UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN DE POSGRADO

TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS

TEMA

# "ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS DE PACIENTES CON SINDROME CORONARIO EN EL HOSPITAL DE CHONE"

AUTOR

LCDA. CARMITA ROSADO RIVERA

TUTOR

DR. ANDRES CRUZ ACOSTA PhD.

2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA | | |
|---|---|---|
| FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL | | |
| **TÍTULO :**"ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO EN EL HOSPITAL DE CHONE". | | |
| AUTORA: LIC. CARMITA ROSADO RIVERA | **REVISORES:** DR.DANILO ESPINOZA CUCALÓN | |
| **INSTITUCIÓN:** **Universidad de Guayaquil** | **FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS** | |
| **CARRERA: Maestría en Emergencias Médicas** | | |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN:** | **N° DE PÁGS.: 76** | |
| **ÁREA TEMÁTICA:** Calidad | | |
| **PALABRAS CLAVES:** calidad de atención - enfermería - emergencia- síndrome coronario . | | |

**RESUMEN:** Este trabajo está fundamentado en la importancia de mejorar la calidad de la atención por parte del personal de enfermería en pacientes con síndrome coronario del hospital de Chone, se realizó con la participación de los pacientes del área de emergencia del hospital a quienes se les aplicó una encuesta.. El objetivo general del estudio fue diseñar un plan de mejoramiento para la atención a los pacientes con enfermedad coronaria en el área de emergencias del Hospital "Napoleón Dávila Córdova", Se realizó el estudio descriptivo bajo el modelo de estudio de caso, entre los principales resultados obtenidos está sobre todo que la calidad de atención por parte del personal de enfermería fue calificada como mala casi en la totalidad de los pacientes salvo el 10% que la califico como excelente , además en relación al manejo por parte de enfermería es notorio que debido a la gran demanda de paciente el personal no puede dar el soporte inicial de forma rápida en algunos casos , ya que llegan simultáneamente casos emergentes , sin embargo se cumple con las prescripciones dada por el medico de forma correcta , respecto al manejo como tal las medidas de soporte vital en un poco más de la mitad manifestó que la administración de soluciones fue la principal medida de soporte aplicada, seguida del manejo de la vía área , los fármacos utilizados para tratar la crisis hipertensiva se empleó los IECAS el casi la totalidad de los casos de los casos y la décima parte de la restante le correspondió a los betabloqueadores. al manejo de la anticoagulación se estableció el uso de la fraxiparina , se recomienda actualización practica y dirigida asi como tambien periódica a todo el personal de salud sobre todo el de emergencia para actuar de forma rápida con calidad y calidez frente a este tipo de casos en donde los segundos y minutos juegan un prapel preponderante para el pronostico y estabilización del paciente .

| | | |
|---|---|---|
| **N° DE REGISTRO(en base de datos):** | **N° DE CLASIFICACIÓN:** | |
| **DIRECCIÓN URL (tesis en la web):** | | |
| **ADJUNTO PDF** | **SI X** | **NO** |
| **CONTACTO CON AUTOR:** | **Teléfono: 092419869** | **E-mail: carmitaro@ yahoo.com** |
| **CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN** | **Nombre:SECRETARIA DE POSTGRADO** | |
| | **Teléfono: 04235538** | |

# CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Lic. Carmita Rosado Rivera, del Programa de Maestría Emergencias Médicas, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas . Certifico: El trabajo de titulación especial titulado "Atención De Enfermeria En Emergencias De Pacientes Con Síndrome Coronario En El Hospital De Chone".Periodo Marzo 2015 - Marzo 2016, en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

**Atentamente**

DR. ANDRES CRUZ ACOSTA PHD.

**TUTOR** 0959927468

Guayaquil, Noviembre del 2016

# DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegas hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos,además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy,en toda mi educación,tanto academica,como de la vida por su incondicional apoyo perfectamente mantenido atravez del tiempo.

Gracias a dios por mis hijos,ALEXANDER,JOSEPH,ESTEFANY,esos hijos que mas que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis,gracias a ellos por cada palabra de apoyo, por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, por entender que el éxito demanda algunos sacrificios .

# AGRADECIMIENTO

Mis mas sinceros agradecimiento a todo el equipo humano que conforma la universidad de Guayaquil por haberme brindado la oportunidad de crecer profesionalmente al realizar la Maestria en Emergencias medicas.

Agradecimiento especial al doctor ANDREZ CRUZ ACOSTA de mi tesis que con mucha paciencia me ha ayudado en todo momento hacer posible culminar mi maestria.

A mi querido hospital de Chone por permitirme compartir la experiencias,y al departamento de estadística de esta noble institución.finalemnte a todas aquellas personas que de una u otra manera de fprma desinterasada me abrieron un espacio para darme su apoyo con esta investigación,

# DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

_____

**FIRMA**

LIC. CARMITA ROSADO RIVERA

# CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR ..... ii
DEDICATORIA ..... iii
AGRADECIMIENTO ..... iv
DECLARACIÓN EXPRESA ..... v
RESUMEN ..... vii
ABSTRACT ..... ix
INTRODUCCIÓN ..... 1
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA ..... 1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 2
EVALUACIÓN DEL PROBLEMA ..... 2
JUSTIFICACIÓN ..... 3
OBJETO DE ESTUDIO ..... 3
CAMPO DE INVESTIGACIÓN ..... 3
OBJETIVO GENERAL ..... 3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 3
NOVEDAD CIENTÍFICA ..... 4
**Capítulo 1** ..... 5
MARCO TEÓRICO ..... 5
1.1 TEORÍAS GENERALES ..... 5
1.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS ..... 8
1.3 REFERENTES EMPÍRICOS ..... 13
**Capítulo 2** ..... 23
MARCO METODOLÓGICO ..... 23
2.1. METODOLOGÍA ..... 23
2.2 MÉTODOS ..... 23
2.3 HIPOTESIS ..... 24
2.4 UNIVERSO Y MUESTRA: ..... 24
2.5 CUADRO DE CATEGORÍAS, DIMENSIONES, INSTRUMENTOS, Y UNIDADES DE ANÁLISIS ..... 24
2.6 GESTIÓN DE DATOS ..... 25
2.7 CRITERIOS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN ..... 26
Capítulo 3 ..... 27
RESULTADOS ..... 27
3.1 ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE ANALISIS POBLACIÓN ..... 2

3.2 DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO ..... 28
CAPÍTULO 4 ..... 33
DISCUSIÓN ..... 33
4.1 CONTRASTACIÓN EMPÍRICA..... 33
4.2 LIMITACIONES..... 39
4.3 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ..... 39
4.4 ASPECTOS RELEVANTES ..... 39
**Capítulo 5** ..... 40
CONCLUSIONES..... 52
RECOMENDACIONES..... 55
BIBLIOGRAFÍA ..... 56
ANEXOS..... 62

# RESUMEN

Este trabajo está fundamentado en la importancia de mejorar la calidad de la atención por parte del personal de enfermería en pacientes con síndrome coronario del hospital de Chone, se realizó con la participación de los pacientes del área de emergencia del hospital a quienes se les aplicó una encuesta.. El objetivo general del estudio fue diseñar un plan de mejoramiento para la atención a los pacientes con enfermedad coronaria en el área de emergencias del Hospital "Napoleón Dávila Córdova", Se realizó el estudio descriptivo bajo el modelo de estudio de caso, entre los principales resultados obtenidos está sobre todo que la calidad de atención por parte del personal de enfermería fue calificada como mala casi en la totalidad de los pacientes salvo el 10% que la califico como excelente , además en relación al manejo por parte de enfermería es notorio que debido a la gran demanda de paciente el personal no puede dar el soporte inicial de forma rápida en algunos casos , ya que llegan simultáneamente casos emergentes , sin embargo se cumple con las prescripciones dada por el medico de forma correcta , respecto al manejo como tal las medidas de soporte vital en un poco más de la mitad manifestó que la administración de soluciones fue la principal medida de soporte aplicada, seguida del manejo de la vía área , los fármacos utilizados para tratar la crisis hipertensiva se empleó los IECAS el casi la totalidad de los casos de los casos y la décima parte de la restante le correspondió a los betabloqueadores. al manejo de la anticoagulación se estableció el uso de la fraxiparina , se recomienda actualización practica y dirigida asi como tambien periódica a todo el personal de salud sobre todo el de emergencia para actuar de forma rápida con calidad y calidez frente a este tipo de casos en donde los segundos y minutos juegan un prapel preponderante para el pronostico y estabilización del paciente .

Palabras claves: calidad de atención - enfermería - emergencia- síndrome coronario .

# ABSTRACT

This study is based on the importance of improving the quality of care by the nursing staff in patients with coronary syndrome at the Chone hospital. This study was carried out with the participation of patients from the emergency area of the hospital who were The overall objective of the study was to design an improvement plan for the care of patients with coronary artery disease in the emergency area of the Hospital "Napoleón Dávila Córdova". The descriptive study was carried out under the case study model, between The main results obtained are mainly that the quality of care by the nursing staff was rated as poor in almost all patients except the 10% that I rate as excellent, in addition to the management by nursing is notorious That because of the great patient demand, the staff can not give the initial support quickly in some cases, since they arrive simultaneously emergent cases, nevertheless it complies with the prescriptions given by the doctor of correct form, with respect to the handling as such The measures of life support in a little more than half said that the administration of solutions was the main measure of support applied, followed by the management of the area, the drugs used to treat hypertensive crisis was used almost the entire IECAS Of the cases and one-tenth of the rest corresponded to beta-blockers. To the management of the anticoagulation was established the use of fraxiparin, it is recommended a practical and directed update as well as periodic to all the health personnel especially the emergency to act quickly with quality and warmth in front of this type of cases in Where the seconds and minutes play a preponderant prapel for the prognosis and stabilization of the patient.

Key words: quality of care - nursing - emergency - coronary syndrome

# INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica el preocupante aumento en la frecuencia con que se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, se estima que cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un ictus se produce, esto sitúa la cardiopatía como responsable del treinta por ciento de muertes en todo el mundo constituyendo la principal causa de fallecimiento.

El Síndrome Coronario Agudo es una de las enfermedades con más prevalencia a nivel del Ecuador, según el INEC, en su último informe elaborado en el 2013, nos hablan que e s la 8va causa de muerte en el Ecuador, ocupando una prevalencia del 3,23 y 3,24% respectivamente en los años 2010 y 2011 . Al estar dentro de las principales causas de muerte es importante determinar sus comorbilidades y sus asociaciones con diferentes grupos poblaciones y determinar los diferentes efectos y causas de la aparición de estas mismas.

La atención medica es parte de las prestaciones que prestan las instituciones de salud tanto públicas como privadas en lo que concierne a los servicios de salud, en estos intervienen diferentes miembros del equipo de salud; debido a lo cual los servicios de enfermería, debido a su amplia e importante intervención ocupan un lugar muy importante, durante el proceso de cuidado integral a los pacientes con enfermedad coronaria que necesitan un monitoreo constante se necesita conocer el proceso completo para atención al paciente en forma eficiente, libre de riesgos innecesarios haciendo uso del control y mantenimiento de los recursos disponibles.

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se desenvuelve en el contexto del Hospital “Napoleón Dávila Córdova” El problema incide debido a causas administrativas originadas por un personal con

una escasa educación respecto al abordaje de síndrome coronario y lo que produce una mala atención, procesos de atención inadecuados e insatisfacción por parte de los pacientes. Otra causa es la referente al factor humano, originada por el escaso personal en el área de emergencias; el que en ocasiones requiere de una mejora en sus actividades de capacitación. Todo esto genera que el personal que existe en la institución tenga exceso de trabajo y se de una atención ineficiente. Por otra parte, otra causa muy importante es la estructura física, dicha estructura generalmente extemporánea, y con equipamiento insuficiente para las prestaciones de servicio necesarias.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad en la atención de emergencia brindada por parte del personal de enfermería en pacientes con síndrome coronario?

## EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Existe un déficit marcado en la atención emergente de los pacientes con síndrome coronario por parte del personal de enfermería en lo que respecta al soporte inicial para mantener una buena oxigenación , ventilación y la parte cardiovascular estabilizada frente a un evento coronario , se conoce que en el Hospital de Chone existe una alta demana de paciente que debutan con dolor torácico siendo mas específicos dolor precordial lo que impresiona de forma rápida un síndrome coronario , siendo asi es primordial que se enfatice la importancia de lo que el personal medico y de enfermería debe realizar para abordar al paciente de forma inmediata , es un grave problema que no se le preste la atención adecuada al paciente , que el personal de enfermería de turno no coloque una via periférica , no coloque oxigeno , dentro de los primeros minutos cosas básicas que podrían mejorar el pronostico del usuario , la emergencia es quizás el área mas cargada , mas estresante pero

sobre todo en la que el personal debe organizarse adecuadamente y disponer quien estará asignada en cada horario específicamente para este tipo de paciente .

