



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

**Evaluación De Atención De Enfermería A Pacientes Con
Insuficiencia Cardíaca Congestiva Que Acuden A Emergencia
Hospital Rodríguez Zambrano
Manta 2010 Y Propuesta De
Protocolo Actualizado.**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de
Magíster en Emergencias Médicas.**

Maestrante.

Lcda. Vilma Mercedes Aucapiña Tipán.

Tutor.

Dr. Mario Andrade Ribadeneira. MSc.

Guayaquil – Ecuador.

2012.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la **Lic. Vilma Mercedes Aucapiña Tipán** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS.**

Dr. Wilson Maitta Mendoza M.Sc.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Carlos Torres Noé.M.Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla M.Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Carmen Morán Flores

SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICADO DEL TUTOR.

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de Tesis, para optar el Título de **MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS** de la **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**.

CERTIFICO QUE: he dirigido y revisado la Tesis de grado, presentada por la **LCDA.VILMA MERCEDES AUCAPIÑA TIPÁN** con C.I.# 180227200-3

Cuyo tema de Tesis es **“EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A EMERGENCIA, HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO MANTA 2010 Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ACTUALIZADO”**.

REVISADA Y CORREGIDA FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

Dr. Mario Oswaldo Andrade Ribadeneira. M.Sc.

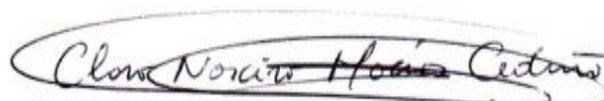
TUTOR.

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO.

Lcda. CLARA NARCISA MACÍAS CEDEÑO con domicilio ubicado en SAUCES 5 Mz. 215 – VILLA 15. Por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborado por la **LCDA. VILMA MERCEDES AUCAPIÑA TIPÁN** con C.I.# 180227200-3, previo a la obtención del título de **MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS.**

TEMA DE TESIS: “EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A EMERGENCIA. HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO MANTA 2010 Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ACTUALIZADO.”

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.


LCDA. CLARA NARCISA MACÍAS CEDEÑO

C.I.# 090509835-6

de Registro. Cuarto nivel: 1006-10-709227

de Teléfono celular: 085552514.

DEDICATORIA.

A los enfermos, porque ellos son el rostro viviente de Jesús, en el lecho del dolor, la razón de mi preparación y superación, para así atenderlos mejor y luchar por su salud.

A mis hermanas de la comunidad local, por su acogida, ayuda espiritual, su amistad sincera y su entrega generosa al servicio del enfermo.

A mis familiares, que con su apoyo incondicional y silencioso, con sus palabras de aliento me han motivado a seguir superándome, día a día.

Sor: Vilma Aucapiña

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por darme la vida, la sabiduría la inteligencia y el deseo de superación. Por amarme tanto, sin mirar mi pequeñez. Gracias Dios mío por tu amor.

A mis familiares, por su apoyo espiritual y moral, agradezco especialmente a mi padre que con su oración humilde y sencilla me ha dado fortaleza, para seguir adelante en mi vida de servicio.

A mis hermanas de Comunidad, porque día a día, me han acompañado con su oración y su alegría en los momentos difíciles, ayudándome a culminar este trabajo de investigación, para un mejor servicio a los enfermos.

Al Dr. Mario Andrade, mi tutor de Tesis, por su ayuda generosa desinteresada, por sus horas de dedicación por su paciencia, como buen maestro, fue dirigiendo esta investigación, hasta culminarla. Gracias Dr. Mario siempre estará, en mis recuerdos.

A los directivos del Hospital, “Rodríguez Zambrano” por permitirme realizar la investigación en tal prestigiosa institución. Y así ser un ente de desarrollo en búsqueda de la excelencia de la atención.

A todas las personas, que colaboraron en este trabajo, que sin su granito de arena no se hubiera, podido realizar esta investigación, gracias a todos

Sor: Vilma Aucapiña.

RESUMEN.

El corazón, al fallar su funcionamiento provoca insuficiencia cardíaca congestiva, causa de morbi – mortalidad. Su incidencia es frecuente en personas mayores de 40 años. En nuestro medio es una de las causas más frecuentes de hospitalización. El personal de enfermería debe afrontar con este **problema**, de ahí la necesidad de prepararse en varios aspectos: científicos, técnicos humanos y espirituales. **El Objetivo** de este trabajo consiste en la evaluación de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y propuesta de Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería. Se cumplieron los **objetivos específicos** planteados, determinando la prevalencia, filiación, los factores de riesgo, tratamiento, destino de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva; se recopiló información del personal de enfermería sobre criterios del cumplimiento del protocolo y la atención al paciente con la propuesta de actualización del protocolo. **La metodología** aplicada en este estudio descriptivo, prospectivo, no experimental contó con un Universo de la población atendida en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano del 01 de mayo del 2010 al 30 de Abril del 2011. La muestra de la investigación consistió en 111 Historias Clínicas. **Los resultados** del trabajo se efectuaron en base a las estadísticas del área de emergencia, se utilizó el método clasificatorio analítico, encuestas y tabulación de datos, que evidencian la incidencia y la filiación de los pacientes. Se **concluye** que, la insuficiencia cardíaca congestiva padecen la mujer y el hombre, destacándose el 50,45% masculino el 49,54% femenino, entre las edades de mayor riesgo están: 61 años y mas con un 63,06% en el área urbana se presenta un 54,95% en las casadas un 38,73%, de Primaria 74,74%, nivel socioeconómico bajo 73,87%, la hipertensión arterial es el factor que predomina en lo personal con 73,87% y familiar con un 63,06%. La atención que recibieron del personal de enfermería fue buena. Existió predisposición y colaboración de las autoridades del hospital para que el trabajo de investigación se concluya. Acorde a resultados y con sustento del marco teórico, se elaboró un protocolo de atención de enfermería que se recomienda como plan piloto para el Hospital y otros Centros de Salud.

PALABRAS CLAVE.

EVALUACIÓN, ATENCIÓN, ENFERMERÍA, INSUFICIENCIA, CARDÍACA, CONGESTIVA, PROTOCOLO, ACTUALIZADO.

