_t^2 = Varianza total de la Población

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de Varianzas de la Población

α = Alpha de Cronbach

Se considera que el instrumento de un cuestionario es válido cuando el Alpha de Cronbach supera el índice de 0.65 (Cronbach, L 1984), un resultado menor significara que las preguntas deberán ser replanteadas o eliminadas.

Consecuentemente para los 2 Instrumentos elaborados el primero, estuvo dirigido a las Profesionales de Enfermería, el cual consta de 9 enunciados y el segundo dirigido a los Pacientes Adultos mayores el cual consta de 5 enunciados, ambos fueron diseñados, con preguntas cerradas o estructuradas, que conlleva alternativas de respuesta para su elección. La principal ventaja de este tipo de preguntas es que facilita su procesamiento y análisis estadístico.

Los que fueron aplicados tuvieron la finalidad de determinar los Factores predisponentes de la Insuficiencia Cardiaca y los Procesos Enfermeros que se realizan.

Se valoraron las preguntas de los instrumentos diseñados para medir las capacidades críticas de una prueba piloto de 7 profesionales de enfermería, y de 5 Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca, utilizando el citado coeficiente (Alpha de Cronbach), estableciendo un coeficiente Alpha

de 0.80 para el Primer instrumento y 0,67 para el segundo instrumento como se muestra en el **ANEXO Nº 3**. Consecuentemente, fue respaldada la validez y su confiabilidad de ambos instrumentos en todas sus preguntas y respuestas, para la presente investigación.

3.8 PROCEDIMIENTO

Para la investigación se remitió una carta a la Jefe del Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, a fin de obtener la autorización a través de los cuestionarios; el llenado de la encuesta excluye la identificación personal, nombre y apellidos, se seleccionó y se implementó preguntas en el cuestionario validadas, siendo aceptado por el personal de enfermería y pacientes, para evitar suspicacias.

Se aplicó para la recolección de datos de los Pacientes Adultos Mayores, que acudieron al Hospital de enero a diciembre de 2013, para su tratamiento contra su Insuficiencia Cardíaca.

3.9 PROCESAMIENTO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Posteriormente a la recolección de datos, la información fue procesada y cuantificada estadísticamente, posteriormente se procedió a la transcripción en este caso Microsoft WORD 2013. Hojas Electrónicas en Microsoft EXCEL 2013 y el Paquete de estadística SPSS Ver.18. confeccionaron los cuadros y gráficos estadísticos respectivos, en los mismos procesadores citados anteriormente, en relación a las diferentes variables estudiadas, para su posterior análisis e interpretación respectiva.

CAPITULO IV

IV. PRESENTACION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Como resultados de la encuestas realizadas sobre el Proceso Enfermero y los Factores que predispusieron la Insuficiencia Cardíaca, estos fueron obtenidos de la consulta a 30 Profesionales de Enfermería del Hospital de Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, asimismo, con el objetivo de complementar las variables estudiadas, fueron entrevistados 62 Pacientes Adultos Mayores, que acudieron al citado centro hospitalario durante la gestión 2013.

4.1 DESCRIPCION ESTADISTICA DE LAS VARIABLES BIO-SOCIAL Y LABORALES

En cuanto al perfil Bio-social y Laboral de las Profesionales de Enfermería y los Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva se describen los siguientes resultados:

Personal Profesional de Enfermería

Variables	Varones	%	Mujeres	%	Frec. Total	%
Nombramiento						
Ítem	0	0%	26	53%	16	53%
Contrato	0	0%	4	47%	14	47%
Total:	0	0%	30	100%	30	100%
Años de Trabajo						
De 0 – 4 años	0	0%	4	13%	4	13%
De 5 – 10 años	0	0%	11	37%	11	37%
De 11 – 20 años	0	0%	8	27%	8	27%
De 21 – 30 años	0	0%	4	13%	4	13%
De 31 y más años	0	0%	3	10%	3	10%
Total:	0	0%	30	100%	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013

Sobre los aspectos Bio-sociales y Laborales de las profesionales de Enfermería que cumplen labores en el Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, se caracterizan por ser de sexo femenino, y su tiempo de trabajo dentro el citado centro hospitalario, varía entre 0 a 20 años de servicio.

Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca

Variables	Varones	%	Mujeres	%	Frec. Total	%
Edad						
De 50 – 60 años	2	8%	12	32%	14	23%
De 61 – 70 años	8	32%	9	24%	17	27%
De 71 – 80 años	5	20%	11	30%	16	26%
De 81 y más años	10	40%	5	14%	15	24%
Total:	25	100%	37	100%	62	100%
Procedencia						
Urbano	17	68%	30	81%	47	76%
Rural	6	24%	7	19%	13	21%
Interior del País	2	8%		0%	2	3%
Exterior del País	0	0%		0%	0	0%
Total:	25	100%	37	100%	62	100%
Estado Civil						
Soltero	2	8%	3	8%	5	8%
Casado	8	32%	7	19%	15	24%
Unión Libre	2	8%	4	11%	6	10%
Divorciado	3	12%	4	11%	7	11%
Viudo	10	40%	19	51%	29	47%
Total:	25	100%	37	100%	62	100%
Nivel Instrucción						
Ninguna	3	12%	4	11%	7	11%
Primaria	5	20%	8	22%	13	21%
Secundaria	15	60%	24	65%	39	63%
Superior	2	8%	1	3%	3	5%
Total:	25	100%	37	100%	62	100%

Variables	Varones	%	Mujeres	%	Frec. Total	%
Situación Laboral						
Jubilado	23	92%	32	86%	55	89%
Eventual	2	8%	3	8%	5	8%
No Trabaja	0	0%	2	5%	2	3%
Total:	25	100%	37	100%	62	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013

Con respecto a los datos obtenidos sobre las condiciones Bio-sociales y Laborales de los Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva en la gestión 2013, se caracterizó por los siguientes aspectos, de un total de 62 pacientes encuestados, 25 pertenecen al Sexo Masculino y 37 al Femenino, con relación a su Procedencia un 47 son del Área Urbana y 13 del Área Rural, el resto fueron del Interior del país, sobre su Estado Civil, 29 son viudos y 15 aun casados, siendo el resto solteros, divorciados, etc., en cuanto a su Nivel de Instrucción, 39 corresponden al nivel secundario, 13 al primario y el restante no cuenta con instrucción o tiene un nivel superior. Finalmente, sobre el Tipo de Trabajo, 55 son Jubilados, 7 son eventuales o no trabajan.

4.2 DESCRIPCION ESTADISTICA DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS SOBRE EL PROCESO ENFERMERO Y LOS FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

4.2.1 Proceso Enfermero y Factores predisponentes que Influyen en la Insuficiencia Cardiaca

Respuesta	PREGUNTAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES DE ENFERMERIA									f	F	hi	Hi	pi	Pi
	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9						
Opción 1	3	15	15	6	3	7	0	23	12	84	84	0,31	0,31	31%	31%
Opción 2	1	6	5	9	27	6	30	7	18	109	193	0,40	0,71	40%	71%
Opción 3	1	2	2	3		3				11	204	0,04	0,76	4%	76%
Opción 4	13	6	5	12		4				40	244	0,15	0,90	15%	90%
Opción 5	12	1	3	0		5				21	265	0,08	0,98	8%	98%
Opción 6						2				2	267	0,01	0,99	1%	99%
Opción 7						3				3	270	0,01	1,00	1%	100%
TOTAL	30	30	30	30	30	30	30	30	30	270		1		100%	

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre de 2013

X	FACTORES
x1	Patología que predispone la Insuficiencia Cardiaca
x2	Síntoma Clínico más Frecuente que presentan Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
x3	Examen Complementario de Diagnostico más relevante en la Insuficiencia Cardiaca
x4	Estimulantes o Agentes tóxicos que contribuyen con mayor relevancia a la Insuficiencia Cardiaca
x5	Capacitación recibida sobre Cuidados de Enfermería para Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
X6	Procedimientos de Atención de Enfermería, que se presta al Paciente con Insuficiencia Cardiaca
X7	Programa o Plan de Atención de Cuidados para Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
X8	Suficiencia de Fármacos para atención y tratamiento oportuno de Pacientes críticos y Post Críticos
X9	Infraestructura y Equipamiento adecuada para el proceso de rehabilitación del Paciente con Insuficiencia Cardiaca

f	Frecuencia absoluta
F	Frecuencia absoluta Acumulada
hi	Frecuencia relativa
Hi	Frecuencia relativa acumulada
pi	Frecuencia relativa en %
Pi	Frecuencia relativa acumulada en %

4.2.2 Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca

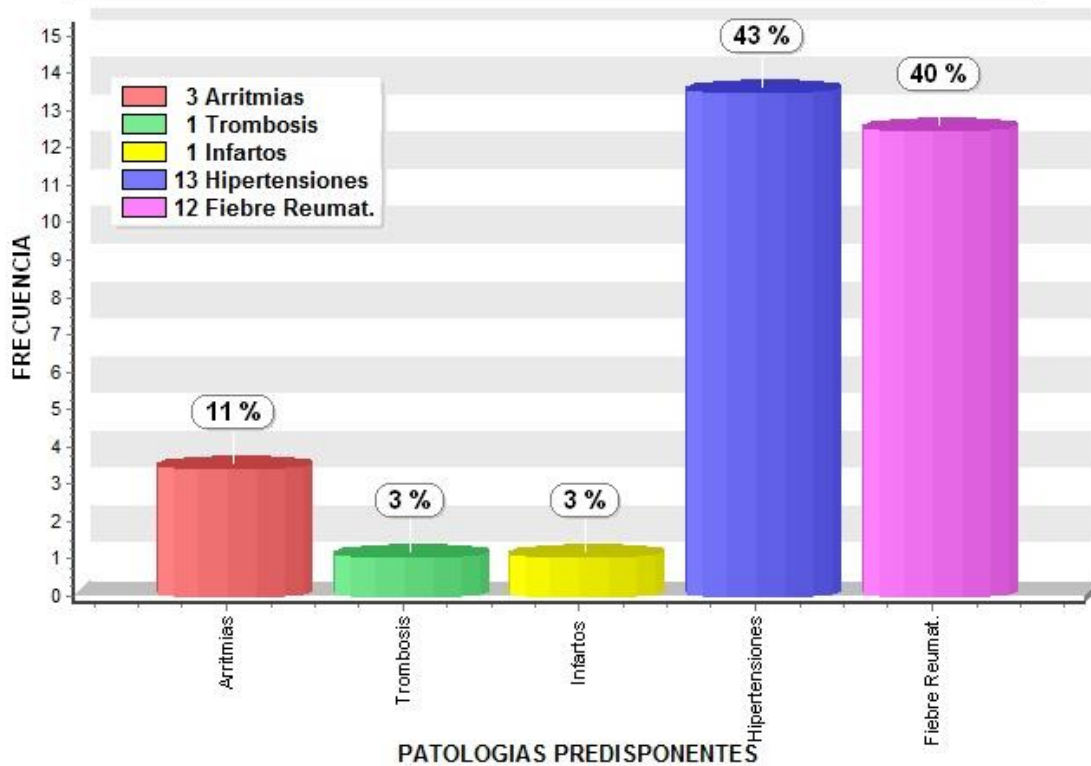
Nivel	Pacientes Adultos Mayores					f	F	hi	Hi	pi	Pi
	x1	x2	x3	x4	x5						
Opción 1	19	31	15	7	8	80	80	0,26	0,26	26%	26%
Opción 2	12	23	34	55	6	130	210	0,42	0,68	42%	68%
Opción 3	0	5	8		42	55	265	0,18	0,85	18%	85%
Opción 4	31	3	4		6	45	310	0,15	1,00	15%	100%
TOTAL	62	62	62	62	62	310		1		100%	

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre de 2013

FACTORES	
X1	Hábitos de consumo de estimulantes o Agentes tóxicos
X2	Antecedentes Patológicos Anteriores
X3	Calidad de Atención de Enfermería recibida
X4	Información/Capacitación recibida del Personal de Enfermería
X5	Tipo de Actividad de Enfermería obtenida con más frecuencia del Personal de Enfermería

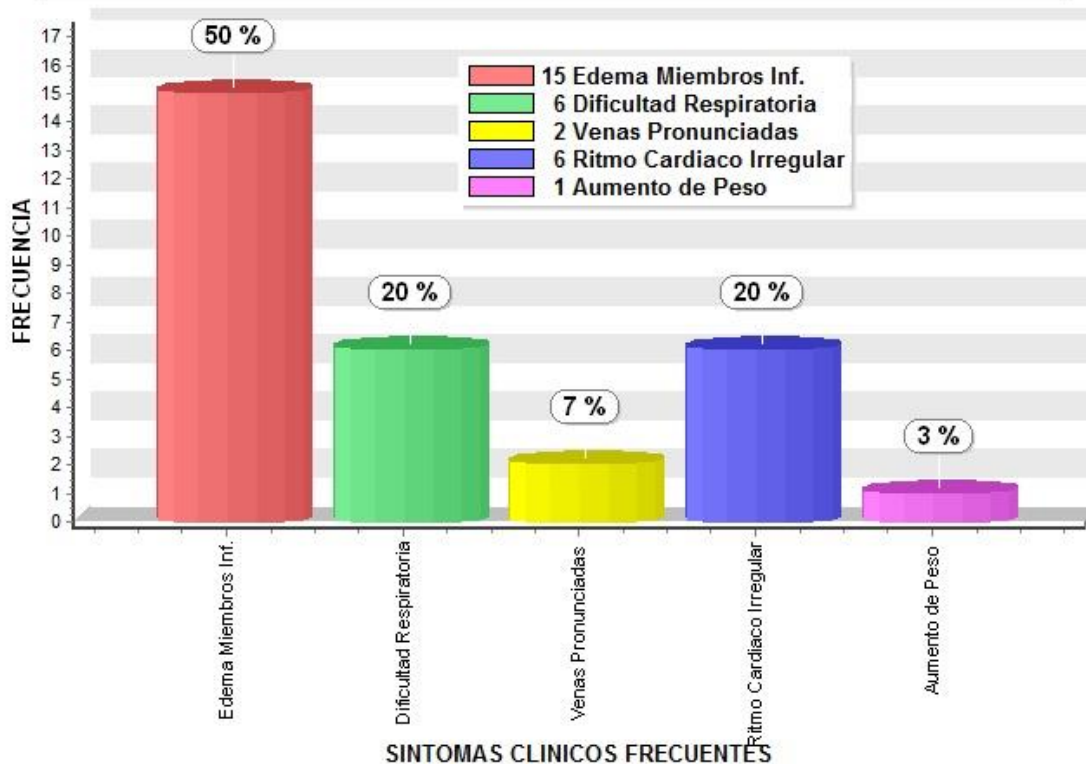
f	Frecuencia absoluta
F	Frecuencia absoluta Acumulada
hi	Frecuencia relativa
Hi	Frecuencia relativa acumulada
pi	Frecuencia relativa en %
Pi	Frecuencia relativa acumulada en %

GRAFICO N° 1
PATOLOGIA FRECUENTE QUE PREDISPONE UNA INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



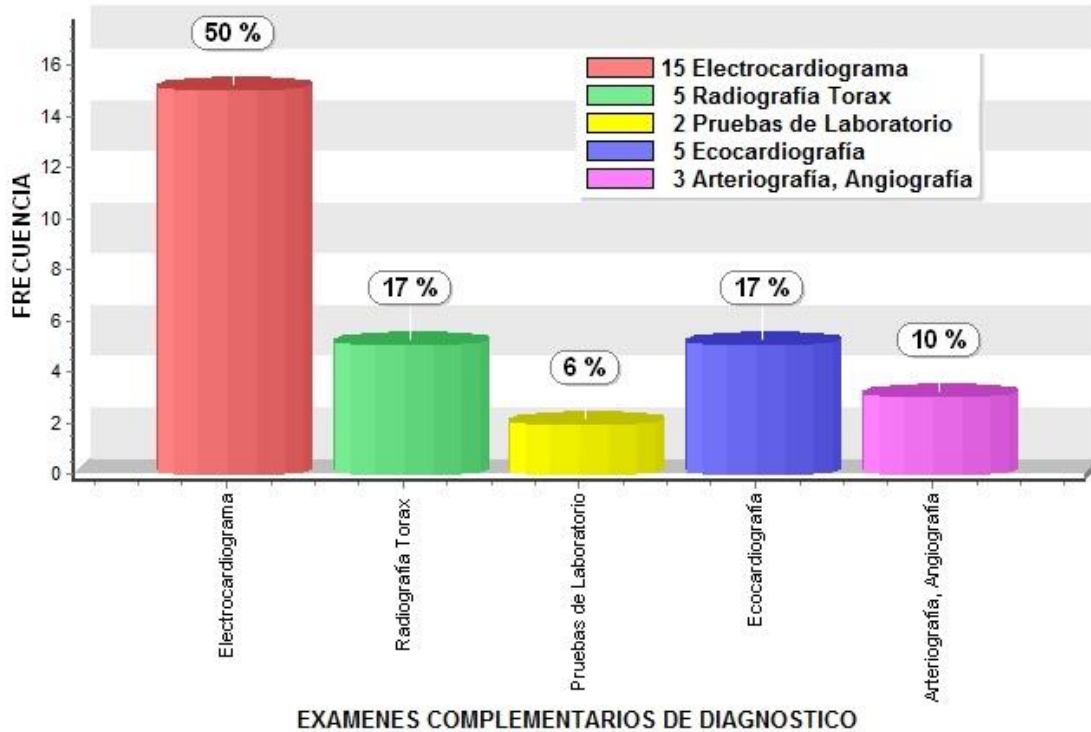
En la Gráfica N° 1, la patología más frecuente que predispone una Insuficiencia Cardiaca, son las Hipertensiones Arteriales con un 43% (13) de las encuestas, en tanto un 40% (12) señala a la Fiebre Reumática y un 11% (3) a las Arritmias Cardiacas.