## JUSTIFICACIÓN

Siendo un grupo que según la escala de Manchester el paciente con síndrome coronario esta en el nivel 1 y 2 de atención inmediata , motivo por el cual es justificado y factible realizar un estudio que pretende mejorar la calidad de atención brindada en la emergencia por parte del personal de enfermería al paciente waranis, dado que en la mayor parte de los casos no es la mejor y es visible y muy notorio el temor en acudir al hospital, por miedo a complicaciones o a que no se les preste la atención esperada , entonces se pretende que mediante la socialización de un plan de acción se logre cambiar esa actitud, y el personal de enfermería se sienta capacitado para enfrentar de forma correcta la emergencia cuando llegue a la sala un paciente con afectación coronaria .

## OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de la investigación son los pacientes con síndrome coronario

## CAMPO DE INVESTIGACIÓN

La calidad de atención que se le brinda a los pacientes con síndrome coronario por parte del personal de enfermería del Hospital Napoleón Davila Cordova de Chone.

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar la atención prestada por el personal de enfermería en la emergencia de pacientes con síndrome coronario en el Hospital de Chone

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fundamentar la calidad de la atención brindada a la población en estudio

Identificar los factores que dificultan la atención de los pacientes con síndrome coronario

Diseñar una propuesta para el mejoramiento de la atención de estos pacientes.

## NOVEDAD CIENTÍFICA

Se realizara un proyecto que se enfocara directamente a la mejora de la atención emergente y de calidad y calidez de los pacientes con síndrome coronarios abordados inicialmente en el Hospital Napoleón Davila de Chone

# Capítulo 1

# MARCO TEÓRICO

## 1.1 TEORÍAS GENERALES

En primera instancia se puede definir a la atención medica como la acción de atender las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención médica involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los centros médicos especializados. (Alvarado, 2011)

Otro concepto muy utilizado en relación a la atención medica es "La aplicación de todos los conocimientos médicos relevantes, la investigación básica y aplicada para aumentar estos conocimientos y hacerlos más precisos, los servicios de todo el personal médico y conexo, instituciones y laboratorios, los recursos del gobierno, agencias voluntarias y sociales y la responsabilidad de cada individuo en la cooperación" (Gilmore, 2012)

Autores como Albrecht considera en relación a la atención medica que es "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (Albrecht, 2011).

La atención medica moderna generaliza un nuevo estilo de trabajo requiere una visión global compartida por toda la organización acerca de su misión en el sector salud y en la comunidad que la rodea, además de la ejecución de una planificación estratégica para el logro de los objetivos, realizando énfasis en la relación con el paciente, delegación de

responsabilidad en el equipo de salud y autonomía, descentralización en el manejo de información y toma de decisiones en las diferentes áreas. (Kaoru, 2013)

Las principales complicaciones en la atención medica se dan al no llevar a cabo todo lo que la administración quiere, proceso que se vuelve imposible si no cuenta con el apoyo de las autoridades y del personal de la casa de salud y de todas las jefaturas, considerando a éstas como eslabones del conjunto y no en forma unitaria sino integralmente. La administración del nuevo milenio de las Instituciones de salud se basa en flexibilidad, equipos de trabajo coordinados y alianzas estratégicas con proveedores, competidores, inversionistas y empresas de salud. (Varo, 2012)

Se debe resaltar el hecho de que para una buena atención, medica el nivel de competencias de los prestadores de servicio de salud privado son una competencia directa y aparentemente fuerte para los servicios públicos, e sector publico además de lograr posicionar de debe mantenerse, lo que se complica a nivel de calidad de servicio, pues e ocasiones la falta de personal o de insumos resta bastante calidad al servicio que se presta. (Ruiz Chavez, 2013).

EMERGENCIA MÉDICA

Se considera emergencia a la situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) (Chapleau & Pons, 2012).

Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardio-respiratorio, neumotórax a tensión. Algunos autores utilizan el término de niveles para designar el tipo de

evento, de tal manera que el nivel I y II se reservan para las emergencias, descritas en el párrafo anterior, y a partir del nivel III, se clasifican las urgencias (Haseltine, 2015).

En lo referente a una urgencia se considera a la situación que necesita asistencia rápida, que requiere rápida necesita asistencia rápida y puede presentar un componente subjetivo. Ejemplos de estas situaciones son las situaciones sin riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, por ejemplo una obstrucción intestinal, neumonía, etc (Hernández Bello & Gutiérrez Bonilla, 2015).

Dentro de esta clasificación un nivel III corresponde a situaciones que ameritan intervención antes de 30 minutos. Un nivel IV es menos urgente, son situaciones potencialmente serias y de cierta complejidad que precisará intervención en una hora. Al nivel V corresponde situaciones de baja complejidad que requieren escaso consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos y no representan riesgos para el paciente. Su asistencia se puede demorar hasta 2 o 4 horas (De Los Rios Uriarte & Tarasco Michel, 2012)

En la actualidad los servicios de emergencias de salud pasan por un proceso de sobresaturación tanto en Hospitales como en centros y subcentros de salud, pues se exige atención a problemas no prioritarios que se pueden tratar en otras niveles de salud o en niveles de asistencia previa, esto obliga a incurrir en procesos de selección de pacientes según su patología o gravedad y asi determinar el tiempo de espera para ser atendidos. (Suñol & Bañares, 2013).

Los pacientes que asisten en busca de atención a un servicio de emergencias, pueden ser tres  Las vías de acceso por parte de los usuarios al Servicio de Urgencias son tres: por "iniciativa propia" cuando el paciente percibe una aparente o real pérdida de salud y opta

por acudir al nivel asistencial donde prevé que le van a dar una respuesta más rápida, definitiva y eficaz a su problema (Chang M, Aleman M, & Miranda R, 2012).

La segunda, por "orden facultativa", derivados por el médico de atención primaria u otros niveles asistenciales. Finalmente, a través de los Servicios de Emergencias de entidades como es la Cruz Roja y el 911que se encarga de poner a disposición del paciente recursos con mayor nivel asistencial. El Servicio de Urgencias forma parte de una unidad Hospitalaria o Área de Salud, y funciona en coordinación con todos los demás servicios (Farmacia, Radiología Laboratorio, Registros Médicos etc.) a fin de prestar una óptima atención. (Alvarado, 2011)

## 1.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS

Refiriendonos al síndrome coronario como base central de la investigacion se define como la presentación aguda de la cardiopatía isquémica lo cual incluye: la angina inestable, infarto con y sin onda Q, y la Muerte súbita de causa cardiaca. El síndrome coronario agudo constituye uno de los procesos de mayor interés en las áreas de urgencias en su fase pre-hospitalaria y hospitalaria. La mortalidad por cardiopatía isquémica en los países anglosajones muestra una tendencia decreciente. En América Latina, tras presentar una tendencia decreciente entre los años 1970-1989, se mantuvo estable durante la década 1989-1998 para crecer en las décadas sucesivas; mientras que se constata una reducción en el mismo periodo de las muertes por otras enfermedades de origen cardiovascular. (Gurfinkel, 2013).

Se considera factor de riesgo a la a un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad, entre los principales factores de riesgo para enfermedad coronaria tenemos los factores de riesgo mayores no modificables y los factores de riesgo mayores que pueden ser modificados.

Entre los no modificables están : la herencia que se refiere a los hijos de; pacientes con enfermedad cardiovascular, sexo; el masculino en el cual los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres lo mismo que esta dado por la acción de hormonas femeninas , y son afectados en edades más tempranas, luego de la menopausia el riesgo de las mujeres aumenta, pero aún es menor que en el sexo masculino y por último la edad en la que cuatro de cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años(Ariza, 2013).

En cuanto a los factores de riesgo mayores que pueden ser modificados están: el cigarrillo / fumadores de tabaco; Los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores, los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo de muerte súbita que los no fumadores, los que sufren ataque cardíaco tienen mayor riesgo de muerte súbita en la primera hora luego del evento agudo que los no fumadores. Las evidencias parecen indicar que la exposición crónica en ambientes con humo de tabaco (fumadores pasivos) aumentaría el riesgo de enfermedad cardiovascular (Bernat, 2013)

El colesterol aumentado en sangre; el mismo que aumenta potencialmente el riesgo de enfermedad coronaria debido al proceso ateroesclerótico que inicia con el aumento

de los niveles de colesterol, la hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón. Aumenta el riesgo de accidente vascular encefálico, ataque cardíaco, falla renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes el riesgo aumenta notoriamente (Nagle, 2013).

Por ultimo inactividad física que lleva al sedentarismo es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, cuando la actividad física es regular termina jugando un rol significativo en la prevención, niveles moderados de actividad resultan beneficiosos a largo plazo si se realizan regularmente(Grupo de trabajo del comite de cardiopatia isquémica, 2013)

Existen otros factores o estados fisiológicos adversos que contribuyen al desarrollo de enfermedad coronaria: la diabetes mellitus que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular debido a que más del 80% de los pacientes diabéticos pueden padecer alguna afección de este tipo, la obesidad es un proceso que predispone a desarrollar enfermedades cardiovasculares también es perjudicial porque incrementa el esfuerzo a que es sometido el corazón y se vincula a la enfermedad coronaria por su influencia negativa sobre el colesterol y la diabetes, el estrés comúnmente se relaciona la presencia de enfermedad coronaria y el estrés, probablemente en su interrelación con los demás factores de riesgo (Ariza, 2013).

En cuanto a la clasificación de la enfermedad coronaria se considera:

La angina inestable describe un síndrome que es intermedio entre la angina estable y el infarto de miocardio: un patrón en aceleración o "crescendo" de dolor torácico que dura más que la angina estable, se presenta con menos esfuerzo o en reposo y/o responde menos a los medicamentos. (Mautner, 2012). Se presenta en aproximadamente seis de cada

10.000 personas. La enfermedad de la arteria coronaria causada por ateroesclerosis es, sin lugar a dudas, la causa más común de la angina inestable (Lloyd-Jones DM, 2012)

El dolor típico de angina por lo general se origina en el tórax y se puede irradiar al hombro, brazo, mandíbula, cuello, espalda u otras áreas. El dolor a menudo se refiere como rigidez, opresión, aplastamiento, quemadura, ahogamiento o molimiento. La angina inestable se diferencia de la estable en que el dolor puede presentarse en reposo, presentar condiciones nuevas de inicio o durar más que ataques previos de angina y responder menos a los medicamentos. (Álvarez, 2013)

Angina estable la que por definición se la define como aquella angina de esfuerzo en la que no ha habido cambios en su forma de presentación en el último mes, e implica la no previsible aparición de complicaciones de forma inminente o evolución desfavorable en un futuro inmediato(Lorente, 2012)

Infarto agudo del miocardi el cual es la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión trombótica de una arteria coronaria. A pesar de algunas observaciones previas aisladas, se atribuye a Herrick la primera descripción del cuadro clínico del infarto de miocardio. Durante muchos años fue un diagnóstico poco frecuente, pero tras la difusión de la electrocardiografía clínica pasó a considerarse una de las primeras causas de muerte en muchos países. Su incidencia varía ampliamente de unas comunidades a otras, oscilando entre el 0,8 y el 7,5 por 1.000 habitantes; por año existe un claro predominio entre los varones y su mayor incidencia se presenta entre los 55 y los 65 años. (Bernat, 2013)

Las manifestaciones clínicas del síndrome coronario agudo depende su evolución lo característico es el dolor opresivo retro esternal que se irradia brazo izquierdo,

hombro y región mandibular acompañado de diaforesis y en ciertas ocasiones con pérdida del conocimiento. (Mautner, 2012)

El enfoque diagnóstico del paciente con dolor torácico debe ser hecho en términos probabilísticos, comenzando con la tipificación del dolor torácico motivo de la consulta. En ocasiones la isquemia miocárdica no se manifiesta como dolor (frecuente en ancianos y diabéticos, quizás debido a un déficit neurogénico en la percepción del dolor), y la clínica puede consistir en los llamados equivalentes anginosos, en forma de síncopes, arritmias y, quizás lo más típico, episodios recortados de disnea que ceden con reposo o tras administrar nitratos sublinguales (Grupo de trabajo del comite de cardiopatia isquémica, 2013)