SUMMARY

The heart, causing operation failure congestive heart failure, cause of morbidity - mortality. Its incidence is common in people over 40 years. In our environment is one of the most frequent causes of hospitalization. Nurses must face this problem, hence the need to prepare in several aspects: scientific, technical, human and spiritual. The objective of this paper is the evaluation of nursing care to patients with congestive heart failure and proposed protocol Updated Nursing Care. He met the specific objectives, determining the prevalence, affiliation, risk factors, treatment, fate of patients with congestive heart failure, we collected information from nurses about the protocol compliance criteria and patient care with the proposal update protocol. The methodology used in this descriptive, prospective, nonexperimental had a universe of the population covered by the area of Rodriguez Zambrano Hospital emergency of May 1, 2010 to April 30, 2011. The research sample consisted of 111 medical charts. The results of the work is carried out based on the statistics of the emergency area, we used the analytical classification method, surveys and tabulation of data, which show the incidence and relationship of the patients. We conclude that congestive heart failure suffer from the women and men, highlighting the 50.45% 49.54% male the female, between the ages of greatest risk are: 61 years and over with a 63.06% in the area Urban has a 54.95% in a married 38.73% from 74.74% primary, 73.87% low socioeconomic status, hypertension is the predominant factor in the personal and family with 73.87% with a 63.06%. The attention they received from nursing staff was good. There was cooperation and assistance from the hospital authorities that the research is completed. According to results and support the theoretical framework, a protocol was developed for nursing care that is recommended as a pilot for the Hospital and other health centers.

KEYWORDS.

EVALUATION, CARE, NURSING, FAILURE, HEART, CONGESTIVE, PROTOCOL, UPDATED.

INDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. OBJETIVOS.....	5
1.1.1. Objetivo general.....	5
1.1.2. Objetivo específico	5
1.2. HIPÓTESIS.....	6
1.3. VARIABLES.....	6
1.3.1. Independientes.....	6
1.3.2. Dependientes.....	6
1.3.3. Intervinientes.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.4.PALABRAS CLAVES.....	46
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
3.1. MATERIALES.....	47
3.1.1. Lugar de la Investigación.....	47
3.1.2. Periodo de la investigación.....	47
3.1.3. Recursos Empleados.....	47
3.1.3.1. Recursos humanos.....	47
3.1.3.2. Recursos físicos.....	47
3.1.4.UNIVERSO Y MUESTRA.....	48
3.1.4.1. Universo.....	48
3.1.4.2. Muestra.....	48

3.1.5. APLICACIÓN DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	48
3.2. MÉTODOS.....	49
3.2.1. Tipo de Investigación.....	49
3.2.2. Diseño de la Investigación.....	49
4. RESULTADO ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	50
4.5. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	72
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91
5.1. Conclusiones.....	91
5.2. Recomendaciones.....	93
6. BIBLIOGRAFÍA.....	94
7. ANEXOS.....	98



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A EMERGENCIA. HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO MANTA 2010 Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ACTUALIZADO.

AUTOR/ ES: Lcda. Vilma Mercedes Aucapiña Tipán.

REVISORES: Dr. Mario Oswaldo Andrade Ribadeneira M.Sc.

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Magíster en Emergencias Médicas.

FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 de Noviembre 2011

Nº DE PÁGS: 116

ÁREAS TEMÁTICAS: Evaluación de atención de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva que acuden a Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano Manta 2010 y Propuesta de Protocolo Actualizado.

PALABRAS CLAVE:

Evaluación, Atención, Enfermería, Insuficiencia, Cardíaca, Congestiva, Protocolo, Actualizado.

RESUMEN: El corazón, al fallar su funcionamiento provoca insuficiencia cardíaca congestiva, causa de morbi – mortalidad. Su incidencia es frecuente en personas mayores de 40 años. En nuestro medio es una de las causas más frecuentes de hospitalización. El personal de enfermería debe afrontar con este **problema**, de ahí la necesidad de prepararse en varios aspectos: científicos, técnicos humanos y espirituales. **El Objetivo** de este trabajo consiste en la evaluación de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y propuesta de Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería. Se cumplieron los **objetivos específicos** planteados, determinando la prevalencia, filiación, los factores de riesgo, tratamiento, destino de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva; se recopiló información del personal de enfermería sobre criterios del cumplimiento del protocolo y la atención al paciente con la propuesta de actualización del protocolo. **La metodología** aplicada en este estudio descriptivo, prospectivo, no experimental contó con un Universo de la población atendida en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano del 01 de mayo del 2010 al 30 de Abril del 2011. La muestra de la investigación consistió en 111 Historias Clínicas. **Los resultados** del trabajo se efectuaron en base a las estadísticas del área de emergencia, se utilizó el método clasificatorio analítico, encuestas y tabulación de datos, que evidencian la incidencia y la filiación de los pacientes. Se **concluye** que, la insuficiencia cardíaca congestiva padecen la mujer y el hombre, destacándose el 50,45% masculino el 49,54% femenino, entre las edades de mayor riesgo están: 61 años y mas con un 63,06% en el área urbana se presenta un 54,95% en las casadas un 38,73%, de Primaria 74,74%, nivel socioeconómico bajo 73,87%, la hipertensión arterial es el factor que predomina en lo personal con 73,87% y familiar con un 63,06%. La atención que recibieron del personal de enfermería fue buena. Existió predisposición y colaboración de las autoridades del hospital para que el trabajo de investigación se concluya. Acorde a resultados y con sustento del marco teórico, se elaboró un protocolo de atención de enfermería que se recomienda como plan piloto para el Hospital y otros Centros de Salud.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono:

E-mail:

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

Quito: Av. Whympner E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/
1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo,
teléfonos 2569898/ 9. Fax: (593 2) 250-9054.

1. INTRODUCCIÓN.

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva, es causa de ingreso hospitalario especialmente en personas mayores de 40 años de edad. El avance en tratamientos farmacológicos con modificaciones, escasez de educación, inconstancia del usuario para regirse al tratamiento, la poca atención a la ansiedad, depresión y otras enfermedades, hacen que la terapia de esta patología, sea inefectiva e inadecuada, ocasionando falencias en recursos hospitalarios, inestabilidad familiar y cambios en la sociedad.