GRAFICO N° 2
SINTOMA CLINICO FRECUENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013

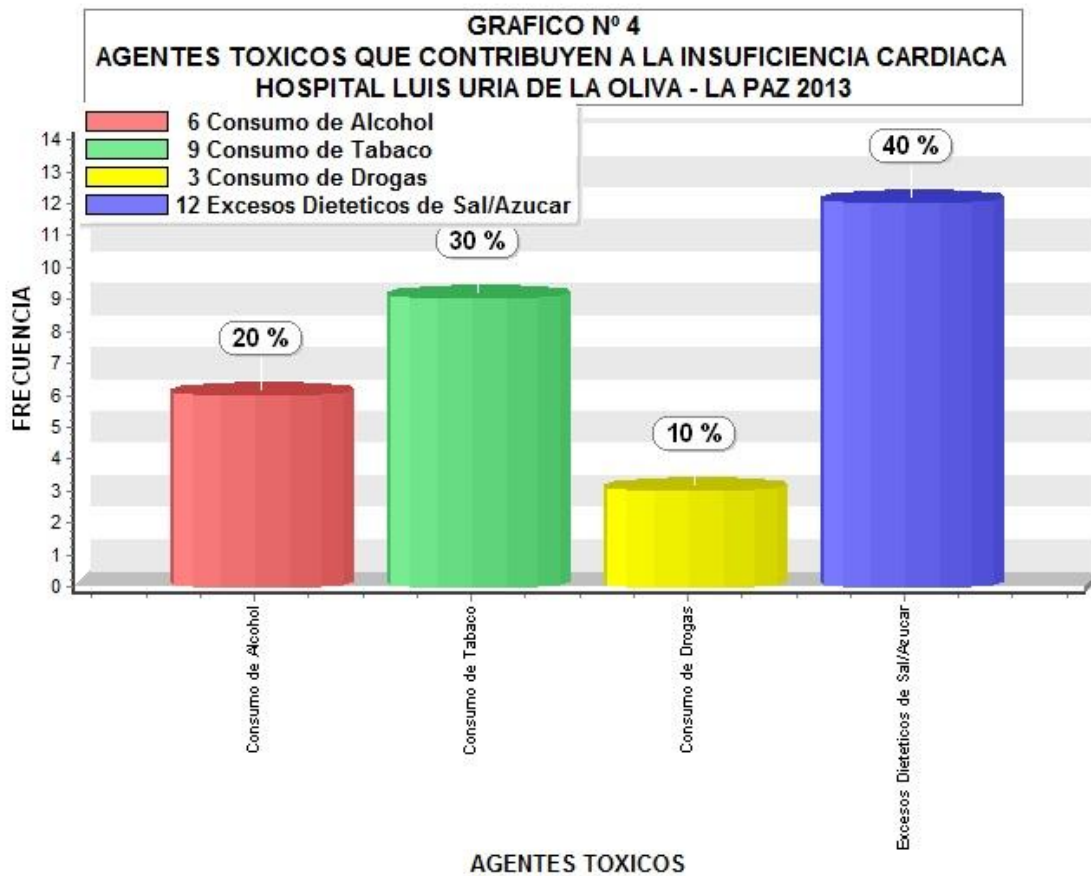


La Grafica N° 2, expone los Síntomas Clínicos más frecuente que presentan los pacientes son los Edemas en los Miembros Inferiores con un 50% (15), en tanto un 20% (6) mencionan a la Dificultad Respiratoria y Ritmo Cardiaco Irregular.

GRAFICO N° 3
EXAMEN COMPLEMENTARIO DE DIAGNOSTICO
PARA DETERMINAR LA INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URUA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013

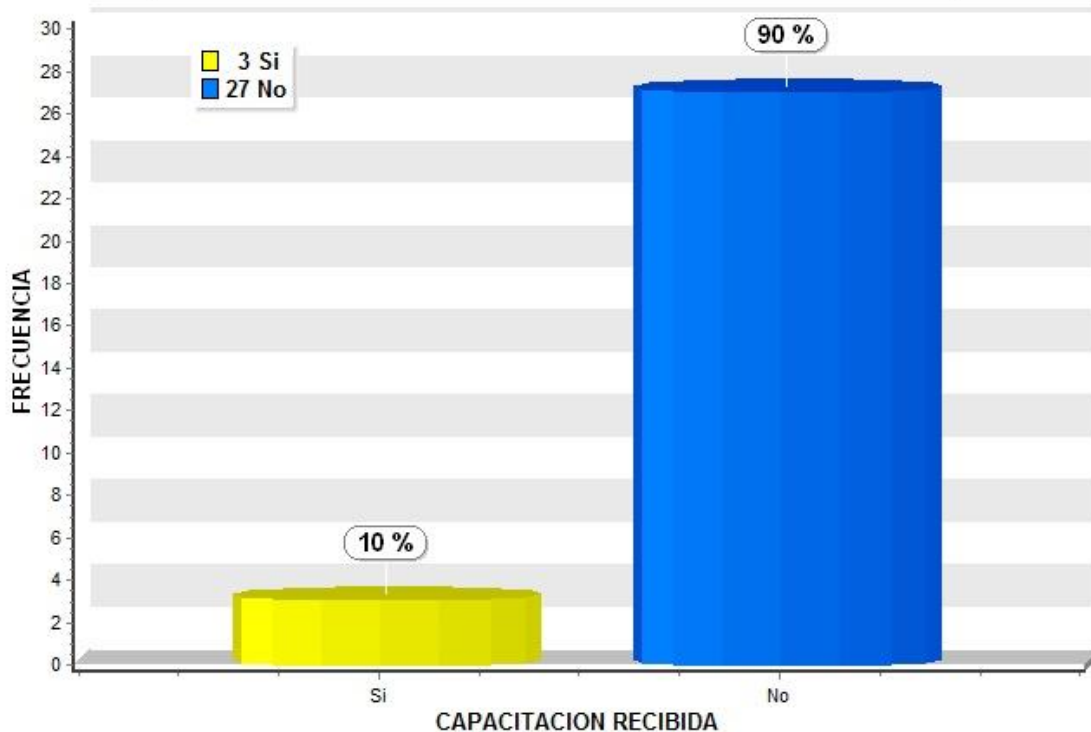


Los Exámenes Complementarios de Diagnóstico más relevantes para determinar las Insuficiencias Cardíacas, la Gráfica N° 7, señala como las importantes a los Electrocardiogramas con un 50% (15), y con un 17% (5) el estudio señala a las Radiografías de Tórax y las Ecocardiografías.



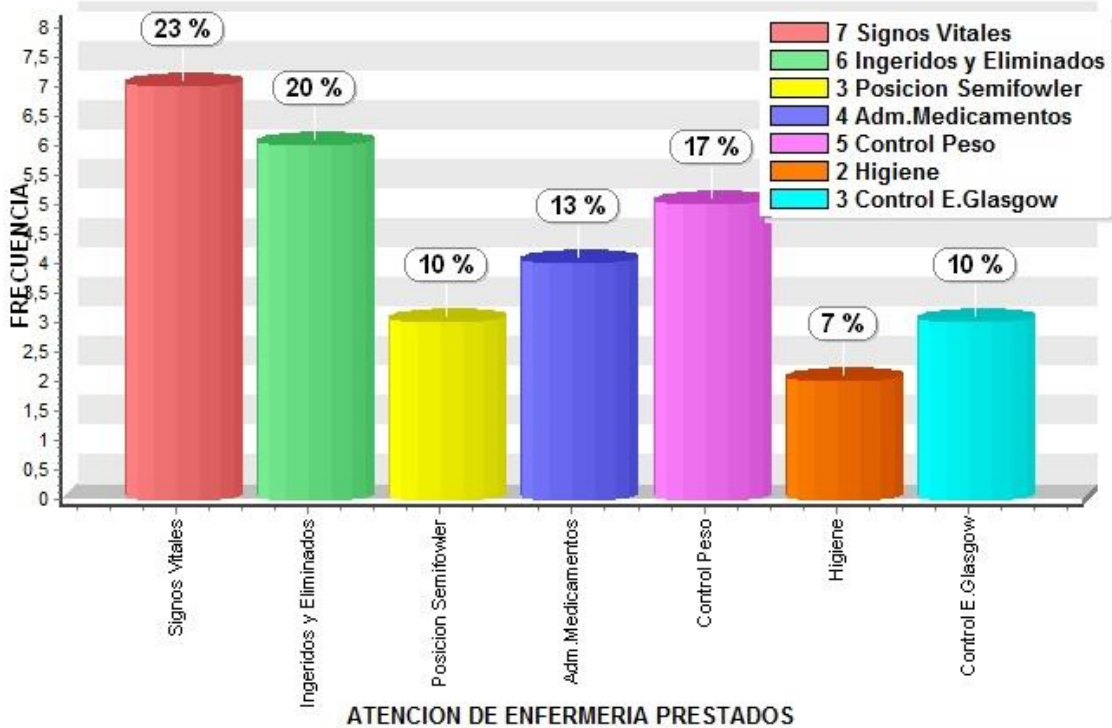
La Grafica N° 4, el Agente Tóxico que contribuye con más relevancia a una Insuficiencia Cardíaca, un 40% (12) señala a los excesos dietéticos de sal o azúcar, el 30% (9) atribuye al Consumo de Tabaco, y un 20% (6) al Consumo de Alcohol.

GRAFICO N° 5
CAPACITACION RECIBIDA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA
PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



La Grafica N° 5 señala que un 90% (27) de las Profesionales de Enfermería, no recibieron una capacitación específica para aplicación de los cuidados enfermeros para este tipo de pacientes.

GRAFICO N° 6
PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE ENFERMERIA PRESTADO
A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIBARRI DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



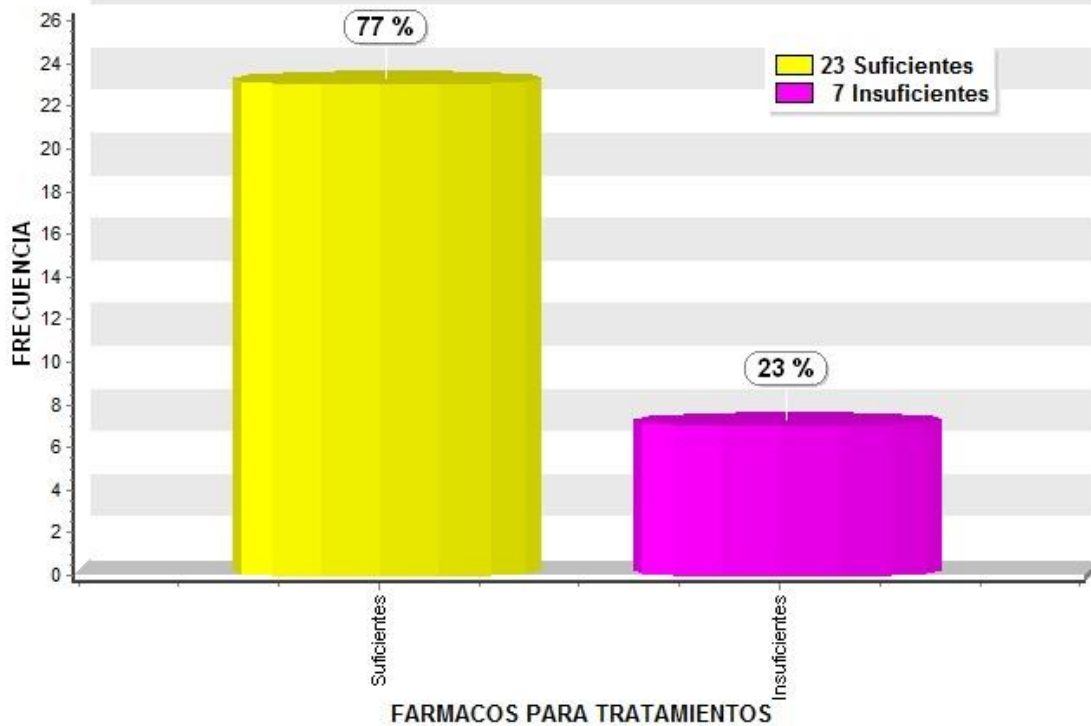
La Grafica N° 6 expone que un 23% (7) realiza la toma de Signos Vitales, un 20%(6) Ingeridos y Eliminados, 17%(5) Control de Peso, un 13% (4) Administra Medicamentos, el restante 10%(3) aplica la Posición Semifowler.