También se debe tener en cuenta situaciones especiales, como la angina de primo esfuerzo, caracterizada porque el enfermo tiene angina cuando comienza sus actividades matutinas pero luego pasadas unas horas es capaz de realizar actividades mucho más intensas sin sintomatología alguna, o la angina por decúbito en la que el episodio anginoso aparece al adoptar dicha posición y que puede reflejar enfermedad coronaria avanzada con disfunción de ventrículo izquierdo. ( Déganoa & Elosua, 2013)

Debemos tener presente que, aunque la localización típica sea la retroesternal, hay pacientes que refieren su sintomatología en localizaciones muy variables, lo cual puede provocar confusión y error diagnostico si no pensamos en ellas; esto puede suceder, por ejemplo, cuando el dolor se presenta aisladamente en mandíbulas (simulando dolor de origen dental), o en muñecas. (Gonzalez, 2012)

La exploración física, en ausencia de complicaciones o patología asociada, suele ser normal. No obstante, se pueden objetivar signos que nos pongan de manifiesto

factores de riesgo de aterosclerosis coronaria; así por ejemplo, a la inspección ocular podemos encontrar estigmas de tabaquismo, arco corneal y xantomas (que se correlacionan con la edad y con los valores de colesterol y lipoproteínas de baja densidad). (Ford ES, 2013)

La presión arterial puede estar elevada, bien de forma crónica o de forma aguda durante el episodio anginoso, pudiendo ser tanto causa como consecuencia del episodio

Se debe buscar anomalías en los pulsos arteriales periféricos y trastornos tróficos en extremidades que pueden traducir arteriopatia periférica, e incluso podemos encontrar secuelas de ACV isquémico previo, todo ello en el seno de aterosclerosis generalizada.(Bernat, 2013)

La auscultación cardiaca nos interesa porque puede poner de manifiesto en primer lugar la presencia de soplos sugestivos de miocardiopatía hipertrófica obstructiva o Valvulopatias aórtica (Grupo de trabajo del comite de cardiopatia isquémica, 2013)

## 1.3 REFERENTES EMPÍRICOS

La investigación se orienta a la descripción teórica de las variables y al diagnóstico de la situación que se presenta con el trabajo en equipo del talento humano que labora en la organización. El tipo de investigación es de campo con sustento bibliográfico; la técnica utilizada en el estudio es la encuesta, orientada a identificar las causas y efectos del problema; cuyos hallazgos señalan que el trabajo en equipo desarrollado dentro del área del servicio de emergencia no permite contar con una fuerza laboral comprometida hacia la consecución de metas; existe insatisfacción de los afiliados de los diferentes servicios; baja calidad del servicio, lo cual se traduce en la pérdida de recursos; bajo índice de productividad en servicios médicos prestados; imagen institucional negativa; altos índices de reclamos y

deficiente del servicio de emergencia. Sus resultados concluyen que es necesario aplicar estrategias de intervención para el desarrollo del trabajo en equipo que permita contar con un área de servicios de emergencia comprometida con el cumplimiento de la misión institucional, por lo que se propone para el talento humano el desarrollo de habilidades comunicacional mediante una adecuada estructura administrativa para lograr un correcto trabajo en equipo. (Rodríguez, 2016)

En su estudio (Chiliquinga, 2016) analiza los factores que influyen en la insatisfacción del usuario en relación a la calidad de atención del personal en el servicio de Emergencia del Hospital Francisco de Orellana de Coca. Se aplicó la encuesta para recoger el criterio de 60 usuarios; el propósito de este estudio es mejorar la calidad de atención que eleve el nivel de satisfacción del usuario mediante la intervención de enfermería dirigida al personal de salud como a los usuarios. Como resultados se obtuvo que la población que mayor demanda de atención de salud en emergencia es de 20 a 39 años que son el 46.67% y de sexo masculino el 63.33%; de etnia mestiza con el 50.01%, manifiestan insatisfacción por la atención el 55.00%; las razones de la insatisfacción representan a la falta de equipamiento de equipos, insumos, materiales en el 57.58%; demoras por trámites administrativos el 54.55%; instalaciones pequeñas para el servicio 63.64%; seguridad de los personal en sus actividades que desempeñan en el 78.79%; indiferencia a los problemas de los pacientes 72.73%; falta de comunicación 57.58%; personal que no comprende la angustia del paciente 78.79%. El autor socializo los resultados entre el personal de salud y realizo actividades de educación con los usuarios. Se concluyó que los usuarios presentaron alto grado de insatisfacción; que los factores que influyen en la insatisfacción son: área física pequeña, falta de equipos e insumos; y falta de coordinación y comunicación por parte del personal. (Chiliquinga, 2016)

En su estudio Rivero incluyó a 444 pacientes consecutivos (media de edad, 63 años; el 76% varones, el 20% diabéticos). La mediana del tiempo total de isquemia fue de 225 (160-317) min; la mediana del retraso en la demanda de atención médica, 110 (51-190) min. Los pacientes más ancianos (edad > 75 años; *odds ratio* = 11,6), las mujeres (*odds ratio* = 3,4), los diabéticos (*odds ratio* = 2,3) y los que solicitaron asistencia desde su propio domicilio (*odds ratio* = 2,2) son los que más tardaron en pedir atención. El mayor retraso en la demanda de atención médica se asoció a una mayor mortalidad durante el ingreso hospitalario (el 9,8 frente al 2,7%; $p < 0,005$) y al año (el 7,3 frente al 2,9%; $p < 0,05$). (Rivero & Alfonso, 2016)

La afluencia de pacientes hacia los servicios de emergencia hospitalaria ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la saturación de los mismos. La función de triaje consiste en clasificar a los pacientes que acuden a los servicios de emergencia (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia. El presente estudio se baso en el Sistema Andorrano de triaje, que toma en cuenta 5 niveles de Triaje: nivel I a nivel V, de mayor a menor gravedad. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención médica; así, el tiempo de demora oscila entre al atención inmediata (nivel I) hasta 240 minutos (nivel V). Objetivo: Evaluar el resultado de la aplicación de un sistema Triaje en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital del Nino Manuel Ascencio Villarroel. Se estudiaron dos grupos según ingreso al servicio de emergencias en los meses de diciembre 2015 y enero de 2016 tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Grupo 1: pacientes en los que no se realizo triaje, siendo la atención según el orden de llegada, priorizando pacientes de referencia; Grupo 2: pacientes en los que si se realizo triaje: Para lo cual nos basamos en la escala Modelo Andorrano de Triage Entre ellos se compararon

parámetros como nivel de prioridad, tiempo adecuado para atención, pacientes perdidos sin ser atendidos, según los datos obtenidos en este estudio, se observaron diferencias significativas a favor del triaje. (Carrasco & Ingrid, 2016)

Estudio observacional en el que se describen las diferentes actividades de capacitación desarrolladas por la División de Proyectos Especiales en Salud, entre 1989 y 2014. Se empleó estadística descriptiva.En estos 25 años se han capacitado 20,674 participantes; 19,451 del IMSS y 1,223 de otras instituciones de salud. Los cursos más productivos fueron: los de soporte de vida (BLS/ACLS) (47.17%), los cursos a distancia «Planes hospitalarios y evacuación de unidades médicas» (14.17%), el taller-simulacro «Evacuación de unidades hospitalarias con énfasis en áreas críticas» (5.93%) y los cursos de «Evaluadores del Programa Hospital Seguro» (8.43%).Conclusiones tenemos que aunque la División de Proyectos Especiales en Salud tiene funciones primordialmente operativas, no por ello ha dejado de lado su responsabilidad de mantener constantemente preparado y actualizado al personal del instituto, que día a día se encuentra en posibilidades de enfrentarse a cualquier tipo de emergencia y desastre. Con ello se incrementa la posibilidad de que, ante cualquier contingencia, la respuesta sea más organizada y de calidad, siempre en beneficio de la población. (Cruz-Vega, 2016)

Determinar el grado de cumplimiento, las causas de no consecución y recomendaciones para la mejora de los indicadores de calidad (IC) en la atención de los pacientes pediátricos con obstrucción de las vías respiratorias inferiores en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) de hospitales españoles.Método. Resultados. Se incluyeron 2.935 pacientes con una edad mediana de 2,8 (RIC 1,4-5,1) años. El porcentaje global de cumplimiento fue: valoración de la gravedad (39,8%), valoración del pico de flujo (peak flow) (0,1%), tiempo de demora en atender al paciente con disnea grave (64,4%),

determinación de la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria (59,1%) y tratamiento con inhaladores y cámara espaciadora (34,3%). Las causas más frecuentes de no cumplimiento fueron la falta de tiempo y de material y la ausencia de recomendación en los protocolos. Se propusieron como medidas de mejora: revalorar la utilidad del peak flow en los SUP, reformular el criterio tiempo de demora en atender al paciente con disnea grave e incorporar nuevos indicadores, así como plantillas que faciliten el registro de las constantes y la puntuación de la escalas de gravedad. Conclusiones. No se alcanzan los estándares para ningún indicador de calidad siendo las causas de no cumplimiento diversos, por lo que es necesario introducir una serie de medidas para mejorar su cumplimiento. (Claret, 2016)

Analizar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Emergencias Grau- 2010. Material y método: La investigación fue de nivel cuantitativo, de diseño descriptivo, prospectivo, transversal. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario tipo escala de Lickert, el cual fue validado mediante juicio de expertos y sometido a prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Fue aplicado a una muestra de 30 pacientes.Resultados: La percepción del 56,67% de los pacientes acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera del servicio de Cirugía en el Hospital de Emergencias Grau fue muy favorable en lo referente a la dimensión componente técnico. La percepción del 53,33% (16 pacientes) fue favorable en lo concerniente al componente interpersonal, y el 96,67% (29 pacientes) respondieron que fue muy favorable en el componente confort. (Carrión, 2016)

Determina el grado de calidad de atención así como los factores asociados al mismo, en el servicio de emergencias del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2015. Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con enfoque cuantitativo, a una muestra de 381 pacientes seleccionados de manera aleatoria, y mediante la aplicación de

la escala SERVQUAL. Entre sus resultados destaca el alto grado de insatisfacción de los usuarios tanto para la calidad de atención en total (90,1%) como para sus dimensiones. La dimensión que presentó el menor grado de insatisfacción fue la fiabilidad (87,6%), mientras que la capacidad de respuesta tuvo el mayor grado (92,54%). En relación a los factores asociados a la calidad de atención, no se encontraron valores estadísticamente significativos, salvo entre la condición del encuestado (paciente o acompañante) y la dimensión capacidad de respuesta. (Poma Torres, 2016).

En el estudio realizado en los servicios de emergencias hospitalarias de la ciudad de Lima en el cual se aplicó el instrumento de medición de actitudes hacia los adultos mayores de Kogan, validado en Perú por Sampén, a los trabajadores de salud del servicio de Emergencia de tres hospitales nacionales: Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Nacional Hipólito Unánue (HNHU). Se consideró que los trabajadores de salud poseían una actitud positiva hacia el adulto mayor si el puntaje calculado era superior a 102 y actitud negativa si era menor. Resultados: Se encuestó a 235 trabajadores de salud de los servicios de Emergencia de los tres hospitales, distribuidos según el cargo que desempeñan en médicos 45,5 %, enfermería

45,5 % y administrativos 9 %. El 50,6 % eran mujeres y la media de la edad fue de 34 años (DE: 7,3). Se encontró una actitud positiva hacia los adultos mayores en 97,6 % de los trabajadores de salud de la Emergencia del HNCH, en 95,4 % en el HNALy en 98,8 % en el HNHU. No se encontró diferencia entre la actitud entre los distintos hospitales ni entre las características de los trabajadores como sexo, edad, cargo desempeñado o tiempo de labor. Conclusiones: La actitud hacia la atención del adulto mayor de los trabajadores de salud en la Emergencia de tres hospitales de Lima fue positiva. (Ortiz, 2016)

Describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. Material y métodos. La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud II de 2014, que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Resultados. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). Conclusiones. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención. (Ramírez-Sánchez, 2015)

Atendiendo al compromiso internacional adquirido en el marco de una Resolución del Consejo Directivo de la OPS, de la que México forma parte, en el 2002 se llevó a cabo la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), cuyos resultados mostraron que la función relacionada con la calidad de los servicios individuales y colectivos, obtuvo una puntuación de 0.41, la segunda más baja de las 11 funciones evaluadas. Con el fin de verificar los progresos a lo largo de siete años de esfuerzos

sectoriales por mejorar la calidad, se llevó a cabo una evaluación de la FESP relacionada con la calidad de los servicios, similar a la efectuada en el 2009. Material y Métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y cualitativo en el que se exploraron las cuatro dimensiones de la FESP relacionada con la Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. Se integraron un grupo de conducción del estudio y uno técnico encargado de diseñar la evaluación de las cuatro dimensiones o indicadores de FESP relacionada con la calidad de los servicios y se seleccionó por muestreo de cuota, a un grupo de evaluación de 80 profesionales representativo de las instituciones públicas y privadas de salud así como de sectores académico y de investigación. Para la evaluación se utilizaron las mismas herramientas, guías y documentos técnicos utilizados en el 2002. Resultados. Se encontró una puntuación global de 0.29, que es menor al 0.41 obtenido en el 2002. Las dimensiones o indicadores de la calidad en los que se encontró un decremento, fue en el de la definición de políticas y estándares que pasó de 0.76 a 0.24 puntos y en el de asesoría y apoyo a los Estados para asegurar la calidad de los servicios, que pasó de 0.44 a 0.13. Por el contrario, la función de mejoramiento de la satisfacción de los usuarios con los servicios obtuvo un incremento leve de 0.30 a 0.38 y el de gestión tecnológica una mejora notable ya que pasó de 0.13 a 0.43 puntos. Discusión. El promedio obtenido en los cuatro indicadores fue de 0.29. Estos resultados revelan que el grupo evaluador percibe un deterioro general de esta función, a pesar de los esfuerzos realizados por la autoridad sanitaria nacional para mejorar la calidad de los servicios. Los resultados se pueden utilizar para orientar el diseño de estrategias de intervención, dirigidas a mejorar la calidad de los servicios (Fajardo-Dolci, 2016).