La insuficiencia cardíaca congestiva, constituye un grave problema, no solo sanitario sino también económico y social. Representa una causa significativa de morbi-mortalidad, con cuantiosos costos económicos; estos son observables en la Unidad de Cuidados Inmediatos (UCIM) de Emergencia del Hospital “Rodríguez Zambrano”, en donde a pesar de tener una incidencia de 0,23% es una de las áreas que mayores recursos se invierte en el País.

Actualmente, la insuficiencia cardíaca congestiva constituye una importante complicación de una cardiopatía en la población mayor de 40 años, que llegan a la Emergencia del Hospital “Rodríguez Zambrano” y su prevalencia aumenta con la edad, afectando al individuo, familia y sociedad. Surge la necesidad, de atención pronta y eficaz del personal de enfermería, con conocimientos técnicos y científicos, aplicando protocolos actualizados de enfermería, que debe planearse teniendo en cuenta los patrones funcionales que se ven alterados por este tipo de patología. Dicha planeación, debe basarse en el estilo de vida del paciente, su estado físico y el tratamiento médico que recibe.

Además se debe tener en cuenta la edad, el trabajo que desempeña, la personalidad, la situación familiar, el deseo de cooperar con el tratamiento y la respuesta a éste. En el campo personal es afectado en su psiquis perdiendo poco a poco su agilidad física, muchas veces con pérdida de trabajo. En el aspecto económico, no solo afecta a la familia sino al Estado Ecuatoriano, porque en el área de emergencia se utiliza personal, tiempo, insumos médicos, medicinas, exámenes complementarios, equipos de monitoreo, electrocardiógrafos, entre otros.

Según Oscar Ernesto Amarís Peña, Médico Internista, Cardiólogo, Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, no existe Insuficiencia Cardíaca Congestiva con electrocardiograma (EKG) normal. Los cambios están más relacionados, con la patología que llevó al paciente a insuficiencia cardíaca congestiva, como presencia de ondas de necrosis ventricular e (onda Q en EKG). La hipertrofia ventricular izquierda se evalúa mejor por los criterios de la Organización Mundial de la Salud. La insuficiencia cardíaca congestiva, se presenta aproximadamente el 60% en hombres y el 40% en mujeres.

En nuestro medio la insuficiencia cardíaca congestiva, padecen tanto la mujer como el hombre, destacándose el 50,45% masculino y 49,54% femenino entre las edades de mayor riesgo están, 61 años y más con un 63,06% en el área urbana se presenta un 54,95% en los casadas un 38,73% de Primaria 74,74% nivel socioeconómico bajo 73,87%, la hipertensión arterial es el factor que predomina en lo personal con 73,87% y familiar con un 63,06%.

Acorde a la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) los segmentos de curva del EKG son parámetros imprescindibles, por ejemplo la mortalidad aumentó un 25% por cada mmol/l de reducción del espacio ST. Este fenómeno de epidemiología "inversa" también se ha observado en la ICC respecto al índice de masa corporal y de la presión arterial. Actualmente se prescriben estatinas a pacientes con ICC de etiología no isquémica, cuando en realidad deben reducirse los niveles de colesterol, de acuerdo con las guías de recomendación basadas en pacientes sin ICC.

La ICC es un problema de salud, que afecta a más de 5 millones de personas, en los Estados Unidos de América, con una incidencia aproximada de 10 X 1000 habitantes en mayores de 65 años de edad. Más de medio millón, de nuevos casos se reportan cada año y es la causa del 20 % de los ingresos hospitalarios de las personas ancianas. En la última década la tasa de hospitalizaciones por ICC se incrementó en un 159 %.

Por lo tanto la enfermera de emergencia, debe asumir un papel importante en la atención, del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva y trabajar en coordinación con el médico, personal auxiliar de enfermería y el equipo interdisciplinario de salud, razón por lo cual es fundamental elaborar un Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta. Con la implementación del protocolo el personal de enfermería, con su preparación científica, técnica y sus cualidades individuales de observación, destreza, sagacidad, darán una atención pronta y eficaz disminuyendo así la morbi- mortalidad de los pacientes.

Acorde a lo expuesto, se propone realizar acciones preventivas terapéuticas, en la comunidad para evitar complicaciones que generen riesgos y así lograr disminuir, la frecuencia y la gravedad de la insuficiencia cardíaca congestiva, a través de un Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería, para optimizar acciones en esta patología.

Esta investigación evidencio una evaluación al personal de enfermería, con propósito de elaborar un Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, para mitigar un grave problema de salud pública, con beneficios para el entorno familiar y social, eliminándose el daño físico, psíquico y la inestabilidad social, emocional u económica de la familia, de manera que el personal de enfermería esté preparado con conocimientos teóricos, científicos y con mayores aptitudes para ayudar al paciente a mejorar la salud sin complicaciones.

Se trató de una investigación descriptiva, prospectiva, no experimental. En la cual se aplicó encuestas al personal de Enfermería y la aplicación del recolector clínico para los datos que se utilizó en el análisis estadístico, los mismos que fueron tabulados, graficados y analizados en forma detallada.

En la investigación el universo es de 68408 pacientes que ingresaron al área de emergencia del Hospital “Rodríguez Zambrano”, con una prevalencia de 160 pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, se tomó como muestra a 111 pacientes, del 1 de Mayo del 2010 al 30 de Abril del 2011.

El trabajo de investigación, consta de un marco teórico que conceptualiza y describe la insuficiencia cardíaca congestiva, intervención de enfermería. De un capítulo que corresponde a la metodología que especifica los materiales y métodos utilizados en la investigación.

El capítulo cuarto corresponde a los resultados obtenidos de la recolección de datos y encuestas formuladas al personal de enfermería, del área de emergencia. Concluyendo dicho capítulo con un análisis general e integrado de los resultados.

Acorde a resultados y con sustento del marco teórico, se elaboró un Protocolo de Atención de Enfermería que se recomienda como plan piloto para el Hospital y otros Centros de Salud que se describe en la propuesta. Posteriormente se sintetiza con las profundas conclusiones a las que se ha llegado en el trabajo, permitiendo realizar sugerencias y recomendaciones que redundan en beneficio a la institución, al personal de salud y a la comunidad en general.

Cabe indicar que existió predisposición y colaboración de las autoridades del hospital para que el trabajo de investigación se concluya.