GRAFICO N° 7
EXISTENCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS
PARA ATENCION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013

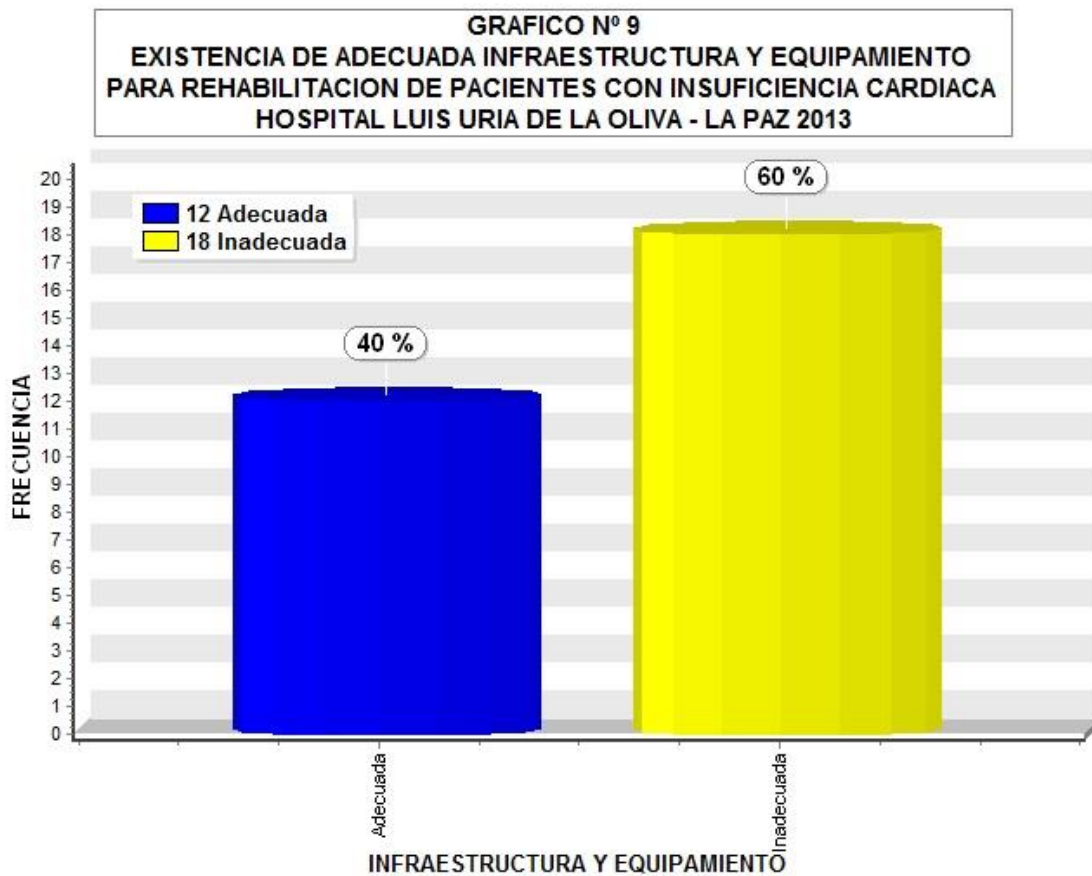


La Grafica N° 7, el 100%(30) de las Profesionales de Enfermería encuestadas, señalan que no cuentan con un Plan de Cuidados de Enfermería.

GRAFICO N° 8
EXISTENCIA DE SUFICIENTES FARMACOS PARA
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013

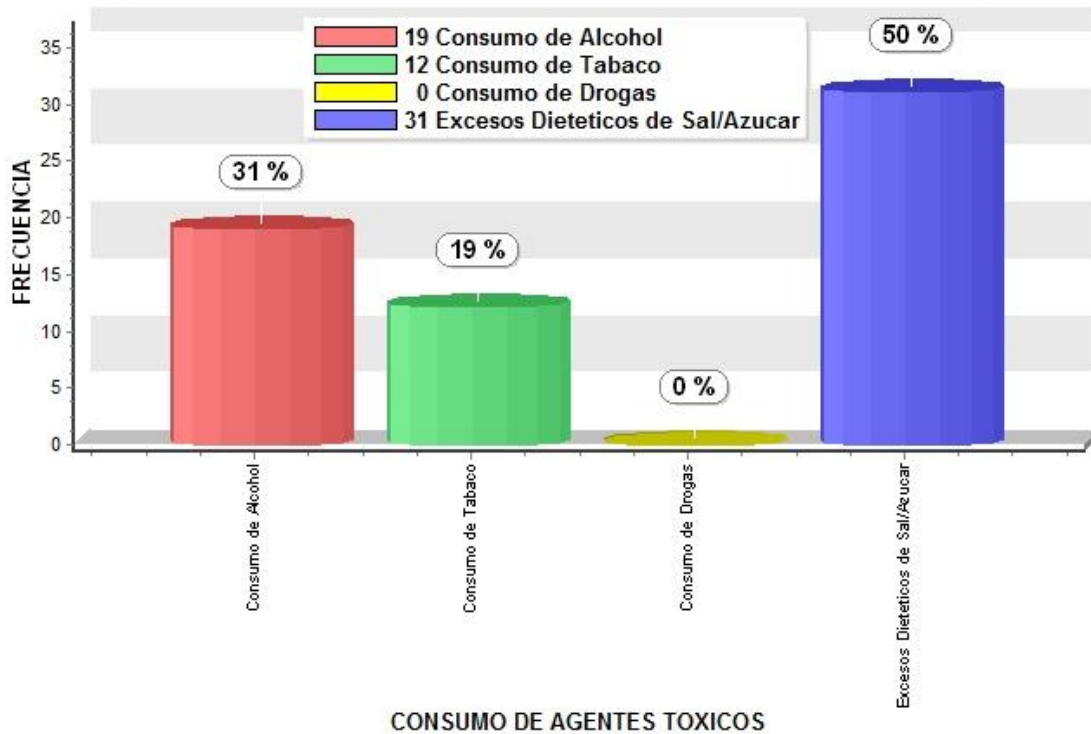


El Gráfico N° 11, muestra la conformidad de las Profesionales de Enfermería en un 77%(23) quienes señalan como suficiente su existencia, en tanto solo el 23% (7) menciona lo contrario.



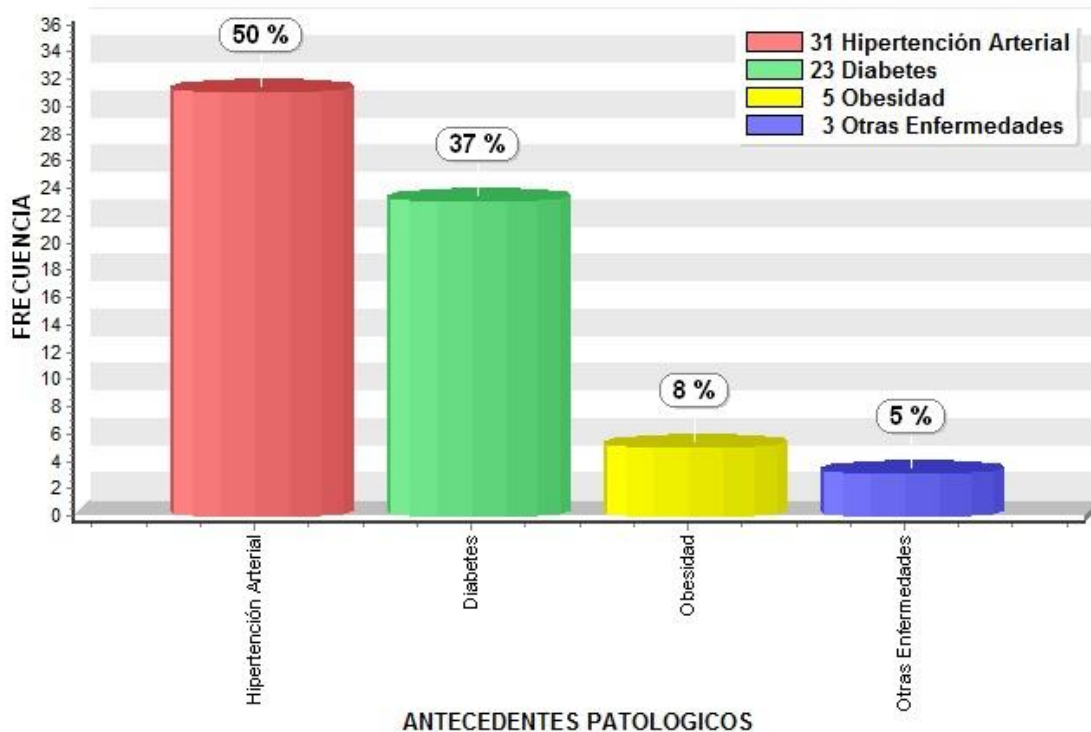
La Gráfica N° 9, esta muestra que un 60% (18) de las Profesionales de Enfermería encuestadas indica que es inadecuada, y un 40%(12) manifiesta su conformidad.

GRAFICO N° 10
HABITOS DE CONSUMO DE ESTIMULANTES O AGENTES TOXICOS
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIBARRI DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



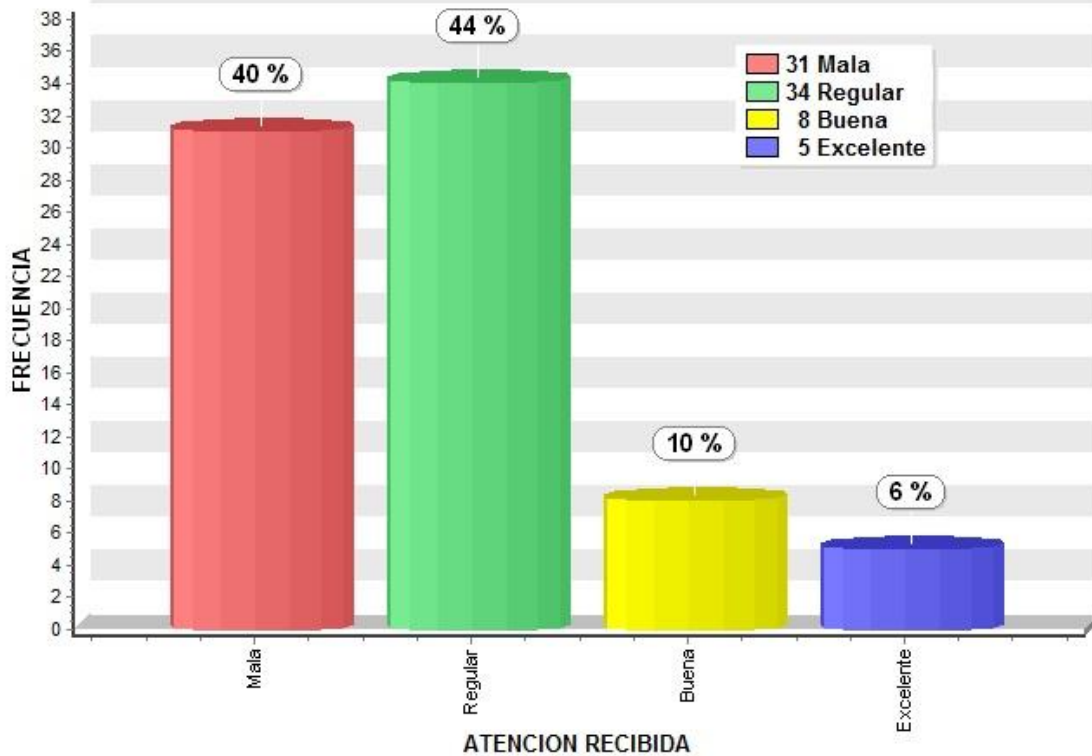
El Gráfico N° 10, en el cual se observa de 62 pacientes encuestados el 50%(31) señala consumir sal y/o azúcar en exceso, un 31%(19) indica consumir bebidas alcohólicas y finalmente un 19%(12) tiene hábitos de fumar.

GRAFICO N° 11
ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PACIENTES
CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



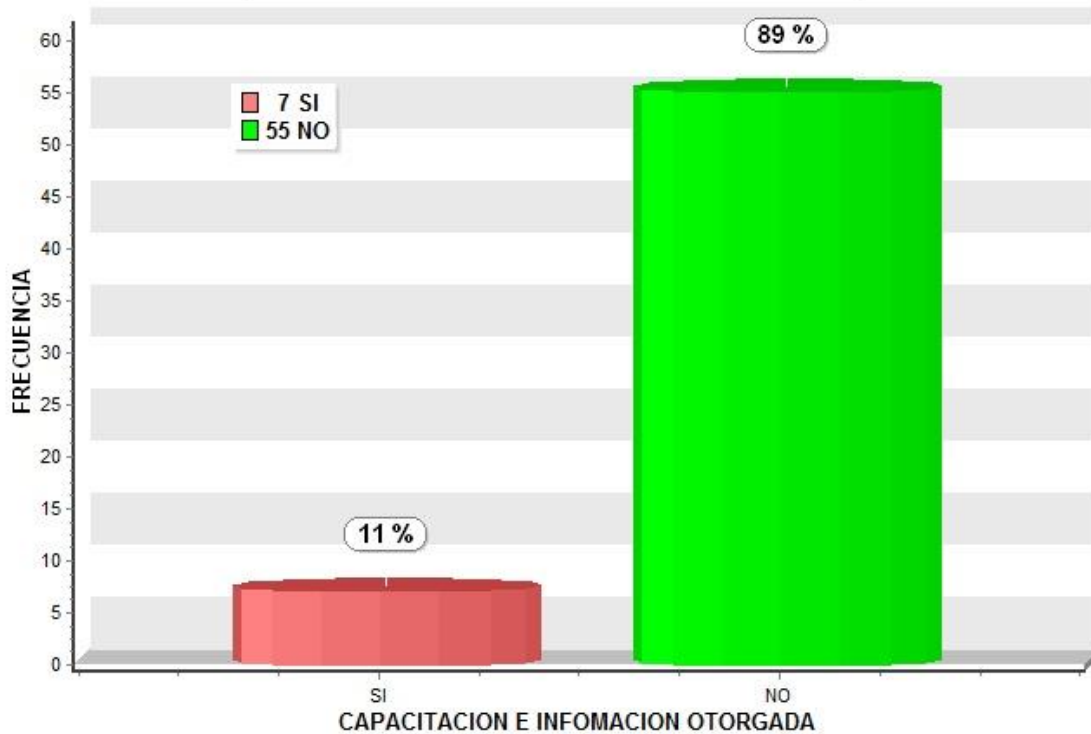
En la Grafica N° 11 , de cuya encuesta un 50%(31) señala padecer o haber padecido Hipertensión Arterial, y un 37%(23) Diabetes entre los diagnósticos más relevantes.

GRAFICO N° 12
CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA RECIBIDA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



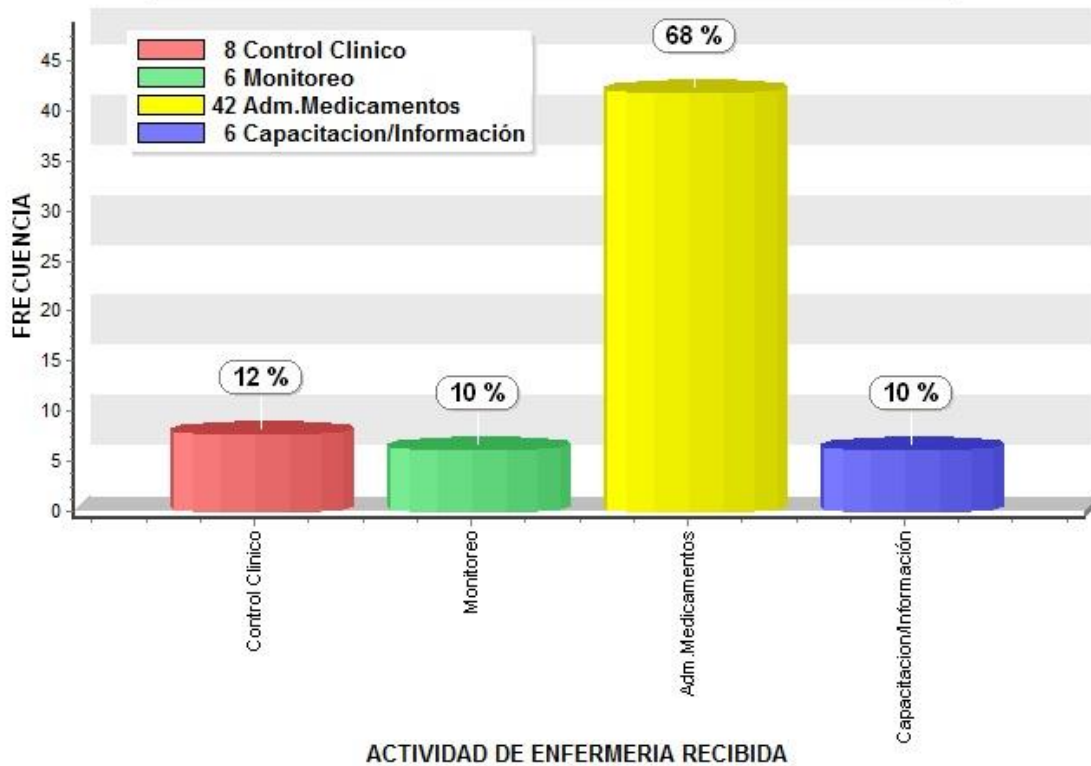
La Grafica N° 12 muestra que el 44%(34) de los pacientes que acudieron al hospital, señalan que fue Regular, en tanto un 40%(31) califica como Mala, y solo un 10%(8) como Buena.