En este estudio se valora la calidad de la atención médica de los pacientes con infarto agudo de miocardio admitidos en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos en junio de 2013, y comparar los resultados con evaluaciones previas predominó

el sexo masculino en la serie de estudio y los factores de riesgo más frecuentes fueron: la hipertensión en un 50 %, tabaquismo en un 45 % y diabetes mellitus en un 25 %. Se detectaron dificultades con el completamiento de recursos humanos médicos y de enfermería en cuerpo de guardia y sala de cardiología, respectivamente. Existieron dificultades en la utilización de betabloqueadores y aspirina en la atención prehospitalaria sobre todo en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. La llegada a los servicios médicos fue temprana y hubo mayor oportunidad de trombólisis. No hubo fallecidos. (Acosta, 2016).

El objetivo de este trabajo realizado en las usuarias del Servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quit es determinar el grado de satisfacción en relación a la calidad de atención recibida por el personal de enfermeras, para lo cual se realizó un estudio de tipo analítico, descriptivo y transversal, para evaluar la calidad de atención que brindan las enfermeras en la institución mencionada, la calidad de atención fue evaluada mediante una encuesta de satisfacción realizada a las usuarias que asisten a la unidad de salud y una guía de observación realizada a las enfermeras que laboran en el servicio.El objeto de estudio fueron 100 usuarias que asisten a la unidad de salud, para la ponderación de los resultados se tomó en cuenta tres variables de estudio las cuales son: Satisfacción de las usuarias, eficiencia y accesibilidad, las cuales arrojaron los siguientes resultados: en la variable de satisfacción de las usuarias se obtuvo un 76,25%, en la variable de eficiencia se obtuvo 87.25% y por último la variable de accesibilidad un 95%.Mediante el análisis se puede evidenciar que las variables intervinientes como lo son la eficiencia y la accesibilidad son de vital importancia en la valoración de la satisfacción de las usuarias ya que constituyen indicadores de calidad y en este caso son los puntajes más altos que dan

realce al resultado final generando un 86,25 % de satisfacción percibido por las usuarias. (Orozco Guerrero, 2016).

Se seleccionó una muestra de 176 usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015. Se utilizó muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 22 pares de preguntas el cual mide la satisfacción calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones. El análisis de los datos de la Encuesta SERVQUAL modificada para los establecimientos de salud se realizó por medio del programa Microsoft Excel 2013 aplicativo Epi Info, validado según RM 52-2011 MINSA. También se utilizó el paquete estadístico SPSS. RESULTADOS: Se halló una insatisfacción global de 47.8% e insatisfacción en las dimensiones de capacidad de respuesta (62.5%); Fiabilidad (46.25%), Aspectos Tangibles (48.58%), empatía (42.0%) y seguridad (41.19%) (Cabrera Moresco, 2016)

# Capítulo 2

# MARCO METODOLÓGICO

## 2.1. METODOLOGÍA

Cualitativo: Por que estudia la calidad de las actividades, y relaciones que tiene el personal de enfermería con los usuarios con síndrome coronario

Analítica. La investigación es analítica porque tiene un amplio enfoque sobre todo los campos analizados en donde hay falencias en la atención de pacientes con síndrome coronario

Descriptiva. Por qué describe estrategias que mejorarían la atención del paciente por parte del personal de enfermería

No Experimental: Porque no utiliza a los pacientes como fuente de experimentos

## 2.2 MÉTODOS

Método de estudio de caso, la construcción del conocimiento a partir de este método, hace que se tenga que fundamentar de forma amplia los temas manejados, con un diseño de estudio de tipo cualitativo. El estudio de caso es un estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación con cierta intensidad, entiendo éste como un “sistema acotado” por los límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce. (Robertt & Lisdero, 2016).

## 2.3 HIPOTESIS

Generando sobre la base de factores: académicos, técnicos, científicos y condiciones del Hospital Napoleón Davila Cordova un plan de acción que aporte conocimientos a todo el personal de la institución para mejorar la atención de los pacientes con síndrome coronario.

## 2.4 UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo los constituyeron los pacientes ingresados en emergencia del Hospital "Napoleón Dávila Córdova" durante el período Marzo del 2015- Marzo 2016. La muestra estuvo constituido por los 200 usuarios con el diagnóstico de síndrome coronario tomando en cuenta los criterios de inclusión y criterios de exclusión atendidos en la emergencia del Hospital "Napoleón Dávila Córdova"

## 2.5 CUADRO DE CATEGORÍAS, DIMENSIONES, INSTRUMENTOS, Y UNIDADES DE ANÁLISIS

| **Descripción** | **Definición** | **Dimensión (categorías clasificación)** | **Inndicador %número)** | **Instrumentos de medición** | **Escala** |
|---|---|---|---|---|---|
| Edad | Tiempo que una persona ha vivido, a partir del nacimiento | Edad entre 40 a 65 años, se clasifica por años | número de personas por años cumplidos | Formulario de recolección de datos | Proporción |
| Atención médica | Servicio prestado durante su estancia hospitalaria | Bueno , malo, regutar Satisfactoria, insatisfactoria | Número de personas por criterio | Formulario de recolecci | Proporción |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ón de datos | |
| Procedencia | Sitio donde vive cada persona | Urbano Urbano-marginal | Número de personas por lugar | Formulario de recolección de datos | Proporción |
| Sexo | Diferencia de género | Masculino, Femenino | Número de mujeres número de hombres | Formulario de recolección de datos | Proporción |
| Sindrome coronario | Complejo de manifestaciones cardiacas | Administración de soluciones Manejo de la vía área Vigilancia cardiopulmonar. | Número de personas atendicas | Formulario de recolección de datos | Proporción |

## 2.6 Gestión de datos

Una de las principales fuentes de recolección de datos en el análisis cualitativo, fue la entrevista. Antes de proceder a la aplicación de la misma se realizó su desarrollo previo, se consideró una estructura con preguntas cerradas las mismas que pueden ser dicotómicas o nominales ya que permiten tabularse de manera más sencilla. Además se

utilizó la entrevista, misma que se estructuró con preguntas abiertas; que permiten conocer la opinión del entrevistado, y también permiten ahondar en detalle sobre un tema de en particular.

## 2.7 Criterios éticos de investigación

Este estudio se ha llevado a cabo siguiendo las normativas internacionales de ética en investigación biomédica planteadas en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Todas las participantes en este estudio fueron informadas del procedimiento y propósitos de investigación. Para la realización del presente trabajo uno de los principios que se consideró fundamental es la transparencia y veracidad de los datos y resultados que se obtuvieron. Como parte de este proceso se solicitó al Director Asistencial del Hospital "Napoleón Dávila Córdova" de la ciudad de Chone permita realizar esta investigación, mediante una solicitud que fue aprobada. Se contó también con la colaboración del personal que labora en el área de cirugía básica implicados en este estudio. Finalmente, en las encuestas no se utilizó nombres para contestar las mismas, de manera que la preocupación por identificarse no condicione la respuesta dada y se logre de esta manera una percepción más objetiva de la realidad que atraviesa el área de cirugía

Toda investigación con seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos: el respecto a las personas y su autonomía, la beneficencia, la no maleficiencia y la justicia, se deberá procurar el máximo beneficio comunicando y publicando los resultados del estudio, reducir el daño al mínimo respetando las distintas culturas y costumbres sociales y sobre todo la Confidencialidad que es la determinación de la incompatibilidad de intereses, objetividad científica y defensa de intereses.

# Capítulo 3

# RESULTADOS

## 3.1 ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE ANALISIS POBLACIÓN

Se denomina Unidad de Análisis, a la conjunto de individuos, objetos o fenómenos sobre en los cuales se realizara la investigación, y en los que se aplicara los instrumentos de investigación. En otras palabras seria la población o la muestra designada a ingresar en el estudio, para lo cual se deben designar criterios que permitirán determinar que parte de la unidad de análisis se incluirá en el estudio, de ser el casi también se podrá determinar quiénes serán excluidos del trabajo (Sampieri, 2012).

La presente investigación se realizó mediante fichas de recolección de datos dirigidos a los pacientes y familiares con el objetivo de medir el tratamiento de emergencia que recibieron los pacientes y se tomaran en cuenta parámetros como escala de dolor y respuesta al tratamiento, Una vez obtenida la información se la ordenó en una base de datos de la cual se obtuvieron los resultados mediante la aplicación de fórmulas estadística de dispersión y de concentración que nos permitan interpretar adecuadamente los resultados. De un total de 580 pacientes que llegaron al área de emergencias durante el periodo marzo 2015 a marzo 2016 200 fueron relacionados a enfermedad coronaria.

## 3.2 DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

TABLA 1. EDAD DE LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO

| Edad | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **40-55 años** | **130** | **65** |
| **56-65 años** | **45** | **22** |
| **66-75 años** | **25** | **13** |
| **Total** | **200** | **100** |

De la población en estudio la edad de mayor presentación fue de 40 a 55 años con un porcentaje menor a las tres cuartas partes, seguidos de las que tenían de 56-65 años con un aproximado ligeramente menos a la cuarta parte de la población encuestada mientras que las otras edades le correspondieron un menor porcentaje.

TABLA2. GENERO DE LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO

| Genero | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Femenino** | 50 | 25 |
| **Masculino** | 150 | 75 |
| **Total** | **200** | **100** |

En relación al género el masculino predomino el masculino con las tres cuartas partes, en una relación tres a uno al femenino que tan solo es la cuarta parte de la población encuestada

TABLA3. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO EN ESTUDIO .

| Procedencia | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Urbano** | 50 | 25 |
| **Rural** | 150 | 75 |
| **Total** | **200** | **100** |

En relación a la procedencia las tres cuartas partes de origen rural, mientras que las de origen urbano le correspondieron a la cuarta parte de casos.

En relación al nivel educativo, en su mayoría de primaria, poco menos de las tres cuartas partes, seguido de los de secundaria que son aproximadamente la mitad de la cuarta parte de la población encuestada de los casos, mientras que los otros le correspondió menor porcentaje.

TABLA 4. MEDIDAS DE SOPORTE UTILIZADAS EN EL MANEJO DE PACIENTE CON SINDROME CORONARIO .

| Medidas de soporte | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Manejo de la vía aérea** | 40 | 32 |
| **Vigilar la función cardiopulmonar** | 30 | 28 |
| **Administacion de soluciones** | 100 | 20 |
| **TOTAL** | **200** | **100** |

En relación a las medidas de soporte vital en un poco más de la mitad manifestó la administración de soluciones fue la principal medida de soporte aplicada, seguida del manejo de la vía área con poco menos de la cuarta parte, mientras que la vigilancia cardiopulmonar le correspondió un menor porcentaje .