1.1. OBJETIVOS.

1.1.1. OBJETIVO GENERAL.

1. Evaluar la atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que acuden a la Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2010: Propuesta de Protocolo de Atención de Enfermería Actualizado.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la prevalencia y filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. (I.C.C.).
2. Registrar los factores de riesgo, tratamiento y destino de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.
3. Registrar información del personal de enfermería y criterios sobre la atención en emergencia a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Determinar el cumplimiento de protocolo para la atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en emergencia.
5. Proponer la actualización de un protocolo de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

1.2. HIPÓTESIS.

- Aplicando el protocolo actualizado de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, que acuden a Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, disminuirá la morbi-mortalidad.

1.3.VARIABLES.

1.3.1. INDEPENDIENTE.

- Atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que acuden a la Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2010.

1.3.2. DEPENDIENTE.

- Protocolo de Atención de Enfermería Actualizado.

1.3.3. INTERVINIENTE.

- Prevalencia, filiación, tratamiento, atención de enfermería, factores de riesgo, destino

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. GENERALIDADES.

2.1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.

El Hospital Rodríguez Zambrano es un hospital Cantonal, de Segundo Nivel. Se encuentra ubicado en el Cantón Manta, al Este la Av. 16 y la Clínica Hospital del Sol, al Oeste La Cruz Roja Ecuatoriana, al Sur la Comunidad de Las Hijas de la Caridad y al Norte Clínica de Cirugía Plástica.

2.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.

Según consta en el Manual Técnico Administrativo del Departamento de Enfermería, la creación y el desarrollo histórico del Hospital Dr. “Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, Provincia de Manabí, fue creado en el año de 1910 y 1911 tuvo su inicio en la Parroquia Tarqui, sector los Esteros, siendo el fundador el Dr. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO, médico quiteño graduado en la Universidad Central del Ecuador perfeccionó sus conocimientos en París, para más tarde retornar al país y establecer el ejercicio de su noble y abnegada profesión en el Puerto de Manta.

Más tarde surgió la necesidad de crear un hospital, el mismo que se consolidó como una realidad, con la ayuda del General Eloy Alfaro Delgado. Que consiguió una partida presupuestaria del Cantón Montecristi y la transfirió para el inicio de la construcción del antiguo Hospital. En el año de 1944 este fue construido por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en base a planos diseñados por el Sr. Juan Manuel Palma. Estuvo ubicado en la calle 13 Av. 13 Dichos pabellones eran: sala de hombres, sala de mujeres, sala de Maternidad, sala de aislamiento y un pequeño quirófano siendo el primer director el Dr. Carlos Alberto Palacios Izquierdo (Azuayo).

En 1944, a petición del Sr Director Dr. Carlos Palacios las Hijas de la Caridad llegan a este hospital para el servicio directo, administrativo, dirección del Departamento de Enfermería y jefaturas de los diferentes servicios. Las hermanas que llegaron por primera vez son: Sor Mercedes Elena Yánez, Sor Luz Mercedes Jiménez y Sor Marianela Buitrón.

Para la construcción y equipamiento del nuevo hospital el Gobierno Nacional mediante decreto supremo Nro. 488 de fecha 25 de junio de 1976 publicado en el registro oficial Nro. 117 del 28 de junio de 1976, faculta al Ministerio de Salud Pública para que se proceda a controlar el equipamiento y construcción del nuevo hospital de Manta, que luego del proceso de licitación se suscribe el contrato con la empresa Técnico Comercial, compañía anónima (ETECO) e Ingeniero Gustavo Gándara Robalino, así como con la empresa (PREDIOS CIA. LTDA.) , según escritura celebrada el 27 de enero de 1978 ante el notario Dr. Jorge Luis de la ciudad de Quito.

Posteriormente el 8 de octubre de 1986 se suscribe un contrato complementario con la misma empresa para la total terminación de obras civiles y suministros de equipos según, escritura celebrada ante la notaría vigésima sexta Dr. Napoleón Lombeyda.

Actualmente el Hospital Rodríguez Zambrano funciona en el moderno edificio ubicado en el barrio Santa Martha vía San Mateo. Fundado el 7 de agosto de 1988 con área de influencia aproximadamente de 155.000 habitantes, con una capacidad de 220 camas.

El establecimiento se creó con una plantilla fija de personal de salud, de 597 personas, entre empleados y trabajadores, describiendo de la siguiente manera.

Médicos-----89.

Lic.de Enfermería-----85.

Auxiliares de Enfermería -----160.

Trabajadoras Sociales----- 4.

Obstetricas -----	4.
Odontólogos-----	4.
Tecnólogos Médicos-----	32.
Oficinistas-----	38.
Auxiliares de Laboratorio-----	14.
Auxiliares de RX -----	6.
Auxiliares asistentes-----	161.
TOTAL-----	597.

(16)

2.1.3. ESTRUCTURA ACTUAL DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.

El Hospital Rodríguez Zambrano está construido de hormigón armado, de 6 pisos, con capacidad de 220 camas. Está dividido en diferentes servicios.

➤ PLANTA BAJA.

En la planta baja se encuentran los diferentes servicios de salud: Emergencia, Patología, Lencería, Lavandería, Bodega, Mantenimiento, Cocina, Comedor del Personal, Estadística, Recursos Humanos, Administración, Dirección, Contabilidad, Consulta Externa.

➤ PRIMER PISO.

Encontramos los siguientes servicios de salud: 5 Quirófanos Generales, Central de Esterilización, Imagenología, Laboratorio, Terapia Física, Sub-dirección, Departamento de Enfermería, Central de Sistema, Departamento de Epidemiología y Oficina de Educación para la Salud.

➤ **SEGUNDO PISO.**

Ginecología, Neonatología, Lactario, Centro obstétrico.

➤ **TERCER PISO.**

Cirugía, Traumatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Biblioteca.

➤ **CUARTO PISO.**

Medicina Interna, Infectología.

➤ **QUINTO PISO.**

Pediatría, Unidad de Quemados.

➤ **SEXTO PISO.**

Auditorio, que no está habilitado.

La infraestructura del Hospital hoy en la actualidad no es lo suficientemente grande, por la demanda de usuarios que no solamente son del Cantón Manta sino también de los alrededores e incluso de otras provincias. (16)

2.1.4. PRESENCIA DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD, EN EL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.