GRAFICO N° 13
CAPACITACION E INFORMACION OTORGADA
A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



La Gráfica N° 13, el 89%(55) de los Pacientes que acudieron al Hospital, menciona que no recibieron capacitación ni información sobre el tratamiento que reciben o recibieron, y solo un 11%(7) indica todo lo contrario mostrando su conformidad.

GRAFICO N° 14
ACTIVIDAD DE ENFERMERIA RECIBIDA CON MAS FRECUENCIA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA - LA PAZ 2013



La Grafica N° 14 se muestra que 68% (42) de los Pacientes encuestados, señala a la Administración de Medicamentos, 12% (8) Controles Clínicos y el restante 10% (6) Monitoreo y Capacitación de manera general.

4.3 DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El estudio tuvo el propósito de establecer el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que Influyen la Insuficiencia Cardiaca en Pacientes de la tercera edad en el Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz durante la gestión 2013, como resultado de la aplicación del instrumento diseñados para las Enfermeras Profesionales, este se aplicó a 30 de ellas, asimismo, se ha adecuado otro cuestionario, dirigido a Pacientes con Insuficiencia Cardiaca que acudieron al mencionado Hospital durante la gestión 2013, siendo aplicados a 62 pacientes.

Como resultado de la aplicación de los mencionados instrumentos, a las Profesionales de Enfermería y Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardiaca, presentamos los resultados cuantitativos y descriptivos de cada una de las variables dependientes que fueron estudiadas en relación a los objetivos planteados

Respecto a las Profesionales de Enfermería:

- En referencia a la evaluación de las variables bio-sociales y laborales, observamos que del 100% (30) de las encuestadas pertenecen al sexo femenino. Con respecto a su nombramiento 80 % cuentan con ítem.. Con respecto a los años de trabajo, un 37% (11) tienen una antigüedad de trabajo entre 5 a 10 años, 27% (8) trabaja entre 11 a 20 años, 13% (4) tienen una antigüedad de 0 a 4 años y 21 a 30 años, 10% (3) de 31 y más años.
- Las patologías más frecuentes que predisponen una Insuficiencia Cardiaca, el 43% (13) de las Profesionales de Enfermería refieren a la Hipertensión Arterial, 40% (12) mencionan a la Fiebre Reumática,

un 11% (3) a las Arritmias Cardiacas y solo el 3% (1) indico a otros causantes como los Trombo embolismos e Infartos Miocárdicos (*Gráfico N° 1*). Esto se debe a que la mayoría de los pacientes que acuden al Hospital con síntomas de Insuficiencia Cardíaca manifiestan generalmente alteraciones de Presión Arterial, debido a la segunda causa se debe a Fiebre Reumáticas .

Estos diagnósticos, se corroboran con el estudio de Framingham quien encontró la Insuficiencia Cardíaca asociada con la Hipertensión Arterial de larga duración o Cardiopatía Coronaria y que hay factores de riesgo como Infarto Miocárdico no reconocido y Fibrilación Auricular. Considera también que la Valvulopatía como menos importante.

- Con respecto a los Síntomas Clínicos más frecuente que presentan los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, el 50% (15) de las Profesionales de Enfermería, señalan a los Edemas en los Miembros Inferiores, un 20% (6) indicó a la Dificultad Respiratoria y Ritmo Cardíaco Irregular o Rápido, un 7% (2) a la Dilatación de las Venas y un 3% (1) Aumento de Peso (*Gráfico N° 2*).

Sobre los resultados alcanzados, de acuerdo Antuña de Alaiz en su artículo en la Revista Clínica Diabetológica (2014) señala: Los síntomas clínicos más comunes de insuficiencia cardíaca entre otras son: Aumento de peso, Inflamación de los pies y los tobillos, Inflamación del abdomen, Venas del cuello pronunciadas, Pérdida del apetito, indigestión, Dificultad respiratoria con la actividad o después de acostarse por un momento, fatiga, debilidad, desmayos, Sensación táctil de los latidos cardíacos (palpitaciones), pulso irregular o rápido, disminución de la producción de orina, etc.

- Sobre los Exámenes Complementarios de Diagnostico más relevantes para determinar las Insuficiencias Cardiacas el estudio señala que; 50% (15) de las encuestadas indica que son los Electrocardiogramas, un 17% (5) señalan a las Radiografías de Tórax, además de las Ecocardiografías, 10% (3) a las Arteriografías y Angiografías, finalmente solo un 6% (2) mencionan a la Pruebas de Laboratorio (Gráfico N° 3). El electrocardiograma (ECG) es un registro de la actividad eléctrica del corazón, muy útil en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Proporciona al médico información muy valiosa, como saber a qué frecuencia late el corazón, si el ritmo del corazón es el normal (lo que se llama “ritmo sinusal”), si están presentes alteraciones en la generación o en la conducción del estímulo eléctrico (como son los bloqueos de rama o los bloqueos auriculoventriculares) o incluso detectar si se ha producido un infarto de miocardio en el pasado. Asimismo, la radiografía de tórax y otras técnicas de imagen deben ser realizadas de forma precoz en todos los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda para valorar la presencia de enfermedades preexistentes cardíacas o torácicas (tamaño y forma de las cámaras cardíacas) y para evaluar la congestión pulmonar. Se usa tanto para la confirmación del diagnóstico como para el seguimiento de la mejoría o de la respuesta insatisfactoria al tratamiento.
- Sobre los Agentes tóxicos que contribuyen con mayor relevancia a una Insuficiencia Cardíaca, el estudio señala que 40% (12) de las Licenciadas de Enfermería mencionó que se debe a los excesos dietéticos de sal o azúcar, el 30% (9) al Consumo de Tabaco, un 20% (6) al Consumo de Alcohol y finalmente un 10% (3) a las drogas (Gráfico N° 4). Al respecto de acuerdo a su experiencia e información recabada en el desempeño de sus funciones de las Profesionales de Enfermería, los estimulantes tóxicos que

contribuyen con mas frecuencia a una Insuficiencia Cardiaca es el consumo de sal y azúcar en importantes cantidades, que implica problemas de diabetes y complicaciones renales, asimismo, otro tanto hace referencia al consumo de tabaco y alcohol.

Sobre el particular el Dr. Ramón Bover Freire (2011), señala que; “...Muchas enfermedades del corazón y diversos agentes tóxicos dañan al corazón de distintas formas, pero todas ellas tiene algo en común: con el paso del tiempo acaban produciendo insuficiencia cardiaca...” “...Hay muchos agentes tóxicos que pueden dañar al corazón. En nuestro país el más frecuente es el alcohol; su consumo en grandes cantidades daña directamente al músculo cardiaco. Pero también el consumo de cocaína o de tabaco puede acabar produciendo insuficiencia cardiaca, al favorecer la enfermedad de las arterias coronarias.

- La Capacitación recibida sobre Cuidados de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardiaca, las Profesionales de Enfermería señalan que un 90% (27) no han recibido capacitación específica sobre este tipo de cuidados, en tanto solo 10% (3) señala contar con los mismos (*Gráfico N° 5*). La capacitación permite al personal de enfermería asegurar la calidad de atención del paciente, a través de una individualización de las necesidades del paciente, lo que implica la existencia de una relación paciente-enfermera, con la finalidad de su rehabilitación. Asimismo, la capacitación garantiza la calidad de cuidados de enfermería, que brinda al paciente con Insuficiencia Cardiaca, con la finalidad de buscar una continua atención, y participación de su autocuidado.
- Con relación a los Procedimientos más relevantes prestados inicialmente por las Profesionales de Enfermería en la atención de

Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, 23% (7) señala que realiza toma de Signos Vitales, 20% (6) Ingeridos y Eliminados, 17% (5) Control del Peso 13% Administración de Medicamentos y el restante 10% (3) otros procedimientos (Gráfico N° 7). Las enfermeras y enfermeros deben aplicar requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son: Fuentes de datos: primarias y secundarias (paciente, familiares), Recolección de datos: objetivos y subjetivos de antecedentes actuales, Observación, Entrevista, Examen físico.

- Sobre la existencia de un Plan de Cuidados para la Atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, el 100% (30) de las Profesionales de Enfermería encuestadas, señalan que no cuentan con el mismo, aspecto que limita una adecuada atención de pacientes con esta patología, constituyéndose en una limitación en la calidad y oportunidad que se brinda a los mismos. De acuerdo a la teoría, un Plan de Cuidados de Enfermería es el núcleo desde donde la Enfermera Profesional procesa, recibe, envía y valora la información.

El modelo del propio Plan de Cuidados ayuda a la Enfermera a procesar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico. El Plan de Cuidados funciona como un centro receptor, cuando la Enfermera lo utiliza para documentar los resultados de la Fase de Planificación. Facilita la comunicación, al enviar la información conveniente. También proporciona un sistema para evaluar los cuidados que se prestan. Elaborar un Plan de Cuidados adecuados implica que la enfermera debe tener experiencia en las técnicas de Valoración, Diagnóstico, Comunicación y emisión de juicios. La redacción de este Plan de asistencia es básica para conseguir una buena coordinación entre los profesionales sanitarios,

así como adelantar y dar continuidad a las tareas y permitir una posterior evaluación de la eficacia asistencial.

- Sobre los Fármacos disponibles en el Hospital para el tratamiento oportuno de los pacientes críticos y post críticos con esta patología, un 77% (23) de las Enfermeras encuestadas señalan que son suficientes, en tanto solo un 23% (7) mencionan lo contrario. Sobre el particular otras investigaciones señala que; las recomendaciones de tratamiento farmacológico de los pacientes con insuficiencia cardiaca y la Disfunción sistólica de Ventrículo izquierdo están claramente establecidas por las guías de tratamiento. En las últimas dos décadas se ha conocido el resultado de ensayos clínicos con fármacos como son los beta-bloqueantes, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas del receptor de la angiotensina y de la aldosterona que han llegado a reducir, en términos relativos, en un 35% la mortalidad por Insuficiencia Cardiaca.
- Con relación a la Infraestructura y dotación de Equipamiento para la rehabilitación de Pacientes con Insuficiencia Cardiaca, un 60% (18) de las Profesionales encuestadas señalan que es inadecuada, en tanto solo un 40% (12) menciona su conformidad con este factor (*Gráfico N° 9*). La disconformidad señalada, tiene que ver con la Infraestructura general del Hospital, debido a la antigüedad de su data y las condiciones físicas relacionados a su distribución física, de los ambientes de trabajo de los diferentes Servicios, sumado a ello la falta de políticas administrativas y financieras que permitan la renovación del equipamiento acorde a la tecnología actual y la readecuación de otros.

Una de las teorías que más ha influido sobre este tema es el tratado por Herzberg, F. (1959), teoría Bi Factorial, que postula que

existen dos grupos o clases de aspectos laborales: un grupo de factores extrínsecos o "factores higiénicos", y otro de factores intrínsecos o motivadores. Los primeros están referidos a las condiciones de trabajo, tales como el salario, las políticas de empresa, el entorno físico, la seguridad en el trabajo, etc.

Respecto a los Pacientes Adultos Mayores:

- Con relación a la evaluación de las variables bio-sociales y laborales, de los Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital, observamos que del 100% (62) pacientes adultos mayores 40%(25) son varones y 60% (37) mujeres. Igualmente con respecto a su edad 27% (17) tiene un rango de edad de 61 a 70 años, un 26%(16) entre 71 a 80 años 24% (15) de 81 y más años y un 23% (14) de 50 a 60 años. Con respecto a su procedencia un 76% (47) son el área urbana, y solo un 21% (13) del área rural. Concerniente a su Estado Civil, un 47% (29) es viudo(a), 24% (15) Casados y 11% (7) divorciados. Referente a su Nivel de Instrucción un 63% (39) han cursado hasta el nivel secundario, un 21% (13) hasta el nivel primario y un 11% (7) no cuenta con ninguna instrucción. Finalmente con relación al tipo de trabajo, la investigación demostró que un 89% (55) son jubilados y solo un 8% (5) cumple aun actividades eventuales, entre los datos más relevantes que fueron obtenidos.
- Con respecto Hábitos de consumo de Estimulantes Tóxicos, un %50 (31) de los pacientes señala que consume sal y/o azúcar en exceso y de manera frecuente, un 31% (19) aceptaron el consumo de bebidas alcohólicas, un 19% (12) indica su hábito de fumar (*Gráfico N° 10*). Algunas sustancias tóxicas dañan el corazón, y hacen más probable que el Paciente sufra Insuficiencia Cardiaca en un futuro, o que se agrave la que ya tiene. El tabaco es un factor de

riesgo importante para desarrollar enfermedad cardiovascular. Daña las arterias del corazón (arterias coronarias) y del resto del cuerpo, facilitando que su interior se obstruya y se produzca un infarto de miocardio. Los Pacientes con Insuficiencia Cardíaca cuya causa haya sido el consumo de alcohol en grandes cantidades, deben abandonar completamente el mismo. Si lo hacen es posible que el corazón se recupere, volviendo a tener un tamaño y una fuerza normales. La cocaína y otras drogas tienen también efectos nocivos sobre el corazón, deben ser completamente abandonadas.

- Sobre antecedentes patológicos relacionados con su Insuficiencia Cardíaca, un 50% (31) de los pacientes, señalan tener Hipertensión Arterial, un 37% (23) Diabetes y el restante 13% indica obesidad y otras enfermedades (*Gráfico N° 11*). La teoría, señala que la causa más frecuente de la Insuficiencia Cardíaca en los países desarrollados es la enfermedad de las arterias que llevan la sangre al corazón (Arterias Coronarias). Estas Arterias se obstruyen con el paso del tiempo debido al acúmulo de grasa en sus paredes, de forma que la sangre no puede pasar con normalidad por su interior. La angina de pecho, el Infarto de Miocardio, la Cardiopatía Isquémica, la Enfermedad Coronaria son términos que se utilizan para expresar que las arterias del corazón están enfermas, y pueden acabar produciendo Insuficiencia Cardíaca.

La Hipertensión Arterial es otra causa frecuente de insuficiencia cardíaca. El 60 y 70% de los ancianos tienen Hipertensión Arterial. Además, muchas personas la padecen, empero muchas de ellas ni siquiera la saben, pues no controlan con cierta regularidad las cifras de su Presión Arterial.

- Con referencia a la Calidad de Atención de Enfermería recibida, un 44% (34) de los pacientes encuestados, señalan que fue Regular, un 40% (31) manifestó su Disconformidad, y el restante 16% (13) menciona que fue Buena o Excelente (*Gráfico N° 12*). La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre el paciente y la enfermera profesional, define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; siendo el paciente el beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.
- Respecto a la Capacitación e Información recibida sobre su Tratamiento, en su permanencia Hospitalaria el 89% (55) de los encuestados señalan que, no obtuvo ninguna del Personal de Enfermería, contrariamente solo el 11% (7) menciona haber sido informado de manera general. (*Gráfico N° 13*). La información, permite al paciente asegurar la calidad de su atención y evaluar la intervención médica al que fue tratado.
- En relación al Tipo de Actividad de Enfermería, que obtuvieron los Pacientes con Insuficiencia Cardíaca con más frecuencia del Personal de Enfermería, un 68% (42) de los pacientes encuestados señalan que fue la Administración de Medicamentos, un 13% (8) Controles Clínicos y el restante 10% (6) Monitoreo y Capacitación (*Gráfico N° 14*). Las actividades son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminados a eliminar los factores que contribuyen al problema.