TABLA 5 . MANEJO DE DOLOR EMPLEADO EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO

| **Manejo del dolor** | **Frecuencia** | **%** |
|---|---|---|
| **Nitroglicerina** | 150 | 5 |
| **Nitrosorbide** | 50 | 5 |
| **TOTAL** | **200** | **100** |

En relación al manejo de dolor se estableció que la nitroglicerina fue la más utilizada en tres cuartas partes de los casos, mientras que la cuarta parte restante utilizó el nitrato de isosorbide. En relación al género el masculino predomino el masculino con las tres cuartas partes, en una relación tres a uno al femenino que tan solo es la cuarta parte de la población encuestada TABLA 6. CUADRO MEDICAMENTO EMPLEADO EN PACIENTES HIPERTENSOS CON SINDROME CORONARIO

| **Manejo de la hipertensión** | **Frecuencia** | **%** |
|---|---|---|
| **Betabloqueantes** | 20 | 10 |
| **IECAS** | 180 | 90 |
| **TOTAL** | **200** | **100** |

En relación a los fármacos utilizados para tratar la crisis hipertensiva se empleó los IECAS el casi la totalidad de los casos de los casos, mientras en la décima parte de la restante le correspondió a los betabloqueadores.

En relación al manejo de la anticoagulación se estableció el uso de la fraxiparina en prácticamente la totalidad de los casos, mientras que en la mitad de la décima parte de los encuestados se empleó heparina sódica.

En relación a los factores de riesgo se estableció que la hipercolesterolemia predomino en casi tres cuartas partes de la población, seguido del tabaquismo en la aproximadamente la mitad de un cuarto de los casos, mientras que los otros factores le correspondió menor porcentaje.

TABLA 7.PUNTUACIÓN RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

| calidad de atención por parte del personal de enfermería | f | % |
|---|---|---|
| mala | 65 | 33% |
| regular | 34 | 17% |
| buena | 44 | 22% |
| muy buena | 38 | 19% |
| excelente | 19 | 10% |
| total | 200 | 100% |

Respecto a la calidad de atención a su consideraron los pacientes la categorizaron como inadecuado e por parte de las enfermeras casi la totalidad de los usuarios manifestó que pudo mejorar, ya que el 33% de los usuarios calficaron la atención como mala y solo el 10% como excelente .

TABLA 8. DEMORA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE CON SINDROME CORONARIO

| tiempo de espera | f | % |
|---|---|---|
| demora en la atención | 135 | 68% |
| no demora en la atención | 65 | 32% |
| total | 200 | 100% |

El 68% de los usuarios y familiares coincidían en que hubo demora en la atención inicial del paciente a diferencia del 32% que indico que la atención fue rápida.

Se consultó a los pacientes respecto a qué medidas a las medidas correctivas se debería tomar en el personal de enfermería, se determinó que el mejoramiento en la atención al aciente sobresalió en más de la mitad de los casos, seguido del cumplimiento de las indicaciones médicas con la cuarta parte de la población, mientras que la instauración del tratamiento oportuno le correspondió un menor porcentaje.

# CAPÍTULO 4

# DISCUSIÓN

## 4.1 CONTRASTACIÓN EMPÍRICA

En el presente estudio de analizo la atención de enfermería a los pacientes con enfermedad coronaria que asisten a al área de emergencia Hospital "Napoleón Dávila Córdova".

En su estudio (Chiliquinga, 2016) analiza los factores que influyen en la insatisfacción del usuario en relación a la calidad de atención del personal en el servicio de Emergencia del Hospital Francisco de Orellana de Coca. Se aplicó la encuesta para recoger el criterio de 60 usuarios; el propósito de este estudio es mejorar la calidad de atención que eleve el nivel de satisfacción del usuario mediante la intervención de enfermería dirigida al personal de salud como a los usuarios. Como resultados se obtuvo que la población que mayor demanda de atención de salud en emergencia es de 20 a 39 años que son el 46.67% y de sexo masculino el 63.33%; de etnia mestiza con el 50.01%, manifiestan insatisfacción por la atención el 55.00%; las razones de la insatisfacción representan a la falta de equipamiento de equipos, insumos, materiales en el 57.58%; demoras por trámites administrativos el 54.55%; instalaciones pequeñas para el servicio 63.64%; seguridad de los personal en sus actividades que desempeñan en el 78.79%; indiferencia a los problemas de los pacientes 72.73%; falta de comunicación 57.58%; personal que no comprende la angustia del paciente 78.79%. El autor socializo los resultados entre el personal de salud y realizo actividades de educación con los usuarios. Se concluyó que los usuarios presentaron alto grado de insatisfacción; que los factores que influyen en la insatisfacción son: área física pequeña, falta de equipos e insumos; y falta de coordinación y comunicación por parte del personal.

(Chiliquinga, 2016). Mientas que los resultados obtenidos en el estudio realizado en el hospital "Napoleón Dávila Córdova" calificaron la atención del personal de enfermería como mala en el 33% de los casos y solo el 10% la categorizo como excelente

La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud II de 2014 en Mexico que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). En comparación con lo sucedido en el Hospital de Chone la mayor parte de los usuarios categorizaron el servicio dado por enfermería como malo pese a esto , generalizaron la atención en conjunto ya que indicaron que las licenciadas por la sobrecarga de trabajo

En su estudio Rivero incluyó a 444 pacientes consecutivos (media de edad, 63 años; el 76% varones, el 20% diabéticos). La mediana del tiempo total de isquemia fue de 225 (160-317) min; la mediana del retraso en la demanda de atención médica, 110 (51-190) min. Los pacientes más ancianos (edad > 75 años; *odds ratio* = 11,6), las mujeres (*odds ratio* = 3,4), los diabéticos (*odds ratio* = 2,3) y los que solicitaron asistencia desde su propio

domicilio (*odds ratio* = 2,2) son los que más tardaron en pedir atención. El mayor retraso en la demanda de atención médica se asoció a una mayor mortalidad durante el ingreso hospitalario (el 9,8 frente al 2,7%; $p < 0,005$) y al año (el 7,3 frente al 2,9%; $p < 0,05$). (Rivero & Alfonso, 2016) en relación con lo sucedido en el hospital de Chone los pacientes indican no recibir una atención rápida , que no son categorizados de forma correcta en el triaje , la información básicamente fue dada por los familiares .

Estudio observacional en el que se describen las diferentes actividades de capacitación desarrolladas por la División de Proyectos Especiales en Salud, entre 1989 y 2014. Se empleó estadística descriptiva.En estos 25 años se han capacitado 20,674 participantes; 19,451 del IMSS y 1,223 de otras instituciones de salud. Los cursos más productivos fueron: los de soporte de vida (BLS/ACLS) (47.17%), los cursos a distancia «Planes hospitalarios y evacuación de unidades médicas» (14.17%), el taller-simulacro «Evacuación de unidades hospitalarias con énfasis en áreas críticas» (5.93%) y los cursos de «Evaluadores del Programa Hospital Seguro» (8.43%).Conclusiones tenemos que aunque la División de Proyectos Especiales en Salud tiene funciones primordialmente operativas, no por ello ha dejado de lado su responsabilidad de mantener constantemente preparado y actualizado al personal del instituto, que día a día se encuentra en posibilidades de enfrentarse a cualquier tipo de emergencia y desastre. Con ello se incrementa la posibilidad de que, ante cualquier contingencia, la respuesta sea más organizada y de calidad, siempre en beneficio de la población. (Cruz-Vega, 2016) en comparación con la realidad en la que se enfrenta el Hospital Napoleón Davila Cordova en donde no hay ningún incentivo por parte del personal administrativo para que el personal operativo acuda a congresos o tallares practicos y de gran interés como el BLS Y el ACLS .

Analizar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Emergencias Grau- 2010. Material y método: La investigación fue de nivel cuantitativo, de diseño descriptivo, prospectivo, transversal. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario tipo escala de Lickert, el cual fue validado mediante juicio de expertos y sometido a prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Fue aplicado a una muestra de 30 pacientes.Resultados: La percepción del 56,67% de los pacientes acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera del servicio de Cirugía en el Hospital de Emergencias Grau fue muy favorable en lo referente a la dimensión componente técnico. La percepción del 53,33% (16 pacientes) fue favorable en lo concerniente al componente interpersonal, y el 96,67% (29 pacientes) respondieron que fue muy favorable en el componente confort. (Carrión, 2016) Lo que no coincide con lo que sucede en el Hospital de Chone pues como ya se nombro anteriormente la calidad de atención por parte del personal de enfermería no fue la esperada

Determina el grado de calidad de atención así como los factores asociados al mismo, en el servicio de emergencias del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2015. Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional con enfoque cuantitativo, a una muestra de 381 pacientes seleccionados de manera aleatoria, y mediante la aplicación de la escala SERVQUAL. Entre sus resultados destaca el alto grado de insatisfacción de los usuarios tanto para la calidad de atención en total (90,1%) como para sus dimensiones. La dimensión que presentó el menor grado de insatisfacción fue la fiabilidad (87,6%), mientras que la capacidad de respuesta tuvo el mayor grado (92,54%). En relación a los factores asociados a la calidad de atención, no se encontraron valores estadísticamente significativos, salvo entre la condición del encuestado (paciente o acompañante) y la dimensión capacidad

de respuesta. (Poma Torres, 2016). Coincidiendo de forma rotunda con el contexto de la investigación .

En el estudio realizado en los servicios de emergencias hospitalarias de la ciudad de Lima en el cual se aplicó el instrumento de medición de actitudes hacia los adultos mayores de Kogan, validado en Perú por Sampén, a los trabajadores de salud del servicio de Emergencia de tres hospitales nacionales: Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Nacional Hipólito Unánue (HNHU). Se consideró que los trabajadores de salud poseían una actitud positiva hacia el adulto mayor si el puntaje calculado era superior a 102 y actitud negativa si era menor. Resultados: Se encuestó a 235 trabajadores de salud de los servicios de Emergencia de los tres hospitales, distribuidos según el cargo que desempeñan en médicos 45,5 %, enfermería
45,5 % y administrativos 9 %. El 50,6 % eran mujeres y la media de la edad fue de 34 años (DE: 7,3). Se encontró una actitud positiva hacia los adultos mayores en 97,6 % de los trabajadores de salud de la Emergencia del HNCH, en 95,4 % en el HNALy en 98,8 % en el HNHU. No se encontró diferencia entre la actitud entre los distintos hospitales ni entre las características de los trabajadores como sexo, edad, cargo desempeñado o tiempo de labor. Conclusiones: La actitud hacia la atención del adulto mayor de los trabajadores de salud en la Emergencia de tres hospitales de Lima fue positiva. (Ortiz, 2016) en comparación con la temática en el Hospital Napoleón Davila Cordova no cambia respecto a la edad , genero ni condiciones de pacientes , de esta forma si se toma a consideración en primer grado el diagnostico del paciente .

Se seleccionó una muestra de 176 usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015. Se utilizó muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 22

pares de preguntas el cual mide la satisfacción calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones. El análisis de los datos de la Encuesta SERVQUAL modificada para los establecimientos de salud se realizó por medio del programa Microsoft Excel 2013 aplicativo Epi Info, validado según RM 52-2011 MINSA. También se utilizó el paquete estadístico SPSS. RESULTADOS: Se halló una insatisfacción global de 47.8% e insatisfacción en las dimensiones de capacidad de respuesta (62.5%); Fiabilidad (46.25%), Aspectos Tangibles (48.58%), empatía (42.0%) y seguridad (41.19%) (Cabrera Moresco, 2016) en síntesis en la mayoría de los estudios nombrados se confirma que esto no ocurre solo en el Hospital de Chone si no que a nivel global en muchos hospitales existe déficit de la atención pero problamente esto este dado por la deficiencia del personal frente a la gran demanda de paciente.

## 4.2 LIMITACIONES

La realización el estudio tuvo limitantes relaciona das a la población, a pesar de ser una casa asistencial relativamente pequeño, la cantidad de pacientes que atiende anualmente es alta, reflejada en los datos obtenidos, 580, de los cuales 200 fueron pacientes con enfermedad coronaria, a pesar que la muestra era grande o se utilizó ningún sistema par reducirla pues se consideraba que el aporte de todos los involucrados. La segunda limitación fue el tiempo de realización del trabajo, pues una vez terminado el trabajo la situación catastrófica que paso la provincia de Manabí, y muy en especial la ciudad e Chone, imposibilito la culminación en menos tiempo.