La comunidad de Hijas de la Caridad está presente en el Hospital Rodríguez Zambrano desde el año de 1944 hasta la actualidad, la misión de las Hijas de la Caridad es la atención espiritual y corporal a los enfermos, con un espíritu de humildad sencillez y caridad haciendo vida el carisma de San Vicente de Paúl y Santa Luisa de Marillac. El 3 de Mayo de 1944, llegaron las primeras hermanas que fueron enviadas a ésta misión. Sor Mercedes Elena Yánez. Sor Luz Mercedes Jiménez, y en Julio del mismo año fue enviada una tercera hermana Sor Marianela Buitrón.

Desde esa fecha han pasado 86 hermanas en el servicio corporal y espiritual de los enfermos. Los tiempos han ido cambiando, la preparación humana y profesional les permite dar un mejor servicio al enfermo siendo el vehículo del amor afectivo y efectivo de Cristo. Hoy en la actualidad existe 4 hermanas que se encuentran sirviendo en diferentes áreas: Central de Esterilización, Gineco Obstetricia y Emergencia. (13)

2.2. EVALUACIÓN.

Definición.- Juicio educativo y calificación que se da sobre una persona o situación basándose en una evidencia contrastable.

2.2.1. TIPOS DE EVALUACIÓN.

1.-Evaluación diagnóstica. -Es la evaluación que se realiza antes de empezar una nueva fase de aprendizaje, para conocer el conjunto de expectativas, intereses, preferencias, experiencias y saberes previos de los estudiantes en la disciplina que interesa.

2.-Evaluación formativa.-Se habla de evaluación formativa, cuando se desea averiguar si los objetivos de la enseñanza están siendo alcanzados o no, y lo que es preciso hacer para mejorar el desempeño de los educandos y evaluación de procesos.

3.-Evaluación sumativa. -Se habla de evaluación sumativa para designar la forma mediante la cual se mide y juzga el aprendizaje con el fin de certificarlo, asignar calificaciones, determinar promociones.

2.2.2. FASES DE EVALUACIÓN.

La fase de la evaluación es establecer instrumentos para hacer el seguimiento y la evaluación de las acciones del proceso.

- Fase 1: Identificación y justificación del problema.

- Fase 2: Definición y dimensionalidad del problema.
- Fase 3: Objetivos generales y específicos del proceso de evaluación.
- Fase 4: Selección de los procedimientos de evaluación.
- Fase 5: Elaboración de los instrumentos de evaluación.
- Fase 6: Recogida y análisis de información.
- Fase 7: Interpretación y toma de decisiones.

2.2.3. EVALUACIÓN APLICADA A LA ENFERMERÍA.

La evaluación constituye un valor organizacional del sistema de salud. Para su medición es necesaria la evaluación como un acto para demostrar los resultados del proceso de atención de salud, específicamente en el cuidado de enfermería, la evaluación de la calidad implica implementar un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería en base a indicadores y estándares.

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería, es parte integral de cada una de las etapas, es un aspecto importante en todo el proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

El resultado de la evaluación puso en evidencia la calidad de los cuidados prestados y, por tanto, no se puede hablar de evaluación sin hablar de calidad de cuidados, en esta fase el proceso de enfermería, consiste en determinar la eficacia del cambio. Se reúnen más datos y se comparan con los datos de valoración para determinar si se ha producido mejoría.

2.2.4. FUNCIÓN O DESEMPEÑO DE ENFERMERÍA.

- **Funciones independientes.-** Las funciones independientes que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional son: prevención, curación, educación e investigación.

En el cuidado directo consiste en valorar, diagnosticar, ejecutar el plan, con el respectivo proceso de enfermería.

- **Funciones dependientes.-** Constituye la administración de medicamentos.
- **Funciones e interdependientes.-** Establecidas por la participación en procedimientos médicos especiales.(25)

2.2.5. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

Los estudiantes participan en la atención de enfermería mediante las prácticas académicas bajo la supervisión de una enfermera supervisora o instructora.

2.2.6. AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

El auxiliar de enfermería es un personal de apoyo en la atención del proceso de atención directo al enfermo.

2.2.7. INTERNAS DE ENFERMERÍA.

Realizan la práctica de atención de enfermería previa a la obtención del título de Lcda. en Ciencias de la Enfermería. Aplicando conocimientos científicos y técnicos, en el campo administrativo, técnico, educativo e investigativo.

2.2.8. ENFERMERA PROFESIONAL.

Varias obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial, hasta el manejo de sistemas de soporte vital, en unidades de cuidados intensivos, además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupándose por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes. Es conveniente que se aclare que hoy en la actualidad las facultades y escuelas de Enfermería están entregando a la sociedad Lcda. en Ciencias de la Enfermería, Enfermeras Profesionales hay pocas, son aquellas que han estudiado en años anteriores y no han obtenido el título de Licenciadas/os. (25)

2.2.9. LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA.

Licenciadas /os en enfermería altamente preparados, en la disciplina y se enfatiza en la metodología científica y humanística, para proporcionar atención integral de calidad, con liderazgo y un alto concepto de los valores humanos. Utiliza el proceso de atención de enfermería, al proporcionar atención de calidad.

Como administrador, utiliza el proceso administrativo y las herramientas necesarias, para administrar el cuidado de enfermería, en su rol, de investigador desarrollan estudios, de tipo descriptivo y como educador, proporciona educación para la salud.

Atiende las respuestas humanas de la persona, en situaciones de salud y enfermedad. Promueve el bienestar del individuo, familia y comunidad; a si mismo desarrolla actividades colaborativas con el equipo de salud, en el diagnóstico y tratamiento de los problemas más frecuentes establecidos de la siguiente manera:

1.-Proporciona atención de enfermería en diferentes escenarios y niveles de atención a la salud.

2.- Aplica el razonamiento crítico a su visión de la realidad social y al proceso de atención de enfermería.

3.-Administra la atención de enfermería, con base en diagnósticos, en diferentes escenarios.

4.- Adquiere, evalúa y comunica conocimientos relevantes para su propia educación y la de otros profesionales de la enfermería, del equipo de salud y la comunidad.