CAPITULO V

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En relación al estudio que ha dedicado a determinar el Proceso Enfermero y los Factores Predisponentes que Influyen la Insuficiencia Cardíaca en Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz durante la gestión 2013, se arribado a las siguientes conclusiones más importantes en relación a los objetivos de la investigación planteada:

- Con referencia a los aspectos bio-sociales y laborales, de las 30 Profesionales de Enfermería encuestadas y que cumplen labores en el Hospital Luis Uría de la Oliva, se caracterizan por ser de sexo femenino, y su tiempo de trabajo dentro el citado Centro Hospitalario, varía entre 0 a 20 años de servicio, siendo la mayoría remunerada a través de Ítems del Tesoro General de la Nación.

Con respecto a las condiciones Bio-sociales y Situación Laboral de los 62 Pacientes Adultos Mayores que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva en la gestión 2013, se caracterizó por los siguientes aspectos, 25 pertenecen al Sexo Masculino y 37 al Femenino, un 27% se encuentra en el rango de edad de 61 a 70 años y 26% de 71 a 80 años, 47 proceden del Área Urbana y 13 del Área Rural, sobre su Estado Civil, 29 son viudos y 15 aun casados, siendo el resto solteros o divorciados, en cuanto a su Nivel de Instrucción, 39 corresponden al nivel secundario, 13 al primario y el resto no cuenta con instrucción o tiene un nivel superior. Finalmente, sobre el Tipo de Trabajo, 55 son Jubilados, 7 aun trabajan eventualmente.

- Asimismo, con referencia a los Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca de acuerdo a encuestas realizadas a las Profesionales de Enfermería y Pacientes Adultos Mayores con esta patología, señalan que:
 - La Patología predisponente a una Insuficiencia Cardíaca es la Hipertensión Arterial, como la más importante, seguida de Fiebres Reumáticas y Arritmias Cardíacas, aspecto corroborado en la consulta a los pacientes que manifiestan generalmente alteraciones de Presión Arterial, y Resfríos anteriores que no fueron oportunamente tratados.
 - Con respecto a los Síntomas Clínicos más frecuentes que se observaron en los Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, por las Profesionales de Enfermería, fueron los Edemas en los Miembros Inferiores, (Inflamación de pies y tobillos) seguido por Dificultades Respiratorias y Ritmo Cardíaco irregular, debido a presentar fatiga, y pulso irregular.
 - Como Examen Complementario de Diagnóstico, para corroborar los síntomas de Insuficiencia Cardíaca, en los Pacientes que acudieron al Hospital Luis Uría de la Oliva, las Profesionales de Enfermería señalaron al Electrocardiograma, seguido de Radiografías de Tórax y Ecocardiografías.
 - Con relación a estimulantes o agentes tóxicos que tuvieron como predisponente a una Insuficiencia Cardíaca de los Pacientes que acudieron al Hospital, las Profesionales de Enfermería señalan que fue el exceso de sal y azúcar, seguido del consumo de Alcohol y Tabaco, este resultado fue corroborado por los mismos Pacientes en la investigación, quienes afirman tener el hábito de

consumir sal y/o azúcar en cantidades importantes, seguido del consumo de alcohol y Tabaco.

- Con referencia al Proceso Enfermero y su aplicación en Pacientes Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca por parte de las Profesionales de Enfermería el estudio mostro que:
 - Un 90% de las Profesionales de enfermería no obtuvo Capacitación específica sobre los cuidados respecto a la Insuficiencia Cardíaca, este resultado se contrasta con el señalado por los Pacientes que mencionan no haber recibido información y/o capacitación respecto al tratamiento que recibieron durante su permanencia hospitalaria.
 - Los Procedimientos más relevantes que prestan inicialmente las Profesionales de Enfermería, en la atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca, señalan que fue la toma de Signos Vitales, seguido de Ingeridos y Eliminados, el resto señala al Control de Peso, Administración de Medicamentos y otros. Este hecho contrasta con lo señalado por los Pacientes consultados, quienes afirman que la Actividad de Enfermería que reciben con más frecuencia es la Administración de Medicamentos.
 - De igual forma las encuestadas mencionaron que el Hospital no cuenta con un Plan de Cuidados de Enfermería, para la atención de pacientes con Insuficiencia Cardíaca, aspecto que provoca que no exista un plan de ayuda a las enfermeras a procesar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico, este aspecto también se confirmó con la encuesta realizada a los Pacientes con este enfermedad, sobre la Calidad

de Atención de Enfermería recibida, en cuyo caso el 44% de los mismos la califican como regular y un 40% como mala.

- En referencia a la disponibilidad de Fármacos en el Hospital para el Tratamiento de pacientes críticos y post críticos con esta patología, el 77% de las encuestadas, señalan que son suficientes en tanto solo un 23% mencionan lo contrario, esto debido que las Profesionales de Enfermería señalan que el Hospital está dotado con los Fármacos principales para el tratamiento de pacientes que adolecen esta patología, aspecto que contribuye de gran manera a la recuperación de los mismos.
- Finalmente con respecto a las condiciones de Infraestructura y Equipamiento para la atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca el 60% de las Profesionales de Enfermería encuestadas, señalan como inadecuada, debido a la antigüedad de su construcción y las condiciones físicas relacionados a su distribución física, de los ambientes de trabajo de los diferentes Servicios, sumado a ello la falta de políticas administrativas y financieras que permitan la renovación del equipamiento de cirugía, acorde a la tecnología actual y la readecuación de otros.

5.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son:

- Al Departamento de Enfermería del Hospital de Luis Uría de la Oliva dependiente de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, utilice la información de la presente investigación para implementar el proceso de gestión, considerando estrategias orientadas a superar las dimensiones de los Factores

predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardiaca así como la aplicación de adecuados Procesos enfermeros en el mencionado Centro Hospitalario.

- Elaborar un programa educativo de información al usuario y familiares, de pacientes adultos con Insuficiencia Cardiaca que acuden al Hospital, recomendando evitar excesos dietéticos en el consumo de sal, azúcar, alcohol y tabaco, como estimulantes tóxicos que predisponen e influyen la Insuficiencia Cardiaca
- Promover ciclos de capacitación permanente al Personal de Enfermería del Hospital, respecto a los cuidados específicos de Pacientes con Insuficiencia Cardiaca, con el propósito de reciclar información y adiestramiento, a los pacientes con esta patología, durante su permanencia hospitalaria.
- Impulsar, charlas dirigidas a pacientes con Insuficiencia Cardiaca, respecto al autocuidado y tratamiento otorgado, con la finalidad de crear conciencia para estimular su pronto restablecimiento.
- Elaborar un Plan de Atención de Enfermería para los adultos mayores con Insuficiencia Cardiaca con el propósito de aplicar actividades análogas en la atención de pacientes con esta patología, especialmente en las etapas de valoración y diagnóstico.
- Gestionar ante los niveles administrativos correspondientes, la provisión y disponibilidad permanente de fármacos específicos para el tratamiento oportuno de los pacientes críticos y post críticos con Insuficiencia Cardiaca. Asimismo, el cambio y/o mejoramiento de las condiciones de infraestructura de los ambientes, poniendo énfasis en los aspectos de iluminación, ventilación, humedad, etc.,

además de la provisión y/o renovación de equipamiento especializado para el tratamiento de esta enfermedad, con la finalidad de brindar atención con calidad y calidez oportuna.

CAPITULO VI

VI. PROPUESTA

6.1 INTRODUCCIÓN

El Adulto Mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

La Insuficiencia Cardíaca es un problema de salud pública, que afecta al adulto mayor y siendo uno de los principales causas de muerte cardiovascular y es consecuencia en más del 70 % de las dos enfermedades cardiovasculares más prevalentes: la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria.

En la actualidad, la Insuficiencia Cardíaca, va incrementando en la sociedad, que constituye una importante complicación de una cardiopatía en la población de mayor de 65 años de edad, que ingresan al Hospital Luis Uría de la Oliva y su prevalencia aumenta con la edad, afectando al individuo como persona, familia, sociedad.

La propuesta que se plantea, es diseñar un Plan de Atención y Cuidados de Enfermería, tomando como base un Sistema de Modelos estandarizados de acuerdo con diagnósticos, metas e intervenciones de enfermería (NANDA; NOC Y NIC), para mejorar la calidad de atención en el adulto mayor con Insuficiencia Cardíaca.

6.2 JUSTIFICACIÓN

La siguiente propuesta se la ejecuta, en base de los resultados obtenidos en la investigación, para afrontar el manejo correcto de este tipo de usuarios, por consiguiente es indispensable contar con Plan de Atención y Cuidados de Enfermería para el paciente adulto mayor con Insuficiencia Cardíaca que acude al Hospital objeto de nuestro estudio.

De acuerdo a estadísticas del Hospital “Luis Uria de la Oliva”, en el año 2013, la prevalencia de pacientes ingresados con Insuficiencia Cardíaca Congestiva fue de 62 pacientes, evidenciándose que no existe un Plan de Atención y Cuidados de Enfermería para este tipo de patología, aspecto confirmado con las encuestas aplicadas al Personal Profesional de Enfermería del Hospital, por lo que es indispensable que el personal aplique Plan de Atención y Cuidados de Atención de Enfermería en base de las normas y protocolos de atención de salud integral actualizado, con la finalidad de reducir la morbi-mortalidad de los usuarios que sufren Insuficiencia Cardíaca.

6.3 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Plan de Atención y Cuidados de Enfermería, de acuerdo a un Sistema estandarizado con diagnósticos, metas e intervenciones de enfermería (NANDA; NOC Y NIC), relacionado con la Insuficiencia Cardíaca, para mejorar la calidad de atención en el paciente Adulto Mayor con esta afectación que acude al Hospital “Luis Uria de la Oliva”

6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un Sistema de Cuidados de Enfermería, aplicando Diagnósticos, Metas e Intervenciones de Enfermería de acuerdo al Modelo (NANDA, NOC, NIC)
- Brindar atención de enfermería en forma rápida y oportuna a pacientes con Insuficiencia Cardíaca que ingresan al Hospital, evitando complicaciones y preservar la vida del paciente.

6.5 RECURSOS HUMANOS

Personal Profesional de Enfermería del Hospital Luis Uribe de la Oliva
Pacientes Adultos mayores con Insuficiencia Cardíaca que acuden al Hospital.

6.6 RECURSOS MATERIALES

Equipos de diagnóstico	Equipos e insumos médicos	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none">- Monitor multiparámetros- Bombas infusorias- Bomba para nutrición enteral- Electrocardiógrafo- Desfibrilador.- Equipo de diagnóstico.- Equipo de laringoscopio.- Ambú- Succionador.- Coche de paro cardíaco.- Coche de curaciones- Tanque de O2 u oxígeno empotrado.	<ul style="list-style-type: none">- Cánula nasal para oxigenoterapia.- Mascarilla de oxígeno.- Jeringas de 20,10, 5, 3, 1cc.- Equipo de venoclisis.- Equipo de Volutrol.- Catéteres N.- 18, 20, 22,24.- Sonda vesical n.-14, 16.- Funda recolectora de orina.- Envase para recolectar orina.- Sonda Nasogástrica. N.- 6,8,10,12, 14,16- Esparadrapo.	<ul style="list-style-type: none">- Digitálicos.- Diuréticos.- Analgésicos- Adrenérgicos.- Antipertensivos.

Equipos de diagnóstico	Equipos e insumos médicos	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> - Porta sueros. - Semilunas. - Torundero. - Charol de acero inoxidable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Torundas de algodón. - Tubo endotraqueal.N.-6,5 – 7-7,5. - Guantes de manejo y guantes estériles. - Sonda de puente. - Mangueras del succión - Set de líneas para monitoreo invasivo - Soluciones coloides y cristaloides - Envase para corto punzantes. - Torniquete. - Tensiómetro. - Fonendoscopio. - Termómetro. - Porta termómetro. - Reloj de segundero, etc. - Cama reclinable funcional. 	

6.7 PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DE ACUERDO A DIAGNÓSTICO, RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NANDA, NOC Y NIC), RELACIONADO CON LA INSUFICIENCIA CARDIACA

6.7.1 RESUMEN DE PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<i>(00029) Disminución del gasto cardiaco.</i>	➤ <i>Efectividad de la bomba cardiaca.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Regulación hemodinámica</i> ➤ <i>Cuidados cardiacos</i> ➤ <i>Cuidados cardiacos agudos</i> ➤ <i>Manejo shock Cardiaco</i> ➤ <i>Manejo de las vías áreas.</i>

DIAGNOSTICO DE NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas	➤ Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas	➤ Manejo de vías aéreas
(00032) Patrón respiratorio ineficaz	➤ Estado respiratorio: ventilación	➤ Monitorización de los signos vitales
(00132) Dolor Agudo	➤ Control del dolor	➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor ➤ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o valoración exhaustiva del dolor aumenten la experiencia del dolor
(00026) Exceso de volumen de líquidos	➤ Eliminación urinaria	➤ Manejo de líquidos y electrolitos
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	➤ Autocuidado: higiene	➤ Cambios de posiciones
(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad.	➤ Tolerancia a las actividades	➤ Ayuda con los autocuidados
(00015) Riesgo de estreñimiento	➤ Afrontamiento de problemas ➤ Eliminación intestinal.	➤ Manejo del estreñimiento
(00004) Riesgo de infección	➤ Control de riesgo	➤ Control de infección.
(00030) Deterioro del intercambio gaseoso.	➤ Intercambio gaseoso.	➤ Oxigenoterapia.
(00085) Deterioro de la movilidad física.	➤ Movilidad.	➤ Ayuda en el auto cuidado.
(00093) Fatiga.	➤ Nivel de fatiga.	➤ Manejo de la energía.
(00146) Ansiedad.	➤ Autocontrol de la ansiedad.	➤ Disminución de la ansiedad.
(00148) Temor	➤ Auto control del miedo	➤ Apoyo emocional
(00147) Ansiedad ante la muerte.	➤ Nivel de ansiedad.	➤ Disminución de la ansiedad.