**4.3 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN :** Calidad

## 4.4 ASPECTOS RELEVANTES

En este trabajo de investigación se presenta de manera objetiva en estado actual de la atención de enfermería en los casos de enfermedad coronaria, demostrando la insatisfacción de los usuarios con el tipo de atención que se les brinda.

En el primer estudio se demuestra que as del 70% de los pacientes están insatisfechos con la atención en el área de emergencias al considerar que sus molestias no fueron consideradas por el personal, mientras en el segundo es el 90% de los pacientes está insatisfecho. Al ser amos estudios realizados en Ecuador demuestra una constante que es un mal servicio en el área de emergencias

# Capítulo 5

## PROPUESTA

## PLAN MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA.

El presente plan de mejoramiento fue elaborado para ser aplicado en los pacientes con síndrome coronario agudo que acuden a la emergencia del hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone con el objetivo de disminuir su incidencia y complicaciones los cuales serán explicadas por mi persona y ciertos colaboradores mediante charlas interactivas.

Los pacientes serán las beneficiadas porque al conocer cómo pueden prevenir las intoxicaciones y puedan seguir en sus labores cotidianas tanto en el trabajo como en el hogar y de esta manera tener una mejor calidad de vida.

**Objetivos**

**Objetivo general**

Mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios con síndrome coronario

**Objetivos específicos**

Realizar capacitaciones continuas al personal de enfermería

Fomentar la importancia de la comprensión personal de salud –paciente para el mejoramiento de atención.

Disminuir las complicaciones por no cumplir con un abordaje temprano

**DESARROLLO**

1. **Mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios con síndrome coronario**

- Capacitación al personal de enfermeria
- Evaluación de cumplimiento cada 3 meses.

2. **Conseguir que la patología del paciente sea atendida de la forma correcta**
   - Capacitar al personal de enfermería para que dominen el manejo de este tipo de pacientes
   - Evaluación de cumplimiento cada 3 meses.
3. **Realizar capacitaciones continuas al personal de salud**
   - Charlas educativas a todo el personal de enfermeria
   - Evaluación del personal cada 3 meses
4. **Fomentar la importancia de la comprensión personal de salud –paciente mediante:**

   **-** explicándole cada procedimiento que se le va a realizar en caso que no presente alteración de la consciencia

   -Instruyendo y preguntando al paciente si comprendió o no lo explicado
5. **Disminuir las complicaciones por no cumplir con un abordaje temprano** .

   -Controles periódicos a los pacientes

   -Exámenes rutinarios y generales posterior a la alta

   -Atención eficaz y oportuna con calidad y calidez

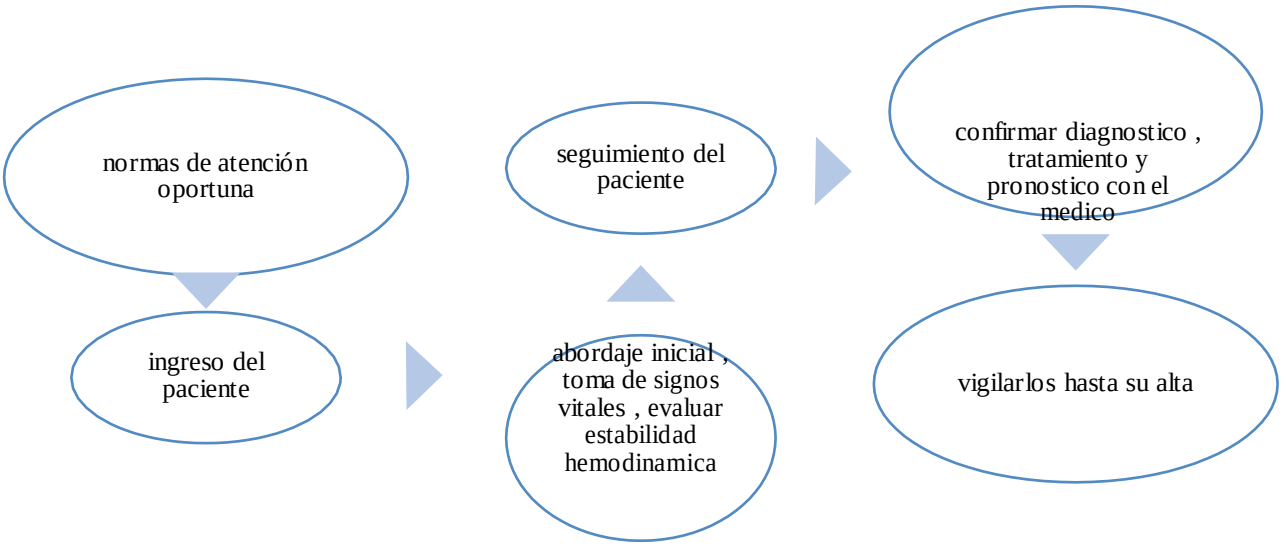
**Factibilidad**

La propuesta actual es posible de realizar porque para desarrollarla se dispone de la autorización del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Napoleón Davila Cordova y se cuenta con los recursos humanos, materiales y bibliográficos, que permitirán aplicarla en el periodo establecido y sobre todo con la muestra necesaria de pacientes para la ejecución del mismo.

**Beneficiarios**

Pacientes afectado

**Impacto**




| Plan de mejoramiento | Características dentro de la educación y ejemplos transferido a salud |
|---|---|
| **Datos Generales** | **Institución :** Napoleón Dávila Córdova de Chone<br>En el Napoleón Dávila Córdova de Chone en el personal de enfermería se implementaran un protocolo de manejo del síndrome coronario agudo para disminuir su incidencia con una participación integral del grupo de apoyo, realizando dietas personalizadas.<br>**Finalidad:** Poner en práctica este programa de salud es para mejorar las condiciones de salud de los pacientes mediante la aplicación de charlas sobre las complicaciones del la enfermedad coronarias<br>**Orientación:** Esta problemática será abordada desde nuestra posición |

| | |
|---|---|
| | sociocultural en donde, el hombre mediante la educación recibida es coparticipe de su propia salud y de la salud social.<br>**Los Contenidos:** Nuestro programa constara de las características de los pacientes y de los factores de riesgo que conllevan a su aparición.<br>Tema 1: intervención clínica y recepcion en síndrome coronario<br>Tema 2:Principales complicaciones del síndrome coronario agudo<br>Tema 3: Manejo de las complicaciones del síndrome coronario agudo |

| | |
|---|---|
| RECEPCION DEL PACIENTE | • Acogida del paciente<br>• Valoración del estado general del paciente<br>• Revisión de la historia clínica y tratamiento medico prescrito<br>• Informar a pacientes y familiares de los eventos que se deben de informar<br>• Toma de constantes vitales al ingreso(ta,fc,fr,sato2,diuresis)<br>• Monitorización continua(telemetria)<br>• Ekg de 12 derivaciones<br>• Canalización vía periférica<br>• Pesar, tallar y medir perímetro abdominal<br>• Realización ficha de paciente y plan de cuidados de enfermería<br>• Dejar el paciente en reposo, si lo precisa<br>• Administración de medicación pautada |

| | |
|---|---|
| DURANTE LA HOSPITALIZACION EMERGENCIA | • RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE DURANTE EL TURNO<br>• ANTERIOR(VERBALMENTE Y ESCRITO EN EL SISTEMA<br>• INFORMATICO)<br>• REVISION DEL TRATAMIENTO MEDICO<br>• PLANIFICACION DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:<br><br>1. Constantes y diuresis /turno<br><br>2. EKG diario las primeras 72 horas<br><br>3. Pesar y medir perímetro abdominal /24h<br><br>4. Vigilar integridad de la piel y valorar riesgo de ulcera por presión<br><br>5. Realización de higiene personal diaria por personal de enfermería<br><br>6. Revisión de monitorización cardiaca/turno<br><br>7. Adecuación de la dieta a las necesidades del paciente<br><br>8. Control de ritmo intestinal<br><br>9. Vigilar cambios en nivel de conciencia<br><br>10. Revisión de accesos venosos según protocolo<br><br>11. Administración de medicación según prescripción medica<br><br>12. Educación del paciente y familiares |
| ACTUACION EN CASO DE DOLOR PRECORDIAL | • Acudir con prontitud y urgencia a la llamada del paciente<br>• Valorar las caracteristicas del dolor y síntomas acompañantes<br>• Disminuir la ansiedad del paciente(informando a él y su familia de los procediemientos a realizar, evitando que el paciente se encuentre solo)<br>• Valorar signos clínicos de gravedad (taquipnea, tiraje respiratorio, hipoperfusion, sudoración.) en caso de pcr, iniciar rcp<br>• Toma de constantes vitales |

| | |
|---|---|
| | • Realización de ekg de 12 derivaciones<br>• Avisar medico guardia<br>• Administrar oxigenoterapia s/p, asi como ntg sl<br>• Extracción de analítica y administrar medicación<br>• Una vez cedido el dolor, dejar en reposo absoluto<br>• Hasta nueva indicación<br>• Registro en historia clínica |
| Complicaciones | **Alteración del gasto cardíaco: disminuido R/C Disminución de la contractilidad micárdica, la precarga y la postcarga.**<br><br>**Actividades:**<br>✓ Administrar 02 por cánula nasal 2 a 3 Lt/min durante las primeras 3 a 6 horas siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente.<br>✓ Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas si no hay presencia de complicaciones hemodinámicas.<br>✓ Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente y valorar constantemente para detectar arritmias.<br>✓ Canalizar una vía venosa, preferiblemente central, haciendo control radiológico y colocando líquidos a goteo de mantenimiento.<br>✓ Tomar ECG completo para determinar localización, extensión y evolución del infarto cada 8 horas durante las primeras 24 horas, cada 12 horas durante las siguientes 48 horas y luego cada 24 horas. (Gleeson, 2013) |

| | |
|---|---|
| | ✓ Tomar muestra para laboratorio: CH, glicemia, química cada 24 horas y enzimas cardíacas cada 8 horas, cada 12 horas y luego cada 24 horas. El control de Troponina se hace al ingreso del paciente y luego de 6 a 12 horas.<br>✓ Controlar signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR, To.<br>✓Administrar antiarrítmico de acuerdo a la orden médica y evaluar la respuesta y la aparición de efectos secundarios. El antiarrítmico de elección es la Xilocaína; se debe utilizar únicamente ante la presencia de taquicardia y/o fíbrilación ventricular. Su uso profiláctico en la actualidad no es utilizado.<br>✓Administrar otros medicamentos y valorar efectos secundarios de acuerdo a la orden médica como son: Beta-bloqueadores (su uso ha sido muy bien evaluado en IAM), vasodilatadores, antiagregantes plaquetario (actualmente se utiliza la combinación ASA-Clopedogrel ya que disminuye la presencia de trombosis aguda), anticoagulante (actualmente se utiliza la Enoxaparina como heparina de bajo peso molecular con ventajas en la enfermedad coronaria aguda), sulfato de magnesio y Inhibidores de la Enzima Convertidora (se ha comprobado que son útiles para evitar la remodelación ventricular, estabilización del endotelio y en pacientes con IAM sin hipotensión que presenten disfunción ventricular o falla cardíaca).<br>✓Controlar líquidos administrados y eliminados cada hora v Palpar y controlar pulsos periféricos cada 4 horas, |

| | |
|---|---|
| | ✓Realizar auscultación cardiopulmonar cada 2 horas.<br>✓Realizar monitoria hemodinámica cada 4 horas en caso de que se coloque un catéter de arteria pulmonar |
| | **Alteración del intercambio gaseoso R/C Cambios en la membrana alvéolo-capilar.**<br>**Actividades:**<br>✓ Administrar 02 por cánula nasal a 2 a 3 Lt/min. Durante las primeras 3 a 6 horas únicamente en pacientes no complicados<br>✓ Valorar la respuesta a la administración de 02.<br>✓ Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas siempre y cuando no haya habido complicaciones.<br>✓ Controlar gases arteriales e interpretar el reporte cada 24 horas o según necesidad.<br>✓ Monitorizar FR, ritmo, y características cada hora v Auscultar RsRs cada 4 horas o según necesidad.<br>✓ Valorar el aumento de la presencia de estertores.<br>✓ Valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peribucal y uñas.<br>✓ Asistir al paciente en el desarrollo de las AVD durante las primeras 24 horas.<br>✓ Enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza<br>✓ Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad |
| | **Alteración de la comodidad R/C Presencia de dolor precordial**<br>**Actividades:** |