5.-Trabaja con visión humanística y ética, en equipo multiprofesional, desarrollando acciones de su competencia e involucrándose en la planeación de los servicios comunitarios de salud. (25)

2.2.10. ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA.

Las actividades de enfermería, en este ámbito de cardiología, están enriquecidas por sus constantes avances y nuevas maneras de hacer las cosas, en los métodos de exploración cardiovascular. Pero el desarrollo en ciertos lugares, no se conocen o no son acordes con las nuevas realidades, no por falta de insumos, sino mas bien por falta de información entre otros.

Por lo tanto este espacio es para cubrir el vacío, que permitirá que colegas profesionales y estudiantes de cualquier parte del mundo obtenga información, de una propuesta de clasificación nemotécnica, de los métodos de exploración y sus progresos más por una necesidad particular, en procura de anticipar nuevos servicios, que requiere el común del ser humano indistintamente, se tenga el recurso disponible o no, con el solo hecho que les den información actualizada sobre los diferentes recursos para el diagnóstico cardiovascular o pulmonar y sitios donde se realiza.

2.2.11. AUXILIARES DE SERVICIO.

El personal auxiliar de servicio, son aquellos que mantienen limpia y en orden la sala, además son los encargados de transportar a los pacientes ingresados a las salas y a tomarse placas de Rx y tomografía, son parte importante del equipo de salud.

2.2.12. PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE UNIDAD DE CUIDADOS INMEDIATOS (UCIM).

Las unidades de cuidados inmediatos, (UCIM) son áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente, para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior, a las unidades de cuidados intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización. Las UCIM son estructuras asistenciales conceptualmente dependientes de los servicios de medicina intensiva (SMI), que nacen como consecuencia de los siguientes objetivos:

1. Disminuir el “salto asistencial cualitativo” entre las (UCI) y las plantas convencionales de hospitalización, e incrementar la capacidad asistencial de los (SMI), mediante la posibilidad de atender pacientes con menor grado de dependencia y que son “mejor atendidos”, con personal calificado ayudando así a su pronta recuperación.
2. Garantizar una continuidad asistencial, a enfermos cuya situación no permite un traslado a plantas convencionales con las suficientes garantías.
3. Como valor añadido, se dice que la existencia de las (UCIM) puede asociarse a una disminución de la mortalidad total, incluyendo la hospitalaria post (UCI) disminución de la mortalidad real, frente al mantenimiento de la “mortalidad intra (UCI), aunque al parecer no existe evidencia contrastable de esta afirmación.

2.2.13. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

➤ PROPUESTA DE ESPECTATIVAS.

1. Mantenga óptimo gasto cardiaco, evidenciado por presión arterial normal y pulsos periféricos fuertes.
2. Obtenga óptimo balance de líquidos, evidenciado por peso normal y ausencia de edemas.
3. Incremente tolerancia a la actividad, evidenciado por aumento del nivel de actividad.
4. Proporcione cuidados, manteniendo higiene del paciente.
5. Proporcione conocimientos, hasta lograr cambios en estilos de vida.
6. Disminuya temor, hasta que el paciente lo refiera.

➤ INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1. Valora los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.
2. Optimización del reposo: reduce el trabajo del corazón, mejora su reserva y disminuye la presión arterial.
3. Cambios de posición: elevar la cabecera unos 20 a 30 cm, o se hace que el enfermo repose en una silla cómoda con brazos, esto disminuye el retorno venoso del corazón y pulmones.
4. Monitorización de los complementarios, (gasometría, ionograma, Hb, úrea, creatinina, ácido úrico.)

5. Valora el peso del paciente diariamente. (A la misma hora y con el mismo equipo). Señalar cualquier aumento ponderal de 0.9 a 1.4 kg
6. Registra de forma rigurosa el ingreso y egreso de líquidos.
7. Monitoriza los efectos potenciales de los diuréticos (hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnesemia)
8. Buscar edemas, en plano inferior del paciente en posición erecta, pie y tobillo; si esta en decúbito se explora sacro y dorso. Si hay insuficiencia cardiaca grave el edema es periorbitario.
9. Ausculta los pulmones a intervalos frecuentes, para detectar estertores y sibilantes.
10. Ausculta área cardiaca, en búsqueda del tercer o cuarto ruido, que alerta sobre un proceso de insuficiencia cardiaca.
11. Vela por el cumplimiento del plan dietético de alimentos permitidos y restringidos, evita el consumo de sal y bebidas.
12. Confecciona y aplica programas de actividades que incluyen, aumentar progresivamente la marcha a condición de que no produzca fatiga ni disnea.
13. Evita los extremos de calor y frío ambientales que aumentan, el trabajo del corazón.
14. Educa sobre el manejo adecuado de los utensilios de higiene.
15. Mantiene aseo personal, (baño en cama, lavado de cara, aseo de cavidades, higiene bucal.)

- 16.** Explica al paciente y familiares en qué consiste la enfermedad y sus pronósticos.
- 17.** Educa al paciente sobre la importancia de:
- Mantener la tensión arterial en límites normales.
 - Seguimiento y objetivos del régimen terapéutico.
 - Dieta.
 - Régimen de actividad.
 - Conducta sexual.
- 18.** Alivio de la angustia de los pacientes, éstos tienden a sufrir angustias e inquietudes porque no pueden conservar la oxigenación adecuada de los tejidos y se sienten abrumados por la disnea. Es útil dejar una lámpara encendida y mantenerse acompañados con los familiares.
- 19.** Evita inmovilización del paciente, o de sujetar en la cama por la resistencia que ofrece, lo que provoca un aumento del trabajo cardíaco.
- 20.** Evita situaciones que provoquen angustia y agitación.
- 21.** Ofrece sesiones de relajación.
- 22.** Mantiene periodo regular de reposo. (12)

2.3. EL CORAZÓN.

Es un órgano muscular hueco, que recibe sangre de las venas y la impulsa hacia las arterias. Tiene el tamaño de un puño, se encuentra por detrás de la parte inferior del esternón dirigiéndose a la derecha con algo hacia atrás. La punta está en contacto con el tórax en el quinto espacio intercostal. En el interior del corazón del adulto hay dos sistemas paralelos independientes, cada uno formado por una aurícula y un ventrículo, por su posición anatómica reciben el nombre de corazón derecho y corazón izquierdo

El diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, causa miedo y angustia en muchas personas, es indudable que se han hecho progresos impresionantes en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.