6.7.2 PROPUESTA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PARA LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE ACUERDO A DIAGNÓSTICO, RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NANDA, NOC Y NIC)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>DIAGNÓSTICO: (00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO</p> <p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE 4: Respuesta Cardiovascular Pulmonar.</p> <p>DEFINICIÓN: la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la frecuencia cardíaca • Alteración de la precarga • Alteración de la post carga • Alteración de la contractilidad cardíaca • Características definitorias • Alteración de la frecuencia y ritmo • Disminución de la tensión arterial • Distensión de las venas yugulares • Cambios de la coloración de la piel • Dolor torácico. • Edema periférico. • Sonidos respiratorios (estertores, crepitantes, roncós) 	<p>RESULTADO: EFFECTIVIDAD DE LA BOMBA CARDIACA</p> <p>DEFINICIÓN: Adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiología.</p> <p>CLASE: Cardiopulmonar.</p> <p>ESCALA: Desviación grave del rango normal sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca ERE • Presión arterial dentro del valor normal. • Tolerancia a la actividad. • Pulsos periféricos fuertes. • Ausencia de edema periférico. • Ausencia de cansancio extremo. • Diaforesis profusa • Arritmias • Disnea de esfuerzo leve 	<p>INTERVENCIÓN: CUIDADOS CARDÍACOS</p> <p>DEFINICIÓN: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico en pacientes con síntomas de deterioro de la función cardíaca.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación y factores precipitantes y de alivio). • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar color y temperatura de las extremidades). • Observar signos vitales con frecuencia. • Monitorizar el estado cardiovascular. • Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca. • Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión / eliminación y peso diario). • Controlar si los valores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Agitación • Ansiedad <p>obje</p>		<p>de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea. • Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos anti arrítmicos. • Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades. • Establecer ejercicios y periodos de descanso para evitar la fatiga. • Observar la tolerancia del paciente a la actividad. • Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. • Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia. • Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica. • Ofrecer apoyo espiritual al paciente y /o a la familia (contactar con una sacerdote) si se procede. <p>INTERVENCIÓN: REGULACIÓN HEMODINÁMICO.</p> <p>DEFINICIÓN: Mejora de la frecuencia la postcarga y contractibilidad cardíaca.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea • Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios. • Auscultar los sonidos cardiacos • Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiaco y los pulsos • Vigilar los niveles de electrolitos • Monitorizar el gasto cardiaco o índice de trabajo ventricular si procede Administrar los medicamentos prescritos. <p>INTERVENCIÓN: CUIDADOS</p> <p>CARDIACOS: AGUDOS.</p> <p>DEFINICIÓN: Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico derivado de deterioro de la función cardiaca.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar los sonidos cardiacos. • Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios. • Controlar el estado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>neurrológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar ingestión /eliminación y peso diario, si correspondería. • Vigilar la función renal (niveles de BUN). • Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias (potasio y magnesio en suero). • Realizar radiografía de tórax. • Proporcionar comidas pequeñas y frecuentes. • Limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasas y demás • Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de val salva (esfuerzo durante el movimiento intestinal). <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE LAS VÍAS ÁREAS.</p> <p>DEFINICIÓN: Asegurarla permeabilidad de la vía área.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Auscultar sonidos respiratorios, observando Las aéreas de disminución o

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente que requiera de manera real /potencial la intubación de vías áreas. • Realizar fisioterapia torácica eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. • Administrar aire u oxígeno humidificados. • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede. <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE SHOCK CARDIACO.</p> <p>DEFINICIÓN: Estimular un perfusión tisular adecuada para un paciente con el bombeo cardiaco gravemente comprometido.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el equilibrio de líquidos administrados, líquidos IV o diuréticos si procede. • Anotar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco. • Observar los estudios de coagulación sanguínea incluyendo el tiempo de protrombina,

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>el tiempo de tromboplastina parcial (ptt) el fibrinógeno, los productos de degradación, separación y recuento de plaquetas, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> Favorecer una precarga óptima para mejorar la contractibilidad a la vez que se minimiza la Insuficiencia Cardíaca administrar nitroglicerina y mantener la presión capilar arterial en clavada.
<p>DIAGNOSTICO: (00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS</p> <p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección.</p> <p>CLASE 2: Lesión Física.</p> <p>DEFINICION: Capacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del trato respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Obstrucción de las vías aéreas Secreciones bronquiales Retención de las Secreciones Mucosidad excesiva Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 	<p>RESULTADOS: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</p> <p>DEFINICION.- Vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el Intercambio del aire.</p> <p>DOMINIO: Salud Fisiología</p> <p>CLASE: Cardio Pulmonar</p> <p>ESCALA: Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno(n)</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia respiratoria Capacidad de eliminar secreciones Ritmo respiratorio Profundidad de la inspiración. 	<p>INTERVENCION: MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS</p> <p>DEFINICIÓN: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible Realizar la aspiración endo traqueal, si procede. Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación. Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la frecuencia respiratoria • Agitación • Disnea • Tos inefectiva. 		<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a toser de manera efectiva.
<p>DIAGNÓSTICO: (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ</p> <p>DOMINIO 4: Actividad / Reposo</p> <p>CLASE: Respuesta Cardiovascular/ Cardiopulmonar.</p> <p>DEFINICIÓN: Inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la presión espiratoria • Disminución de la presión inspiratoria • Disminución de la ventilación por minuto • Disnea y episodios de apnea • Taquipnea • Aleteo nasal <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de hipo ventilación • Fatiga de los músculos respiratorios • Dolor torácico. 	<p>RESULTADOS: ESTADO RESPIRATORIO VENTILACIÓN.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológico. CLASE: Cardiopulmonar. ESCALA: Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno (n).</p> <p>DEFINICIÓN: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria. • Profundidad de la respiración. 	<p>INTERVENCION: MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES.</p> <p>DEFINICIÓN: Recogida y analices de datos sobre el estado cardiovascular, respiratoria y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede • Controlar periódicamente los sonidos pulmonares • Observar si se producen esquemas respiratorios anormales. • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales • Observar llenado capilar normal • Observar si hay cianosis central y periférica.
<p>DIAGNÓSTICO: (00132) DOLOR AGUDO</p> <p>DOMINIO 12: Confort.</p>	<p>RESULTADOS: CONTROL DEL DOLOR</p> <p>DOMINIO: Conocimiento y</p>	<p>INTERVENCION: MANEJO DEL DOLOR</p> <p>DEFINICIÓN: Alivio del</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>CLASE: Confort Físico.</p> <p>DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de la presión arterial. • Cambios en la frecuencia cardíaca. • Cambios en la frecuencia respiratoria. <p>FACTORES RELACIONADOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes lesivos (como físicos, psicológicos). 	<p>conducta de salud (IV).</p> <p>CLASE: Conducta de salud.</p> <p>ESCALA: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el comienzo del dolor • Utiliza medidas de alivio no analgésicas • Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario • Reconoce síntomas asociados del dolor • Refiere dolor controlado. 	<p>dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes. • Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes • Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo • Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento. • Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos.) • Seleccionar y desarrollar aquella medida (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede. • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>consecuencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede. • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. • Utilizar medidas de control del dolorantes de que el dolor sea severo • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. • Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. • Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a las experiencias del dolor. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>DIAGNÓSTICO: (00047) EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p> <p>DOMINIO 2: Nutrición.</p> <p>CLASE: Hidratación.</p> <p>DEFINICIÓN: aumento de la retención de líquidos isotónicos.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso en un corto periodo de tiempo. • Edema. • Alteración de los electrolitos. • Cambios de la densidad de la orina. • Oliguria. <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exceso de aporte de líquidos. • Exceso de aporte de sodio. 	<p>RESULTADOS: ELIMINACIÓN URINARIA</p> <p>DOMINIO: salud fisiológica.</p> <p>CLASE: Eliminación.</p> <p>ESCALA: Gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguno.</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho conservar solutos, recoger y eliminar la orina de una forma saludable.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de orina de ERE. • Ingesta y eliminación durante la 24horas equilibradas. • Creatinina sérica DLN. • Densidad urinaria. • Proteinuria. • Ph urinario. 	<p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS</p> <p>DEFINICIÓN: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y / o electrolitos alterados.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a diario y controlar la evolución • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Realizar sondaje vesical, si es preciso • Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, uso adecuado y presión sanguínea ortostática) según sea el caso • Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, disminución de hematocrito, aumento de los niveles de osmolalidad de la orina). • Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera. • Administrar los diuréticos prescritos, si procede • Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de los electrolitos prescritos • Consultar con el médico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.
<p>DIAGNÓSTICO: (00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.</p> <p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección.</p> <p>CLASE: Lesión Física.</p> <p>DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis, dermis o ambas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humedad. • Factores mecánicos. • Alteración de la circulación. • Inmovilización física. 	<p>RESULTADO: AUTOCUIDADOS HIGIENE ESCALA: Gravemente comprometido hasta a No comprometido.</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto Independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel. • Llenado capilar. • Mantiene la higiene corporal. 	<p>INTERVENCIÓN: CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>DEFINICIÓN: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y / o psicológico.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar sobre un colchón anti escaras. • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Colocar en lo posición terapéutica especificada. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.
<p>DIAGNÓSTICO: (00094) RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD.</p> <p>DOMINIO 4: Actividad /reposo.</p> <p>CLASE: Respuesta cardiovascular / pulmonar.</p> <p>DEFINICIÓN: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p>	<p>RESULTADOS: TOLERANCIA A LAS ACTIVIDADES.</p> <p>DOMINIO: Salud funcional.</p> <p>CLASE: Mantenimiento o de la energía.</p> <p>ESCALA: Gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <p>DEFINICIÓN: Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.</p>	<p>INTERVENCIÓN: AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS</p> <p>DEFINICIÓN: Ayudar y enseñar a una persona a realizar actividades instrumentales de la vida diaria necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al individuo métodos alternativos de transporte (ejempló autobuses, transporte urbano o regional para

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno. <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del estado físico. • Presencia de problemas circulatorios. 	<p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad. • Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria. • Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad. • Presión arterial sistólica en respuesta a la actividad. • Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad 	<p>discapacidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (ejempló, dirigir la casa, manejo jardinero). • Ayuda con los autocuidados aseo, eliminación. • Ayuda con los autocuidados vestir arreglo personal. • Enseñar al individuo a no fumar en la cama o mientras se está reclinado o después de tomar la medicación que altere la concentración.
<p>DIAGNÓSTICO: (00015) RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p> <p>DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio</p> <p>DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces Y/ o eliminación de heces excesivamente duras secas.</p> <p>FACTORES DE RIESGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad física insuficiente. <p>PSICOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión. <p>FISIOLÓGICOS</p>	<p>RESULTADOS: ELIMINACIÓN INTESTINAL</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad del tracto intestinal para formar y evacuar las heces en forma efectiva.</p> <p>ESCALA: Gravemente comprometido hasta no comprometido (a) y grave hasta ninguno.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de movimientos Intestinales. • Facilidad de eliminación de las heces • Eliminación fecal sin ayuda. • Ingestión de líquidos adecuados • Controla aparato intestinal de forma independiente. 	<p>ACTIVIDAD: MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO</p> <p>DEFINICIÓN: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Vigilar la existencia de peristaltismo. • Comprobar movimientos intestinales. • Incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado. • Enseñar al

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Aporte insuficiente de líquidos • Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal. 		<p>paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente /familia acerca de la dieta rica en fibras. • Instruir al paciente /familia sobre el uso correcto de laxante. • Aconsejar al paciente a consultar con un médico si el estreñimiento o la impactación persisten. • Consultar con el médico acerca de aumento /disminución de frecuencia del peristaltismo. • Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación
<p>DIAGNÓSTICO: (00004) RIESGO DE INFECCIÓN</p> <p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección</p> <p>DEFINICIÓN: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos invasivos. (catéter venoso periférico). • Enfermedades crónicas. 	<p>RESULTADOS: CONTROL DEL RIESGO</p> <p>DOMINIO: conocimiento y conducta de salud.</p> <p>CLASE: Control del riesgo y seguridad.</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para prevenir eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p> <p>ESCALA: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo • Desarrolla estrategias de 	<p>INTERVENCIÓN: CONTROL DE INFECCIONES</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso con una buena asepsia • Cambiar el equipo de cuidados del paciente • Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiadas. • Enseñar al paciente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
	<p>control del riesgo efectivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionados. • Participa en la identificación sistemática de problemas relacionados con la salud. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados. 	<p>/familia a evitar infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano. • Garantizar una manipulación aséptica de todas
<p>DIAGNÓSTICO: (00030) DETERIORO DE INTERCAMBIO DE GASES</p> <p>DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio</p> <p>DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación –perfusión • Cambios de la membrana alveolo capilar. <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Agitación • Diaforesis • Respiración anormal • Aleteo nasal • Taquicardico • Gasometría arterial anormal. • Disminución de dióxido de carbono. 	<p>RESULTADOS: ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>CLASE: Cardiopulmonar.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica.</p> <p>DEFINICIÓN: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales.</p> <p>ESCALA: Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal y grave hasta ninguno.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio entre ventilación y perfusión. • Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (pa O₂). • Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (paco₂). • Saturación de O₂. • PH arterial. 	<p>INTERVENCION: OXIGENOTERAPIA Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. • Vigilar el flujo de litro de oxígeno. • Administrar oxígeno suplementario según orden médica. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. • Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. • Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<p>concentración prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. • Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comunidad.
<p>DIAGNOSTICO: (00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.</p> <p>DOMINIO 4: Actividad/ reposo</p> <p>CLASE: Actividad/ ejercicio</p> <p>DEFINICIÓN: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la actividad • Disminución de la fuerza muscular • Malestar <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para girarse. • Limitación de la amplitud de • Movimientos 	<p>RESULTADOS: MOVILIDAD</p> <p>DOMINIO: Salud funcional</p> <p>CLASE: Movilidad</p> <p>ESCALA: Gravemente comprometido hasta No comprometido.</p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimiento muscular. • Movimiento articular. • Se mueve con facilidad. 	<p>INTERVENCION: AYUDA AL AUTOCUIDADO</p> <p>DEFINICIÓN: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de posición • Enseñanza: actividad / ejercicio prescripto. • Terapia de ejercicios: control muscular. • Terapia de ejercicios: movilidad articular. • Vigilancia de la piel.
<p>DIAGNÓSTICO: (00093) FATIGA</p> <p>DOMINIO 4: Actividad/ reposo</p> <p>CLASE: Equilibrio de la</p>	<p>RESULTADOS: NIVEL DE FATIGA</p> <p>DOMINIO: Salud funcional</p> <p>CLASE: Mantenimiento de energía</p>	<p>INTERVENCION : MANEJO DE LA ENERGÍA</p> <p>DEFINICIÓN: Regulación del uso de energía para tratar o evitar la fatiga y</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>energía</p> <p>DEFINICIÓN: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados de enfermedad • Mal estado físico <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física. 	<p>ESCALA: Gravemente hasta Ninguno y gravemente hasta no comprometido.</p> <p>DEFINICIÓN: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento. • Estado de ánimo deprimido. • Inflamación de los ganglios • linfáticos. • Dolor de garganta. 	<p>mejorar las funciones.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el reposo /limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso). • Limitar los estímulos ambientales (luz ruidos para facilitar la relajación). • Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco. Y frecuencia respiratoria) a los auto cuidados o actividades de cuidados por parte de otros. • Instruir al paciente / ser querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad. • Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular. • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente /ser querido favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones. • Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos). • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el dietista la forma de aumentar la ingesta de alimentos energéticos. • Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. • Vigilar la respuesta cardio respiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
<p>DIAGNÓSTICO: (00146) ANSIEDAD</p> <p>DOMINIO 9: Afrontamiento /Tolerancia al Estrés</p> <p>DIFINICION: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo) sentimiento de a presión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de preocupaciones • Debidas a cambios en acontecimientos vitales. • Agitación. <p>FACTORES</p>	<p>RESULTADOS: AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD</p> <p>DEFINICIÓN: Acción personal es para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificado.</p> <p>ESCALA: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p> <p>INDICADORES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. • Busca información para reducir la ansiedad. • Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. • Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. • Controlará la respuesta de ansiedad. 	<p>INTERVENCIÓN: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar la a presión temor o presagios relacionados con una fuente no identificado de peligro por adelantado.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Crear un ambiente que