| | |
|---|---|
| | ✓ Administrar analgésico de acuerdo a prescripción médica: Morfina 2 a 5 mgr IV cada 5 a 30 minutos. Bloquea descarga adrenérgica (Infarto anterior) Meperidina 20 a 30 mgr IV (Infarto Inferior).<br>✓ Controlar SV especialmente PA y FC mientras se administra analgésico.<br>✓ Valorar efecto y respuesta a la administración del analgésico.<br>✓ Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente.<br>✓ Monitorizar el dolor: aumento, disminución o recurrencia durante el tiempo que el paciente permanezca en la UCI o en la UCC<br>✓ Proporcionar medio ambiente favorable para el descanso y disminuir el ruido.<br>✓ Evaluar la orientación (persona, tiempo y lugar) del paciente cada 4 horas. (Beissonnet, 2013)<br>✓ Orientar frecuentemente al paciente respecto al sitio que se encuentra y la situación que está pasando utilizando un reloj y un calendario visibles, tratar de que tenga una ventana cerca para orientase en el día y la noche.<br>✓ Explicar el ruido que producen los equipos que se utilizan especialmente el monitor y sus alarmas.<br>✓ Procurar proporcionarle largos periodos de sueño organizando las actividades de enfermería de tal forma que lo permitan.<br>✓ Velar porque el personal médico y de enfermería hable suavemente y disminuir el ruido |

| | |
|---|---|
| | **Ansiedad R /C Situación actual de saludActividades:**<br>**Acciones:**<br>✓ Administrar sedante de acuerdo a prescripción médica (Benzodiazepinas: XanajKo Midazolan)<br>✓ Explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.<br>✓ Explicar al paciente todo procedimiento que se le realice y el por qué de cada uno de ellos, buscando brindarle seguridad.<br>✓ Tratar de que el personal de enfermería sea el mismo para proveer continuidad y confianza en el cuidado.<br>✓ Planear tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado. Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud. (Vertolí, 2012)<br>✓ Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas para cada una de ellas sean las apropiadas.<br>✓ Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control<br>✓ Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio de la UCI o UCC a un servicio de hospitalización corriente e incorporar a la familia en el cuidado |

| | |
|---|---|
| | Independiente de si el paciente recibe tratamiento tradicional o si es llevado a terapia intervencionista, los diagnósticos de enfermería son los mismos. Sin embargo es importante enunciar las actividades de Enfermería específicas en la trombolisis:<br>✓ Corroborar que el paciente reúna los requisitos de elección: paciente menor de 75 años, paciente con 4 a 6 horas de evolución de su sintomatología, paciente con supradesnivel del S-T en más de 1 mm en por lo menos dos derivaciones o cambios en la onda T con síntomas claros. Paciente con shock cardiogénico, PAS menor de 90 mmHg. (Vertolí, 2012)<br>✓ Corroborar presencia de criterios de exclusión: antecedentes de falla cardíaca, ulcera péptica activa, cirugía mayor en las últimas 2 semanas, déficit de factores de coagulación. Enfermedad sistémica grave (cáncer, diabetes, sepsis, cor pulmonale, desnutrición), crisis hipertensiva en el momento de ingreso, presión arterial diastólica mayor de 110 mmH.<br>✓ Canalizar vena periférica de grueso calibre y/por parte de la enfermera jefe o médico.<br>✓ Informar al paciente del procedimiento y hacer firmar la autorización por él y /o familiar<br>✓ Tomar muestras para exámenes de laboratorio: CH, química, glicemia, enzimas cardíacas, y pruebas de coagulación.<br>✓ Administrar hidrocortisona 100 a 500 mgr IV según orden médica.<br>✓ Preparar mezcla de DAD 5% 100 mi + estreptoquinasa T500.000 U rotúlela y utilícela antes de 2 horas. |

| | |
|---|---|
| | ✓ Administrar infusión de estreptoquinasa en goteo para 45 minutos v Valorar trazo ECG y presencia de signos de reperfusión: descenso del S-T en un 50%, presencia de arritmias, desaparición del dolor, normalización de la PA. (Lloyd-Jones DM, 2012)<br>✓ Remitir para cateterismo cardíaco de urgencia en caso de que no haya reperfusión teniendo encuentra la edad (pacientes jóvenes) y el pronóstico<br>✓ Instalar al paciente en UCI o UCC en caso de que se dé la reperfusión con monitoria ECG permanente.<br>✓ Controlar signos vitales cada hora: PA,FC, FR,To.<br>✓ Valorar presencia de signos de sangrado cutáneo, gingival, interno o intracraneal (cefalea, alteración de conciencia).<br>✓ Proporcionar reposo absoluto durante las primeras 24 horas<br>✓ Incrementar en forma gradual la actividad física a partir de las 48 horas siguientes.<br>✓ Valorar la reaparición de signos y síntomas de reinfarto: dolor, cambios ECG, hipotensión.<br>✓ Tomar ECG completo cada a8 horas durante las siguientes 24 horas y luego continuar cada 24 horas.<br>✓ Continuar con anticoagulación con heparina 1000 U/hora IV durante las siguientes 72 horas SOM. (Torres, 2012) |

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN

| ACTIVIDADES | CONTENIDO | LUGAR Y FECHA | RECURSOS | RESPONSABLES |
|---|---|---|---|---|
| ✓ Socialización del proyecto con director del Hospital Napoleón Davila | Calidad de atención de los pacientes con síndrome coronario por parte del personal de Enfermeria | Hospital Napoleón Davila Cordova 27/09/2016 | Proyecto | Investigadora |
| ✓ Presentación de las falencias evidenciadas en las encuestas realizadas a los pacientes administrativo de la institución | Falencias de la atención del paciente con síndrome coronario | Hospital Napoleón Davila 11/11/2016 | Encuestas realizadas a los pacientes | Investigadora |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ✓ Organización de capacitaciones para el personal operativo | Evaluación de cumplimiento de mejora en la atención , socialización sobre protocolos y abordaje inicial por parte de personal de enfermería . | Hospital Napoleón Davila 11/11/2016 | Entrevistas<br><br>Trípticos/ diapositivas | Investigadora |
| ✓ Medición trimestral de los estándares de calidad y la atención brindada | Como debe ser la atención del paciente por el personal de enfermería , abordaje inicial | Hospital Napoleón Davila hasta el 11/11/2017 | Entrevistas a los pacientes | Investigadora |

# CONCLUSIONES

La confianza en la atención brindada en el hospital Napoleón Davila Cordova no fue la esperada en la mayoría de los casos.

La capacidad resolutiva fue mínima ya que la mayoría de los pacientes tuvieron que ser referidos a unidad de mayor complejidad por la falta de unidad de coronarios.

La mayoría de pacientes no estuvo satisfecha con la atención brindada, pese al que la atención fue casi de inmediato en casi la totalidad de usuarios.

El hospital cumplió con la entrega de insumos y medicamentos necesarios

Una de las limitaciones más importante para la atención de los pacientes fue la alta demanda de usuarios que no dejaban al personal de enfermería enfocarse en la prioridad, por que coincidia con otras emergencia concluyendo que quizás la mas alta debilidad sea la falta de personal .

Los pacientes afectados y los familiares calificaron como mala la mayor parte de los servicios dándole un puntaje de 1 es decir mala en la mayor parte de los casos y solo el 10% calificaron la atención en 5 es decir como excelente .

# RECOMENDACIONES

Se recomienda priorizar la calidad de la atención en las diversas áreas, especialmente emergencias, ofreciendo un trato oportuno y adecuado a los pacientes

Ante la gran incidencia de casos de pacientes con enfermedad coronaria y el alto grado de insatisfacción referido por los pacientes del área se recomienda un plan de mejoramiento en la atención dirigido hacia el personal de enfermería, a su vez socializar este plan con el fin de optimizar la atención del área de emergencias en diversas áreas hospitalarias

Al Ministerio de Salud Pública mediante su organismo de estadísticas se les recomienda que realice campañas para cumplir los estándares de calidad en lo que respecta a la atención del paciente de grupos de riesgos y patologías que desencadenen de forma rápida muerte de los pacientes.

Al Hospital Napoleón Davila Cordova se recomienda mejorar los conocimientos sobre la atención prioritaria y abordaje inicial en pacientes críticos o con riesgo de patologia potencialmente grave .

Y por último a los servidores públicos se les recomienda capacitaciones continuas que enriquezcan los conocimientos .

# BIBLIOGRAFÍA

Acosta, H. M. (2016). Acosta, H. M. D., Orihuela, P. Y. G., Díaz, S. M., Carlsen, J. H., García, A. L., & Marques, W. S. (2016). Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo del miocardio. Cienfuegos 2014. . *Revista Finlay,* , 6(1), 3-11.

Aguilar Zavaleta, F. N. (2016). Satisfacción del usuario hospitalizado y su relación con la calidad de atención de la enfermera en el servicio de cirugía general y trauma del hospital regional docente de Trujillo-2013. *uladech.edu.pe*, 11-12.

Albrecht, K. (2011). *Gerencia del servicio.* Bogota: Editorial Legis.

Alvarado, R. y. (2011). *"Evaluación de la satisfacción de usuarios del sistema nacional de salud.* santiago : REV,Chile.

Aranza J, M. R. (2014). *Adecuación de la demanda de atención sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios.* BArcelona: Med Clin.

Archundia Garcia, A. (2014). *Cirugía 1: Educación Quirúrgica.* Mexico : McGraw Hill.

Balguera, J. C. (2011). Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de cirugía general. *Revista de Calidad Asistencial,*, 23(4), 164-169.

Batista, M. E. (2009). *Manual de metodología de investigación. 3ra ediciòn.* Caracas: TALITIP, s.r.l.

Bermejo, J. C. (2012). *Manual Básico para la Atención Integral en Cuidados Paliativos.* Bogota: Caritas.

Bizueto Rosas, H., Alonso Pérez, H., & Antonia Hernández, . (2015). *Técnica quirúrgica simple de resolución en la enfermedad ateromatosa.* Barcelna: EAE.

Cabrera Moresco, M. (2016). Nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Noviembre 2015. *urp.edu.pe*, 1-3.

Carrasco, J., & Ingrid, M. (2016). EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HNMAV DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAJE. *ddigital.umss.edu.bo*, 3-8.

Carrión, E. E. (2016). PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU. *Revista de Obstetricia*, 7(2).

Chang M, Aleman M, & Miranda R. (2012). *Evaluacion de la Calidad de Atencion de los Servicios de Salud.* Habana: Rev. Cubana Salud.

Chapleau, W., & Pons, P. (2012). *Tecnico en Emergencias Sanitarias: Marcando La Diferencia.* Madrid : Elsevier.

Chiliquinga, C. &. (2016). Factores que influyen en la insatisfacción del usuario en relación a la calidad de atención del personal en el servicio de emergencia del hospital Francisco de Orellana de Coca. *unl.edu.ec*, 2-3.

Claret, G. R. (2016). Grado de cumplimiento, causas de no consecución y recomendaciones para la mejora de los criterios de calidad en la atención de patologías relacionadas con

la obstrucción de las vías respiratorias inferiores en servicios de urgencias pediátricos españoles. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 28(3), 167-172.

Corbella A, S. P. (2012). *La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid.* Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General.

Cruz-Vega, F. L.-C.-O.-B.-A.-B. (2016). Experiencia en capacitación en emergencias de la División de Proyectos Especiales en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cirugía y Cirujanos*, 84(2), 127-134.

De Los Rios Uriarte, M. E., & Tarasco Michel, M. (2012). *Ética en El Triage, Decisiones éticas en situaciones de urgencia.* Barcelona : Elsevier .

Fajardo-Dolci, G. S.-V.-T.-S. (2016). Fajardo-Dolci, G., Santacruz-Varela, J., Hernández-Torres, F., & Rodríguez-Suárez, J. (2016). Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. *Revista CONAMED*, 16(3).

García Alvarez, G., & Wiegering Cecchi, G. (2015). Análisis de los factores predictores de amputación de extremidades en pacientes con quemaduras electricas de alto voltaje. *Horizontes Médicos*, 13-19.

Gilmore, C. (2012). *"Gerencia de la Calidad"*. Washington: Manuales Operativos Paltex.

Haseltine, W. A. (2015). *Salud, excelencia y sostenibilidad.* Madrid: LID Editorial .

Hernández Bello, A., & Gutiérrez Bonilla, M. L. (2015). *Vulnerabilidad y exclusión en salud:: datos y relatos de la situación de la poblaciones desplazadas* . Bogota : Pontifica Unnversidad Javierana.

Hernández, A. I. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(1), 6.