El diagnóstico se basa en la evaluación de las manifestaciones clínicas de la congestión pulmonar, la valoración de enfermería se centra en la búsqueda de signos y síntomas de sobrecarga pulmonar y sistémica de líquidos, por lo que infiere de grandes conocimientos y preparación profesional. En virtud del aumento de la tendencia a reducir la hospitalización e incrementar el uso de los servicios de consultas, en la actualidad es mucho mayor la necesidad de actualizar al personal de enfermería, en la actuación con pacientes que padecen insuficiencia cardíaca.

Para los profesionales de enfermería, la continuidad de los cuidados es una oportunidad para mejorar la comunicación, usar un lenguaje común, unificar las intervenciones de cuidados, logrando la colaboración de los profesionales en el seguimiento de los pacientes que son atendidos en ambos niveles.

Es necesario facilitar la incorporación del lenguaje enfermero, en la transmisión de información entre niveles, promover el uso de intervenciones de enfermeros consensuados con los pacientes que requieran continuidad de cuidados de enfermería y prestar atención personalizada, a cada uno con conocimientos científicos actualizados. Aplicando los procesos de enfermería, después de una evaluación y un diagnóstico enfermero.

2.3.1. INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

“La insuficiencia cardíaca congestiva, es la incapacidad del corazón para mantener el gasto cardíaco y satisfacer las necesidades metabólicas del organismo” (3)

“La ICC es la incapacidad del corazón para impulsar sangre suficiente con el fin de cubrir las necesidades de oxígeno y nutrientes a los tejidos” (6)

La insuficiencia cardíaca congestiva, es un trastorno en el que el corazón, no es capaz de mantener un bombeo de sangre adecuado en relación al retorno venoso y a las necesidades de los tejidos en cada momento. Es un síndrome clínico, que refleja la incapacidad del miocardio para satisfacer las demandas tanto circulatorias como metabólicas del organismo, se produce como consecuencia de un fallo en la función ventricular del corazón y por la puesta en marcha de mecanismos neuro hormonales compensatorios, que en un principio intentan preservar la función ventricular, pero a la larga son los responsables del deterioro.

Esta enfermedad, es la más frecuente dentro del campo de la cardiología, teniendo más preponderancia conforme aumenta la edad, en realidad se trata de un síndrome en el que se altera la función ventricular por diversas enfermedades cardiológicas o no.

La cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, son dos enfermedades que con mayor frecuencia acaban desencadenando en una insuficiencia cardíaca congestiva. “Producida por aumento de la presión venosa, con ingurgitación venosa pulmonar y sistémica con edema y hepatoesplenomegalias, por deficiencia ventricular derecha, con presencia de disnea, elevación de la presión venosa central, tiempo circulatorio prolongado, edema periférico y disminución de la capacidad vital” (15)

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad del corazón que se puede manifestar de diversas formas, cada una con sus propias características diferenciales. Por ello, cuando a una persona se le diagnostica insuficiencia cardíaca congestiva, el término

deberá ir siempre acompañado de un “*apellido,*” que indica el tipo concreto de insuficiencia cardíaca que padece el paciente. Así, se puede hablar de insuficiencia cardíaca izquierda, insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia cardíaca sistólica, insuficiencia cardíaca diastólica, insuficiencia cardíaca crónica o insuficiencia cardíaca aguda, entre otras. Los pacientes pueden tener a la vez más de uno de estos distintos tipos de insuficiencia cardíaca.

2.3.1.1. Insuficiencia cardíaca izquierda.

La parte izquierda del corazón (el ventrículo izquierdo), es el que ha sufrido algún daño y por eso la insuficiencia cardíaca se denomina “izquierda”. La insuficiencia cardíaca izquierda es la forma más frecuente de insuficiencia cardíaca. Sus causas más habituales son la enfermedad de las arterias coronarias y la hipertensión arterial, entre otras muchas. La enfermedad de las arterias coronarias (que son las arterias que llevan la sangre arterial oxigenada al músculo cardíaco) puede manifestarse de diferentes formas: cardiopatía isquémica (es un término general que indica que el flujo de sangre que le llega al corazón es insuficiente), angina de pecho (dolor del corazón porque no le llega suficiente sangre) e infarto de miocardio (muerte de una parte del corazón).

Si el ventrículo izquierdo, no bombea bien la sangre ésta se acumula en los pulmones, produciendo en el paciente una sensación de ahogo, respiración trabajosa; este es el síntoma más frecuente de la insuficiencia cardíaca y se denomina “disnea” (1)

2.3.1.2. Insuficiencia cardíaca derecha.

En este caso, la parte del corazón que está dañada y que produce la insuficiencia cardíaca es la derecha (ventrículo derecho). Es menos frecuente que la insuficiencia cardíaca izquierda, como el corazón derecho no bombea bien la sangre, ésta se acumula en las venas del cuerpo, y de allí se filtra en ocasiones hacia la piel. Por ello el hígado aumenta de tamaño (lo que se denomina “*hepatomegalia*”, pues tiene muchas venas en su interior), las venas del cuello se hacen más prominentes (por eso el médico le mira el cuello, para ver si las venas están hinchadas), y las piernas se hinchan (al presionar con

el dedo en la pierna la piel se hunde y deja una marca, lo que se conoce como “edemas” en las piernas).

La insuficiencia cardiaca derecha, puede estar producida por un daño directo del ventrículo derecho (por ejemplo, si se produce un infarto de miocardio en este ventrículo), o más frecuentemente por la presencia de hipertensión pulmonar.

Por ello, **la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca derecha es que el paciente tuviera previamente insuficiencia cardíaca izquierda**, ya que con el tiempo puede desarrollar hipertensión pulmonar y después insuficiencia cardíaca derecha. Los pacientes que tienen a la vez insuficiencia cardíaca derecha e izquierda se dice que padecen **insuficiencia cardíaca congestiva**.

Al hacer un estudio clínico de un enfermo con insuficiencia cardíaca, hay que valorar en primer lugar, si el fallo de la función ventricular ocurre durante la sístole cardíaca por alteración de la función contráctil del músculo cardíaco, o durante la diástole, por una dificultad del ventrículo para llenarse adecuadamente. La adecuada valoración de estos enfermos, requiere la realización de un análisis de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y un eco-cardiograma como pruebas básicas.