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el estado de salud La situación económica. • Estrés • Amenaza de muerte 		<p>facilite la confianza.</p>
<p>DIAGNÓSTICO: (00148)TEMOR</p> <p>DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE: respuestas de afrontamiento.</p> <p>DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estímulos fóbicos. • Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales. <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de sentirse asustado. • Informes de intranquilidad. • Informes de terror. • Informes de pánico. 	<p>RESULTADOS: AUTOCONTROL DEL MIEDO</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión inquietud secundarios a una fuente identificable.</p> <p>DOMINIO: salud psicosocial.</p> <p>CLASE: autocontrol.</p> <p>ESCALA: Nunca demostrada hasta siempre demostrado.</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir el miedo. • Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. • Mantiene las relaciones sociales. • Controla la respuesta del miedo. • Planea estrategias para superar las situaciones temibles. 	<p>INTERVENCION: APOYO EMOCIONAL</p> <p>DEFINICIÓN: proporcionar seguridad, aceptación animo en momento de tención actividades.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. • Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. • Animar al paciente los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como miedo disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Permanecer con el paciente. y proporcionar sentimientos de seguridad.
<p>DIAGNOSTICO: (00147) ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.</p> <p>DOMINIO 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés.</p>	<p>RESULTADOS: NIVEL DE ANSIEDAD</p> <p>DOMINIO: Salud psicosocial</p> <p>CLASE: Bienestar psicosocial</p>	<p>INTERVENCION: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar la a presión temor o presagios relacionados con una fuente no</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS O METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
<p>CLASE: Respuesta de afrontamiento.</p> <p>DEFINICIÓN.- sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocado por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confronta miento con la realidad de una enfermedad terminal. • Percepción de proximidad de la muerte. • Experiencia cercana a la muerte. <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de temor a desarrollar una enfermedad terminal. • Informes de pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía. • Informes de temor a una muerte prematura. 	<p>ESCALA: Grave hasta Ninguno</p> <p>DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificada</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impaciencia • Aumento de la frecuencia respiratoria • Fatiga • Ansiedad verbalizada • Aumento de la presión sanguínea. • Aumento de la frecuencia respiratoria. • Ataque del pánico. 	<p>identificado de peligro por adelantado.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipita la ansiedad. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Antuña de Alaiz; Revista Clínica Diabetológica; 2014, Disponible en URL: <http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/cardiodiabetes/19.htm>
Consultado el 10 de diciembre de 2013.*
2. *Ariza, Claudia. "Intervención de enfermería al paciente con alteración de sistema cardiovascular". Módulo de Auto instrucción. Pontificia Universidad Javeriana. CEJA; 2000.*
3. *Balderas Pedrero, Ma. de la Luz; Administración de Servicios de Enfermería; 5ta. Edición. Ed. Mc Graw Hill México 2009*
4. *Bárbara Kozier, Glenora Erb, Audrey Berman, Shirlee Snyder La evaluación, Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y Práctica, Segunda Edición 2004, p.261*
5. *Bochi EA, Vilas-Boas F, S Perrone y el Grupo Directrices para Latinoamérica El tratamiento de la insuficiencia cardíaca descompensada. 2005; pág. S49-S96*
6. *Bover Freire Ramón; Pascual Figal Domingo; Cinca Cuscullola Juan, Insuficiencia-Cardiaca.com. Copyright © 2011.*
7. *Carpenito, L. J.; Diagnóstico de Enfermería 5ª Edición, Editorial Interamericana , McGraw-Hill.*
8. *Carpenito, L. J.; Planes de Cuidado y Documentación Clínica en Enfermería, Madrid; McGraw-Hill.*

9. *Chen YT, Vaccarino V, Williams CS, Butler J, Berkman LF, Krumholz HM. Risk factors of heart failure in the elderly. A prospective community based study. Am J Med. 1999; 106: pág. 605-612.*
10. *Comunitaria C, K Singh, Pimentel DR, Colucci WS. La norepinefrina estimula la apoptosis en los miocitos ventriculares de rata adulta por la activación de la vía beta-adrenérgico. Circulación 1998; pag.1329-1334.*
11. *Cuauhtémoc Acoltzin; José Lizama; José Lozoya,; Héctor Ariza, Revista Mexicana Cardi Volumen 12, Número 3 Julio - Septiembre 2001 pág. 111 – 114.*
12. *Dargie HJ, McMurray JJV. Diagnóstico y manejo de la Insuficiencia Cardíaca. BMJ 1994; 308: pág. 321-328.*
13. *Doba N, Tomiyama H, Nakayama T. Las drogas, la insuficiencia cardíaca y la calidad de vida: 1999; 14 (3): pág. 153-163.*
14. *Feenstra J, Grobbee D, Reinme WJ, Stricker BHCH. Insuficiencia cardíaca causada por fármacos. JACC (ed. Mex.) 1999; 8(4): pág. 141-150.*
15. *Hensen J, Abraham WT, Durr JA, Schrier RW. La aldosterona en la insuficiencia cardíaca congestiva: análisis de los factores determinantes y papel en la retención de sodio. 1991; pág. 441-446.*
16. *Janet W. Paula j. Christensen; Manual de Enfermería Zamora; Proceso de Atención de Enfermería, capítulo 1 pág. 7.*
17. *Kannel WB. Epidemiological aspects of heart failure. Cardiol Clin 198; 7(1): 1-91.*

18. *Mc Closkey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2005.*
19. *Medline Plus, de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000158.htm> consultado el 3 de febrero de 2014.*
20. *Meléndez O.; Velázquez H; Silvia María De La Luz, Teoría General del Déficit del Autocuidado. Guía Básica Ilustrada. El Manual Moderno (2001).*
21. *Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005.*
22. *NANDA I. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008.*
23. *Nieto Montesino, Ma.J.; García Fernández, Y.; Atrio Padrón, Boletín de Enfermería en Cardiología Nº 31, 1er cuatrimestre 2004, pág. 122.*
24. *North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. 9a Conferencia. 1990. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª edición. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002.*
25. *Organización Mundial de la Salud; Consejo de cardiología geriátrica para la formación en la insuficiencia cardíaca; Guía resumida del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.*
26. *Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F; Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): pág. 9-26.*

27. Philbin EF, Di Salvo TG.; *Predicción de reingreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca. Desarrollo de una escala de valoración sencilla basada en datos administrativos. JAAC (Ed. Mex.) 1999; 8(6): pág. 230-236.*
28. *Revista NorthPoint Domain, Inc. Copyright © 2014, (3 paginas) Disponible en URL:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/integrado4/cardio4/Cardio07.htm>, Consultado Enero 13 de 2014.*
29. *Revista Cardiológica México v.77 suplemento 1 México ene. /mar. 2007*
30. *Revista Medicine 2009, pág. 231.*
31. *Teerlink JR, Goldhaber SZ, Pfeffer MA. An overview of contemporary etiologies of congestive heart failure. Am Reart J 1991; 121: pág.1852-1853.*

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR		INSTRUMENTOS DE MEDICION
INDEPENDIENTE Insuficiencia Cardíaca	La Insuficiencia Cardíaca, es la incapacidad del corazón para mantener el gasto cardíaco y satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.	Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca	<p>Patologías asociadas frecuentes que predisponen la Insuficiencia Cardíaca</p> <p>Síntomas asociados frecuentes que predisponen la Insuficiencia Cardíaca</p> <p>Estimulantes o Agentes Tóxicos que contribuyen a la Insuficiencia Cardíaca</p>	<p>Arritmias Cardíacas Trombo embolismo pulmonar Infarto Miocárdico Hipertensiones Fiebre Reumática</p> <p>Edemas en Miembros Inferiores Dificultad Respiratoria Venas de cuello pronunciada Ritmo Cardíaco irregular Aumento de Peso</p> <p>Alcohol Tabaco Drogas Excesos dietético de sal</p>	Porcentual	Encuesta
DEPENDIENTE Proceso Enfermero	<p>El Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico que consiste en:</p> <p>Valoración.- Conduce a la identificación del paciente y al diagnóstico de la misma de este modo se logra conocer la dirección de implementación y para mejorar la condición del paciente aplicando los requisitos previos para una realización adecuada</p> <p>Diagnostico.- Es un enunciado definitivo, claro y</p>	Capacitación Recibida Atención de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca	<p>1. SI <input type="checkbox"/></p> <p>2. NO <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Personal de Enfermería que cuenta con capacitación.</p> <p>2. Personal de Enfermería que no cuenta con capacitación</p>	Porcentual	Encuesta
		Exámenes de Diagnostico aplicados	<p>1. Electrocardiograma</p> <p>2. Radiografía de Tórax y Técnicas de Imagen</p>	<p>1. Un ECG normal es común en la insuficiencia cardíaca aguda. El ECG es capaz de identificar el ritmo, y puede ayudar a determinar la etiología de la insuficiencia cardíaca aguda y evaluar las condiciones de carga del corazón. Es esencial en la evaluación de los síndromes coronarios agudos.</p> <p>2. La radiografía de tórax y otras técnicas de imagen deben ser realizadas de forma precoz en</p>	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION
	<p>conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.</p> <p>Planificación.- Se considera como el núcleo o centro del proceso de atención de enfermería lo que realmente es el proceso de atención de enfermería</p> <p>Ejecución.- Se refiere a todas las actividades que la enfermera desarrollada con el paciente y para el paciente, con el fin de lograr los resultados esperados.</p> <p>Evaluación.- Es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas.</p>		<p>3. Pruebas de Laboratorio</p> <p>4. Ecocardiografía</p>	<p>todos los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda para valorar la presencia de enfermedades preexistentes cardíacas o torácicas (tamaño y forma de las cámaras cardíacas) y para evaluar la congestión pulmonar. Se usa tanto para la confirmación del diagnóstico como para el seguimiento de la mejoría o de la respuesta insatisfactoria al tratamiento. La radiografía de tórax permite el diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardíaca izquierda de las enfermedades pulmonares inflamatorias o infecciosas.</p> <p>3. Se deben realizar varias pruebas de laboratorio en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. El análisis de la gasometría arterial (Astrup) permite evaluar la oxigenación, la adecuación respiratoria, el equilibrio ácido-base y el déficit de bases, y debe realizarse en todos los pacientes con insuficiencia cardíaca grave. A menudo, la determinación no invasiva con un oxímetro de pulso puede reemplazar el Astrup (nivel de evidencia C), pero no en los casos de shock por vasoconstricción con un gasto cardíaco muy bajo.</p> <p>4. La ecocardiografía es un instrumento fundamental para la evaluación de los cambios funcionales y estructurales que subyacen en la insuficiencia cardíaca aguda o se asocian con ella, así como para la valoración</p>	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
			5. Arteriografía, Angiografía	<p>de los síndromes coronarios agudos.</p> <p>5. En los casos de complicaciones relacionadas con las arterias coronarias, como la angina inestable o el infarto de miocardio, la angiografía es importante y el tratamiento de revascularización basado en la angiografía puede mejorar el pronóstico</p> <p>La arteriografía coronaria con frecuencia también está indicada en la insuficiencia cardíaca aguda prolongada, no explicada por otras pruebas, tal como se recomienda en las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca crónica.</p>		
		Procedimientos de Enfermería inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales <input type="checkbox"/> • Monitorización <input type="checkbox"/> • Control de Ingeridos y Eliminados <input type="checkbox"/> • Posición Semifowler <input type="checkbox"/> • Administración de medicamentos <input type="checkbox"/> • Control de Peso <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos señales o reacciones que presenta un ser humano, que revelan las funciones básicas del organismo • Procedimiento no invasivo, utilizado para controlar el ritmo y frecuencia cardíaca de un paciente. • Es el control exacto de los líquidos que se ingresan y se pierden por las diferentes vías, para establecer el balance en un periodo determinado de tiempo. • La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30° del paciente en cama. • Procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente. • Es obtener la masa corporal del 	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
			<ul style="list-style-type: none"> • Higiene <input type="checkbox"/> • Control de escala de Glasgow <input type="checkbox"/> 	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades • Es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de conciencia en los seres humanos 		
		Disponibilidad de un Programa Plan de cuidados y atención de Pacientes con Insuficiencia Cardiaca	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Plan de cuidados de enfermería es el núcleo desde donde la enfermera profesional procesa, recibe, envía y valora la información". <p>El modelo del propio plan de cuidados ayuda a la enfermera a procesar la información recogida durante las fases de valoración y diagnóstico. El plan de cuidados funciona como un centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación.</p> <p>Facilita la comunicación, al enviar la información conveniente. También proporciona un sistema para evaluar los cuidados que se prestan.</p>	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR		INSTRUMENTOS DE MEDICION
		Disponibilidad de Fármacos	1. Suficiente <input type="checkbox"/> 2. Insuficiente <input type="checkbox"/>	1. Que es bastante o llega a la cantidad, grado o número mínima imprescindible. 2. Que la cantidad es poca o no alcanza al mínimo predecible.	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION
DEPENDIENTE Factores que predisponen la Insuficiencia Cardíaca	<p>La aparición de Insuficiencia Cardíaca son defectos del tejido que separa a los ventrículos derecho e izq. (defecto del tabique interventricular), cualquier enfermedad que afecte al músculo cardíaco (cardiomiopatía).</p>	<p>Patologías asociadas frecuentes que predisponen la Insuficiencia Cardíaca</p>	<p>1. Arritmias Cardíacas</p> <p>2. Trombo embolismo pulmonar</p> <p>3. Infarto Miocárdico</p> <p>4. Hipertensiones</p> <p>10. Fiebre Reumática</p>	<p>1. Trastornos de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco, como latidos demasiado rápidos (taquicardia), demasiado lentos (bradicardia) o con un patrón irregular</p> <p>2. El trombo embolismo pulmonar (TEP) es la oclusión de parte del sistema venoso de los pulmones a causa de un émbolo o trombo que procede de otra parte del cuerpo</p> <p>3. Cuadro clínico producido por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria. Cuando se produce la obstrucción se suprime el aporte sanguíneo. Si el músculo cardíaco carece de oxígeno durante demasiado tiempo, el tejido de esa zona muere y no se regenera.</p> <p>4. Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias</p> <p>5. Es una complicación tardía que puede afectar cualquier parte del organismo, siendo el principal órgano afectado el corazón, donde puede afectar al pericardio (pericarditis), al miocardio (miocarditis) o al endocardio (endocarditis).</p>	<p>Porcentual</p> <p>Encuesta</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
		Síntomas asociados frecuentes que predisponen la Insuficiencia Cardíaca	<p>1. Edemas en Miembros Inferiores</p> <p>2. Dificultad Respiratoria</p> <p>3. Venas de cuello pronunciada</p> <p>4. Ritmo Cardíaco irregular o Taquicardia</p> <p>5. Aumento de Peso</p>	<p>1. Se produce por un exceso de presión hidrostática por insuficiencia cardíaca congestiva, que es la causa más frecuente de hinchazón de las piernas. En este caso, la sangre se estanca en los miembros inferiores porque el corazón no tiene fuerza para impulsarla adecuadamente</p> <p>2. Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.</p> <p>3. Es cuando no existe un adecuado flujo sanguíneo de la vena cava superior que trae la sangre desde la parte superior del cuerpo hasta el corazón, en tanto la vena cava inferior trae la sangre desde la parte inferior del cuerpo hasta el corazón.</p> <p>4. Es el incremento de la frecuencia cardíaca. Es la contracción demasiado rápida de los ventrículos. Se considera cuando la frecuencia cardíaca es superior a cien latidos por minuto en reposo. Las personas que padecen de taquicardia poseen una vida normal, ya que no es una enfermedad grave, aunque puede acortar la vida del corazón debido a su mayor trabajo.</p> <p>5. Es muy frecuente que las personas con insuficiencia cardíaca experimenten rápidas modificaciones de su peso,</p>	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
				debido a la acumulación de líquido.		
		Estimulantes o Agentes Tóxicos que contribuyen a la Insuficiencia Cardiaca	1. Alcohol 2. Tabaco 3. Drogas 4. Excesos dietético de sal	1. Se denomina alcohol ("toda sustancia pulverizada", "líquido destilado") a aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo en sustitución de un átomo de hidrógeno enlazado de forma covalente a un átomo de carbono. 2. Es un producto procesado a partir de las hojas de Nicotiana tabacum. Su composición incluye un alcaloide, la nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). 3. Es toda sustancia que introducida en un ser vivo, por cualquier vía (esnifada, oral o tragada, fumada, inyectada o inhalada), es capaz de modificar una o más funciones del organismo relacionadas con su conducta, comportamiento, juicio, percepción o estado de ánimo. Dentro de esta definición se encuentran tanto las sustancias legales (medicamentos) como las ilegales (cannabis, cocaína, heroína, speed, etc.). 4. La Sal consumida en exceso es una de las principales causas de la hipertensión arterial, hace que las arterias, que transportan la sangre por el organismo, pierdan elasticidad y se vuelvan más rígidas, dificultando el trabajo del corazón y los riñones.	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
		Condiciones de Infraestructura y Equipamiento Hospitalario para el proceso de atención y rehabilitación del paciente con Insuficiencia Cardíaca.	1. Adecuada 2. Inadecuada	1. Distribución física apropiada, y equipamiento adecuado en el proceso de rehabilitación del paciente. 2. Falta de condiciones de infraestructura y equipamiento, para la atención de pacientes con Insuficiencia Cardíaca.	Porcentual	Encuesta
DEPENDIENTE Pacientes Adultos Mayores que acuden al Hospital Luis Uría de la Oliva		Condiciones Socioeconómicas Edad Sexo Procedencia Estado Civil Nivel de Instrucción Situación Laboral	50 a 60 61 a 70 71 a 80 81 y más F. M Urbano Rural Interior del País Exterior del País Soltero Casado Union Libre Divorciado Viudo Ninguna Primaria Secundaria Superior Jubilado Eventual No trabaja		Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR		INSTRUMENTOS DE MEDICION
		Hábitos Tóxicos (Consumo de:)	1. Alcohol 2. Tabaco 3. Drogas 4. Sal/Azúcar en exceso	1. Se denomina alcohol ("toda sustancia pulverizada", "líquido destilado") a aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo en sustitución de un átomo de hidrógeno enlazado de forma covalente a un átomo de carbono. 2. Es un producto procesado a partir de las hojas de Nicotiana tabacum. Su composición incluye un alcaloide, la nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). 3. Es toda sustancia que introducida en un ser vivo, por cualquier vía (esnifada, oral o tragada, fumada, inyectada o inhalada), es capaz de modificar una o más funciones del organismo relacionadas con su conducta, comportamiento, juicio, percepción o estado de ánimo. Dentro de esta definición se encuentran tanto las sustancias legales (medicamentos) como las ilegales (cannabis, cocaína, heroína, speed, etc.). 4. La Sal consumida en exceso es una de las principales causas de la hipertensión arterial, hace que las arterias, que transportan la sangre por el organismo, pierdan elasticidad y se vuelvan más rígidas, dificultando el trabajo del corazón y los riñones.	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTOS DE MEDICION	
		Antecedentes Patológicos anteriores relacionados a la Insuficiencia Cardiaca	1. Hipertensión Arterial 2. Diabetes 3. Obesidad 4. Otras Enfermedades	1. Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias 2. Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción. 3. Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo 4. Otras enfermedades que no contemplan el aparato cardiovascular	Porcentual	Encuesta
		Calidad de de Atención recibida	1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Excelente	1. Persona disconforme con la atención recibida 2. Persona conforme con la atención recibida 3. Pacientes conforme con la atención recibida 4. Pacientes muy conforme con la atención recibida.	Porcentual	Encuesta
		Capacitación e Información recibida del Personal de enfermería sobre el tratamiento recibido	1. SI 2. NO	1. Capacitación e Información recibida del Personal de Enfermería. 2. El Paciente no recibió capacitación e información sobre su tratamiento.	Porcentual	Encuesta
		Proceso Enfermero que recibe con más Frecuencia	1. Control Clínico 2. Monitoreo Continuo 3. Administración de medicamentos	1. El control de calidad que ejerce el personal de enfermería sobre un paciente. 2. Es el seguimiento que se hace de manera permanente a la atención de un paciente. 3. Administrar medicamentos por diferentes vías previamente	Porcentual	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	ESCALA	INDICADOR		INSTRUMENTOS DE MEDICION
			4. Capacitación de Información	prescritas. 4. Tiene como objetivo garantizar que todo paciente reciba la información suficiente y adecuada en materia		