Ibarra Vinueza, A. M. (2016). La calidad de atención de enfermería relacionado con el grado de satisfacción de los pacientes en el Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la Ciudad de Quito, octubre 2015-febrero 2016. *dspace.uce.edu.ec*, 1-3.

JIMÉNEZ MACÍAS, F. M. (2014). *ITINERARIO FORMATIVO DE RESIDENTES DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN* . Andalucia : Lulu.com.

Kaoru, I. (2013). *¿Qué es Control Total de Calidad?* . Bogota : Norma.

Lopez Serrano, R. (2016). *Nuevo Modelo de evaluacion de la Utilizacion del Recurso en la Atencion Medica.* Mexico: Ibukku.

Maria, N. A. (2011). *Enfermo crítico y emergencias.* Barcelona : Elsevier.

Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos*.

Orozco Guerrero, J. K. (2016). Orozco Guerrero, J. K., & Pruna Ayala, T. E. (2016). Calidad de atención del personal de enfermeras relacionada con el grado de satisfacción de las usuarias del Servicio de Emergencia del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito, perí. *dspace.uce.edu.ec*, 10-12.

Ortiz, P. J. (2016). Actitudes hacia la atención del adulto mayor por parte del personal que labora en los servicios de Emergencia en hospitales de Lima. *Acta Médica Peruana,*, 30(2).

Oya, D. M., Gómez, M. A., & Cuadros, M. G. (2016). SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HAR SIERRA DE SEGURA. *ENFERMERÍA DOCENTE*, 1(106), 65.

Palmero, A., & Jorge, F. (2013). *Epónimos en cirugía. La bandeja quirúrgica:*. Barceona : Editorial Académica Española.

Poma Torres, H. R. (2016). Factores asociados a la calidad de atención en el servicio de emergencia. Hospital Sergio E. Bernales. *renati.sunedu.gob.pe*, 1-3.

Ramírez-Sánchez, T. D.-A.-L. (2015). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud pública de México,*, 40(1), 1-10.

Rivero, F. B., & Alfonso, F. (2016). Factores asociados al retraso en la demanda de atención médica en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento . *Revista Española de Cardiología*, 69(3), 279-285.

Rodríguez, B. &. (2016). strategias de intervención para optimizar el trabajo en equipo del personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital IESS Santo Domingo de los Tsáchilas. 2-4.

Romero Márquez, A. R. (2012). *Manual de cirugía menor en atención primaria.* Alicante : Editorial Club Universitario.

Ruiz Chavez, M. (2013). *"Bases para la evaluación de la calidad de la atención Médica en la Unidades de Salud.* Mexico: SPMEXICO.

Sampieri, H. (2012). *Metodología de la Investigacion* . Mexico: Editorial Pearson. .

Sánchez Sendra, Á. P. (2014). *MÉDICO QUIRÚRGICA:*. alicante : Álvaro SBP.

Saturnos, P. (2012). *Cómo Diseñar una Evaluación sobre la Calidad asistencial en Atencion Primaria* . Murcia : UNIMURCIA .

Suñol, R., & Bañares, J. (2013). *Origen, evolución y características de programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud.* Madrid: Du Pont Pharma.

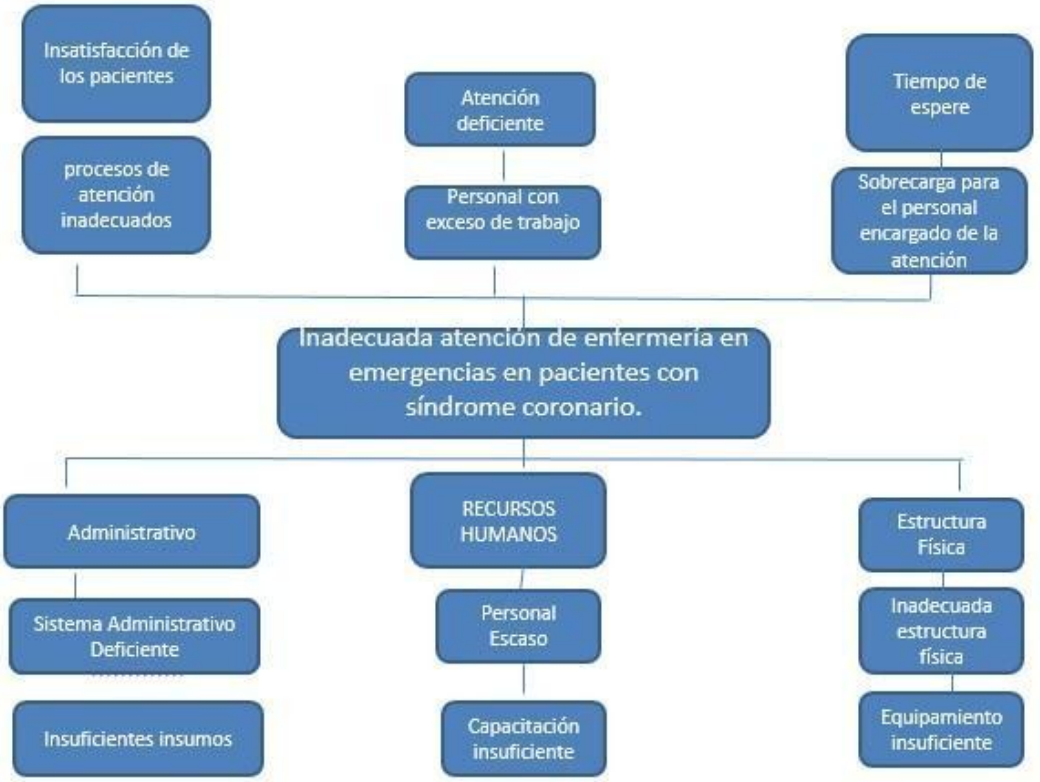
Valverde Guerrero, L. G. (2016). Gestión del tiempo de oportunidad quirúrgica de los modelos de atención cirugía de cuidado agudo y cirugía de llamada en el tratamiento de apendicitis aguda. *dspace.ucuenca.edu.ec*, 32-43.

Varo, J. (2012). *"La Calidad de la Atención Médica"*. Valencia : Salvat .

# ANEXOS

Anexo # 1

Árbol del Problema



Anexo # 2

Ficha de recolección (Encuesta)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Edad** | 40-55 años | | 56-65 años | | | 66-75años | | |
| **Procedencia** | | | **Factores de riesgo no modificables** | | **Nível de educacion** | | | |
| | | | Herencia | | | | | |
| Urbana | | Rural | Sexo masculino | | Ninguna | Primaria | Secundaria | Sup |
| | | | Mayores de 65 años | | | | | |
| **Factores de riesgo** | | | **Factores de riesgo modificables** | | **Clasificacion** | | | |
| | | | Tabaquismo | | Angina inestable | | Angina estable | |
| | | | Hipercolesterolemia | | IAM | | | |
| | | | Sedentarismo | | **Sexo** | | | |
| | | | Hipertensión | | Masculino | | Femenino | |
| | | | **Otros factores que contribuyen** | | | | | |
| | | | Diabetes mellitus | | **Raza** | | | |
| | | | Obesidad. | | Negra | | Blanca | |
| | | | | | Mestiza | | | |
| | | | Estrés | | **Medidas de Soporte de las Funciones Vitales** | | | |
| | | | dolor precordial | | Manejo de la via aérea | | | |
| **Manifestaciones clinicas** | | | Diaforesis | | Administacion de soluciones | | | |
| | | | Palidez marcada | | | | | |
| | | | | | Vigilar la función cardiopulmonar | | | |
| **Diagnostico** | | | Clínico | | Atencion del Dolor | | | |
| | | | EKG<br>Enzimas Cardiacas<br>Glicemia<br>Rx de Tórax | | Atencion de la Crisis Hipertensiva | | | |

Anexo # 3

# ENCUESTA DE SATISFACION DIRIGIDA A LAS PACIENTES ( FAMILIARES EN CASO QUE E PCT NO PUEDA CONTESTAR) DATOS DE FILIACIÓN

EDAD ☐

PROCEDENCIA : Urbano ☐ Rural ☐

ESTADO CIVIL

Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐

NIVEL EDUCATIVO

Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Herencia ☐ Sexo masculino ☐

Mayores de 65 años ☐

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Tabaquismo ☐ Hipercolesterolemia ☐

Sedentarismo ☐ Hipertensión ☐

OTROS FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN

Diabetes mellitus ☐ Obesidad ☐

Estrés ☐

MANIFESTACIONES CLINICA

Dolor precordial ☐ Diaforesis ☐ Palidez marcada ☐

DIAGNOSTICO

Clínico ☐

EKG ☐ Enzimas Cardiacas ☐

Glicemia ☐ Rx de Torax ☐

ATENCION EN LA EMERGENCIA

Al llegar a la emergencia por quien fue recibido

Auxiliar de Enfermería ☐ Enfermera ☐ Medico ☐

En que fue trasladada a la emergencia

En camilla ☐ Silla de Ruedas ☐ Por sus propios medios

Fue orientada acerca de la enfermedad que tenía su familiar ☐

Si ☐ No ☐

Como fue la atención brindada por el personal de enfermería y médicos en la emergencia

Bueno ☐ Malo ☐ Regular

Fueron explicados los procedimientos y medicación que iba a recibir su paciente ☐

Si ☐ No ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ministerio de Salud Pública | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CÓDIGO: HGNDC-PH: PAD | |
| | CERTIFICACION | | |
| | PROCESO: PROCESO HABILITANTE-ADMSION | | |

# CERTIFICACION

Mediante el presente certifico que: la licenciada ROSADO RIVERA CARMITA EDUVIGES portador de la cédula de ciudadanía # 1307518322 realizó su investigación sobre "ATENCION DE ENFERMERIA EN EMERGENCIA DE PACIENTES CON SINDROME CORONARIO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHONE PERIODO MARZO 2015 A MARZO 2016".

Certificación que se extiende para que el interesado haga de esta el uso correspondiente

Ing. María Agustina Reyes

LÍDER DE ESTADÍSTICA

Hospital Dr. N. DAVILA CORDOVA
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA
- CHONE -

Chone, 12 de diciembre 2016

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE POSGRADO
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil – Ecuador

OF.COORD.POSG.FCMUG.659.17

Agosto, 22 de 2017

***LICENCIADA***
***ROSADO RIVERA CARMITA EDUVIGUES***
***MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS***
***Ciudad***

Por medio del presente comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Normativa vigente de **Unidad de Titulación Especial** de la Dirección de Postgrado Vicerrectorado de Investigación, Gestión Social de Conocimiento y Posgrado, su **Proyecto de Titulación** ha sido aprobado con el tema:

**"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO EN EL HOSPITAL DE CHONE"**

***Tutora:*** *Dr. Andrés Cruz Acosta, MSc.*

El cual fue Revisado y aprobado por la Coordinación de Postgrado de la Facultad el día **08 de junio de 2017**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo a la normativa establecida.

Atentamente

**Dra. Clara Jaime Game Msc. (E)**
**COORDINADORA DE POSGRADO**

C. archivo

| | |
|---|---|
| Revisado y Aprobado por: | Dra. Clara Jaime Game, Msc. |
| Elaborado por: | Ing. Elizabeth Tarvela Cerrado. |

**Plagiarism Detector v. 986 - Originality Report:**

Analyzed document: 05/12/2016 13:57:40

# "CARMITA ROSADO ATENCION DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS DE PACIENTES CON SINDROME CORONARIO EN EL HOSPITAL DE CHONE.docx"

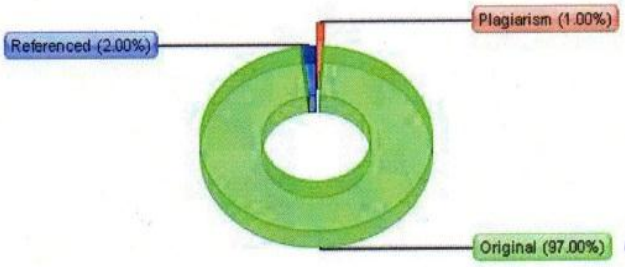
Licensed to: **Originality report generated by unregistered Demo version!**

Warning: Demo Version - reports are incomplete!

To get full version, please order the software:

Buy Now
BlueSnap
Take Charge

Relation chart:




0959927468

Distribution graph:

Comparison Preset: Rewrite. Detected language: Spanish

Top sources of plagiarism:

| | | |
|---|---|---|
| % 0,7 | wrds: 63 | Demo mode! Please register! |
| % 0,5 | wrds: 72 | Demo mode! Please register! |
| % 0,4 | wrds: 60 | Demo mode! Please register! |