ANEXO Nº 2

UNIVERSIDAD MAYOR SAN ANDRES
UNIDAD DE POST GRADO E INVESTIGACIONES
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO

EL PROCESO ENFERMERO Y LOS FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL LUIS URÍA DE LA OLIVA GESTION 2013

ENCUESTA A PERSONAL DE ENFERMERIA

De mi mayor consideración:

Estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo conocer el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardiaca en Pacientes Adultos Mayores, en el Hospital "Luis Uría de la Oliva", en la gestión 2013.

Por tanto solicito su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario de forma anónima y de acuerdo a las instrucciones anotadas en el mismo. Es de hacer notar que el mismo tiene solo propósitos académicos y su participación ayudara con la información para la conclusión de la investigación citada.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales Usted deberá responder marcando con un aspa (X) o encierre en un círculo de acuerdo a la respuesta que considere conveniente, solo una opción en cada pregunta.

INFORMACION GENERAL.

1) Sexo del encuestado

- a) Femenino
- b) Masculino

2) Tipo de Designación

- a) Con Ítem
- b) Con Contrato

3) Tiempo de Trabajo

- a) 0 – 4
- b) 5 – 10
- c) 11 – 20
- d) 21 – 30
- e) 31 y más.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

1. **¿Cuál es la patología más frecuente que predispone una Insuficiencia Cardíaca Congestiva?**

- Arritmias Cardíaca
- Trombo embolismo pulmonar
- Infartos Miocárdicos Agudos
- Hipertensiones
- Fiebre Reumática

2. **¿Cuál es el síntoma clínico más frecuente que presentan los pacientes con Insuficiencia Cardíaca?**

- Edemas en miembros inferiores
- Dificultad respiratoria
- Venas del cuello pronunciadas
- Ritmo cardíaco irregular o rápido
- Aumento de peso

3. **¿Cuál es el examen complementario de Diagnóstico que considera usted más relevante para determinar una Insuficiencia Cardíaca?**

- Electrocardiograma
- Radiografía de Tórax
- Pruebas de Laboratorio
- Ecocardiografía
- Arteriografía, Angiografía

4. **¿Qué estimulante o agente tóxico considera usted que contribuye con mayor relevancia a una Insuficiencia Cardíaca?**

- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Consumo de drogas
- Excesos dietéticos de sal/azúcar

5. **Ha recibido cursos de capacitación sobre cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca en los últimos 3 años.**

SI NO

6. Que Procedimiento de Enfermería aplica usted, inicialmente a un Paciente con Insuficiencia Cardíaca:

- Control de signos vitales
- Control de Ingeridos y Eliminados
- Posición Semifowler
- Administración de medicamentos
- Control de Peso
- Higiene
- Control de escala de Glasgow

7. ¿El Hospital cuenta con un Plan de Atención que permita un adecuado cuidado a pacientes con Insuficiencia Cardíaca?

SI NO

8. ¿Son suficientes los Fármacos disponibles en el Hospital, para la atención y tratamiento oportuno de pacientes críticos y post críticos con Insuficiencia Cardíaca Congestiva?

Suficiente Insuficiente

9. ¿Considera como adecuada la infraestructura y Equipamiento, que cuenta el Hospital para el proceso de atención y rehabilitación del paciente con Insuficiencia Cardíaca?

Adecuada Inadecuada

**UNIVERSIDAD MAYOR SAN ANDRES
UNIDAD DE POST GRADO E INVESTIGACIONES
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**

**EL PROCESO ENFERMERO Y LOS FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN LA
INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL LUIS
URIA DE LA OLIVA GESTION 2013**

ENCUESTA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

De mi mayor consideración:

Estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo conocer el Proceso Enfermero y los Factores predisponentes que influyen en la Insuficiencia Cardiaca en Pacientes Adultos Mayores, en el Hospital "Luis Uría de la Oliva", en la gestión 2013.

Por tanto solicito su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario de forma anónima y de acuerdo a las instrucciones anotadas en el mismo. Es de hacer notar que el mismo tiene solo propósitos académicos y su participación ayudara con la información para la conclusión de la investigación citada.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales Usted deberá responder marcando con un aspa (X) o encierre en un círculo de acuerdo a la respuesta que considere conveniente, solo una opción en cada pregunta.

INFORMACION GENERAL.

EDAD:

- a) 50 a 60
- b) 61 a 70
- c) 71 a 80
- d) 81 y más

SEXO:

- a) F.
- b) M.

PROCEDENCIA:

- a) Urbano
- b) Rural
- c) Interior del País
- d) Exterior del País

ESTADO CIVIL:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado
- e) Viudo

NIVEL DE INSTRUCCION:

- a) Ninguna
 b) Primaria
 c) Secundaria
 d) Superior

SITUACION LABORAL:

- a) Jubilado
 b) Eventual
 c) No Trabaja

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

1. ¿Usted tiene el hábito de consumir algunos de los siguientes agentes?

- Alcohol
 Tabaco
 Drogas
 Sal/Azúcar en exceso

2. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?

- Hipertensión arterial
 Diabetes
 Obesidad
 Otras enfermedades _____

3. ¿La calidad de Atención de Enfermería que recibe considera que es: ?

- Mala
 Regular
 Buena
 Excelente

4. ¿Usted obtiene Información y/o Capacitación del Personal de Enfermería sobre el tratamiento que recibe?

- SI NO

5. ¿Cuál es el Tipo de Actividad con más frecuencia que recibe del Personal de Enfermería?

- Control Clínico
 Monitoreo continuo
 Administración de medicamentos
 Capacitación e Información

ANEXO Nº 3

CALCULO DEL ALPHA DE CRONBACH (MUESTRA DE 5 PROFESIONALES DE ENFERMERIA)

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Suma
Respuestas										
1		3	3	1		3		3	2	15
2		1	1	2	5	2	5	2	3	21
3										0
4	3	1	1	2						7
5	2									2
6										
7										
\sum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
\sum_x^2	13	11	11	9	25	13	25	13	13	719
Si^2	1,60	1,20	1,20	0,80	4,00	1,60	4,00	1,60	1,60	62,80
(Varianza de la Población)							S S _t ² :	17,60		

n = Número de Ítems e enunciados	$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$	$\alpha = \frac{9}{9-1} \left[1 - \frac{17,60}{62,80} \right]$	$\alpha = 0,80$
S_t^2 = Varianza total de la Población			
$\sum S_i^2$ = Sumatoria de Varianzas de Población			
α = Alpha de Cronbach			

ANEXO Nº 3

CALCULO DEL ALPHA DE CRONBACH (MUESTRA DE 5 PACIENTES ADULTOS CON INSUF. CARDIACA)

Preguntas	1	2	3	4	5	-	-	-	-	Suma
Respuestas										
1	3	5	4	2	3					17
2	2	5	6	8	2					23
3					5					5
4	5									5
\sum	10	10	10	10	10					50
\sum_x^2	38	50	52	68	38					868
Si^2	3,60	6,00	6,40	9,60	3,60					73,60
(Varianza de la Población)							$\sum Si^2 :$	29,20		

n = Número de Ítems e enunciados	$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$	$\alpha = \frac{9}{9-1} \left[1 - \frac{29,20}{73,60} \right]$	$\alpha = 0,67$
St^2 = Varianza total de la Población			
$\sum St^2$ = Sumatoria de Varianzas de Población			
α = Alpha de Cronbach			

TABLA Nº 1
PATOLOGIA FRECUENTE QUE PREDISPONE
LA INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Arritmias	3	11%
Trombosis	1	3%
Infartos	1	3%
Hipertensión Arterial	13	43%
Fiebre Reumática	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

TABLA Nº 2
SINTOMA CLINICO FRECUENTE EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Edema Miembros Inferiores	15	50%
Dificultad Respiratoria	6	20%
Venas Pronunciadas Cuello	2	7%
Ritmo Cardíaco Irregular	6	20%
Aumento de Peso	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 3

HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Electrocardiograma	15	50%
Radiografía Tórax	5	17%
Pruebas de Laboratorio	2	6%
Ecocardiografía	5	17%
Arteriografía, Angiografía	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 4

AGENTES TOXICOS QUE CONTRIBUYEN A LA INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Consumo de Alcohol	6	20%
Consumo de Tabaco	9	30%
Consumo de Drogas	3	10%
Excesos Dietéticos de Sal / Azúcar	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 5
CAPACITACION RECIBIDA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Si	3	10%
No	27	90%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 6
PROCEDIMIENTOS DE ATENCION DE ENFERMERIA PRESTADO
A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Signos Vitales	7	23%
Ingeridos y Eliminados	6	20%
Posición Semifowler	3	10%
Administración Medicamentos	4	13%
Control de Peso	5	17%
Higiene	2	7%
Control E. Glasgow	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 7
EXISTENCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA ATENCION DE
PACIENTES CON INSUFICIENCIAS CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Si	0	0%
No	30	100%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 8
EXISTENCIA DE FARMACOS SUFICIENTES PARA TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Suficiente	23	77%
Insuficiente	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 9
EXISTENCIA DE ADECUADA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO
PARA REHABILITACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Adecuada	12	40%
Inadecuada	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 10
HABITOS DE CONSUMO DE ESTIMULANTES O AGENTES TOXICOS
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Consumo de Alcohol	19	31%
Consumo de Tabaco	62	12%
Consumo de Drogas	0	0%
Excesos Dietéticos Sal/Azucar	31	31%
Total	62	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 11
ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PACIENTES
CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Hipertensión Arterial	31	50%
Diabetes	23	37%
Obesidad	5	8%
Otras Enfermedades	3	5%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 12
CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA RECIBIDA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Mala	31	40%
Regular	34	44%
Buena	8	10%
Excelente	5	6%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 13
CAPACITACION E INFORMACION OTORGADA
A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Si	7	11%
No	55	89%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

CUADRO Nº 14
ACTIVIDAD DE ENFERMERIA RECIBIDA CON MAS FRECUENCIA
HOSPITAL LUIS URIA DE LA OLIVA – LA PAZ 2013

NIVEL	Numero	Porcentaje
Control Clínico	8	12%
Monitoreo	6	6%
Administración Medicamentos	42	42%
Capacitación / Información	6	6%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia Noviembre y Diciembre 2013.

GLOSARIO

Anticoagulantes	Se utilizan para reducir el riesgo de formación de coágulos en las piernas, los pulmones y el corazón.
Angiograma	Esta es una prueba en que tinta es inyectada en las arterias para detectar si las arterias son anchas o bloqueadas. Un angiograma coronaria examina las arterias que surten el músculo del corazón.
Arritmia	Irregularidad del latido cardíaco: puede ser anormalmente lento (bradicardia) o demasiado rápido (taquicardia).
Asincronía ventricular	Trastorno que consiste en que las dos cámaras inferiores de corazón no laten a la vez, debido a un retraso en el sistema de conducción eléctrica. Afecta aproximadamente al 30% de los pacientes con insuficiencia cardíaca moderada a intensa.
Betabloqueantes	Ayudan a controlar la frecuencia cardíaca y reducen la tendencia del corazón a latir más deprisa. Mejoran la supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca, y se emplean en combinación con diuréticos, digoxina e IECA.
Disnea	Dificultad respiratoria, uno de los síntomas clásicos de la insuficiencia cardíaca
Diuréticos	Medicamentos que se recetan para combatir la acumulación de líquido y la hinchazón. Hacen que los riñones retiren más sodio y agua del torrente sanguíneo que de costumbre. Al tener que bombear menos sangre, el corazón tiene que trabajar menos. También reduce la acumulación de líquido en pulmones, tobillos, piernas y otras partes del organismo
Ecocardiograma	Prueba que proporciona una medición de la actividad de bombeo del corazón y que es un indicador clave de la función del corazón.

Edema pulmonar	Acumulación de líquido en los pulmones, que suele deberse a insuficiencia cardíaca
Electrocardiograma	Un examen que revisa la actividad eléctrica incluso el ritmo, evidencia de engrandecimiento o la presencia de un ataque del corazón. Esta prueba también se llama ECG o EKG.
Hipertensión	La presión arterial alta.
Miocardiopatía	Enfermedad degenerativa del tejido muscular del corazón
Miocarditis	Infección del tejido muscular del corazón, que inflama el corazón y le impide bombear con eficacia
Trombosis	Un coágulo de fibrina formado en un vaso sanguíneo o en una cámara del corazón.
Vasodilatadores	Medicamentos que hacen que los vasos sanguíneos se dilaten o relajen, lo que permite a la sangre circular más fácilmente por ellos. Los IECA son un tipo de vasodilatadores. Ayudan a aliviar los síntomas y a mejorar la tolerancia al esfuerzo. También se pueden utilizar la reducir el dolor torácico.