La disnea, o sensación subjetiva de falta de aire por el paciente, es el síntoma principal de esta enfermedad. Al principio esta dificultad para respirar sólo se observa en relación a grandes esfuerzos, pero en fases posteriores va desarrollándose con la realización de pequeñas actividades cotidianas o incluso en reposo.

Otros síntomas característicos son la ortopnea, que es una disnea que aparece cuando el paciente reposa; la disnea paroxística nocturna, que es una forma de ortopnea que aparece por la noche; y la tos de carácter irritativo. Las manifestaciones clínicas van a variar dentro de un amplio espectro de posibilidades, desde aquella situación de agotamiento absoluto, de la reserva cardíaca (shock cardiogénico) a tan sólo descompensación durante el ejercicio, junto con signos menores de adaptación, como

dilatación o hipertrofia cardíaca. La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), es combinación del fallo del corazón derecho y corazón izquierdo.

2.3.1.3 ¿Qué es la hipertensión pulmonar?

El ventrículo derecho, manda la sangre pobre en oxígeno hacia la arteria pulmonar y de ahí a los pulmones para que la sangre se pueda oxigenar, si la arteria pulmonar y las arterias más pequeñas que salen de ella tienen mucha presión (hipertensión pulmonar), el ventrículo derecho tiene que contraerse con mucha fuerza, para lograr que la sangre circule por estas arterias.

La hipertensión pulmonar puede tener muchas causas: las enfermedades de las válvulas cardíacas, una embolia pulmonar previa y las enfermedades pulmonares, entre otras. La causa más frecuente de la hipertensión pulmonar, es la insuficiencia cardíaca izquierda, si el ventrículo izquierdo no bombea bien la sangre ésta se acumula en los pulmones y en la arteria pulmonar, donde aumenta la presión de la sangre, y esta presión elevada acaba dañando al ventrículo derecho.

2.3.2. FISIOPATOLOGÍA.

“La insuficiencia cardíaca congestiva es una alteración “multisistémica”, que no solo afecta al corazón, órgano protagonista del síndrome, sino que compromete casi simultáneamente al sistema vascular, la función renal y los sistemas nerviosos autonómicos, músculo esquelético y neuro-endocrino” (5)

La fisiopatología del corazón puede ser tan simple o compleja, depende como se quiera introducir en el estudio. Clásicamente el corazón, es semejante a una bomba de perfusión que debe responder a las diferentes demandas que el organismo tenga en cada momento. Por ello un corazón, fisiológicamente normal, puede ser insuficiente en el caso de que exista una gran demanda de actividad.

La patofisiología cardiovascular, tiene dos grandes vertientes: la hipotensión y la hipertensión. En el caso de la hipotensión, ésta puede ser debida al "fallo de bomba" y en caso de hipertensión, puede ser por fallo de bomba y complicaciones cardíacas.

El corazón, como toda bomba debe tener una estructura capaz de cumplir su función. Para ello precisa del aporte de energía, que necesariamente se consume con la realización de cualquier trabajo, para que esta energía se convierta en trabajo debe existir un sustrato mecánico que sea capaz de "quemar" la glucosa, mediante el oxígeno y mantener la homeostasis de sus unidades básicas, mediante mecanismos iónicos eléctricos. (12)

El gasto cardíaco (G.C), es el producto de la frecuencia cardíaca por el volumen de sangre expulsada por el corazón en cada latido. Posee mecanismos que le permiten suplir el aumento de las demandas de oxígeno del cuerpo. Estos mecanismos dan como resultado una elevación (G.C), gracias a un aumento de la frecuencia cardíaca (F.C). y del volumen de eyección. Esto sucede por un aumento de las catecolaminas circulantes, las cuales tienen una acción inotrópica y cronotrópica positiva, un aumento en el retorno venoso por venoconstricción y una dilatación arteriolar, lo cual facilita el trabajo cardíaco cuando las demandas metabólicas vuelven a su estado normal.

Estos mecanismos de ajuste, también van disminuyendo cuando el corazón tiene que responder a las necesidades metabólicas, en presencia de factores que limitan su eficiencia, se inicia una cadena de fenómenos durante la cual se activan los llamados mecanismos de compensación, con el fin de mantener el gasto cardíaco (G.C). El corazón ante una sobrecarga crónica de volumen, responde con una dilatación de la cavidad ventricular afectada, para aceptar el volumen diastólico aumentado. Esta dilatación conlleva a una hipertrofia excéntrica, lo cual favorece un engrosamiento de la pared, la hipertrofia con el aumento de la precarga produce una redistribución de las fibras musculares, las cuales tienden a organizarse permitiendo de esta forma la dilatación de la cavidad, a medida que se dilata es necesario el acortamiento de las fibras musculares, para cuando las demandas metabólicas vuelven a su estado normal.

Estos mecanismos de ajuste también se disminuyen, cuando el corazón tiene que responder a las necesidades metabólicas, en presencia de factores que limitan su eficiencia, se inicia una cadena de fenómenos durante la cual se activan los llamados mecanismos de compensación, con el fin de mantener el G. C. y por otro lado el estiramiento de las fibras miocárdicas, por la dilatación de la cavidad y pondrá en funcionamiento la pared del miocardio.

Según la ley de Frank-Starling, un incremento de la longitud en reposo de la fibra miocárdica va a dar lugar a un aumento, tanto en la fuerza de contracción como en la capacidad de acortamiento del músculo cardíaco. Estos cambios van unidos a un aumento en la tensión de la pared y del volumen expulsado en cada latido, mejorando el gasto de una forma puramente mecánica. En la clínica, la precarga se mide por la presión telediastólica ventricular o la presión de aurículas y en la práctica, por la presión venosa central o la presión capilar pulmonar.

El aumento o disminución de la postcarga, supone también otra forma mecánica de disminuir o aumentar el gasto cardíaco respectivamente, la postcarga se ha relacionado con el estrés sobre la pared del ventrículo en el momento en que tiene lugar la contracción y es función de la presión intraventricular, del diámetro del ventrículo y del grosor de la pared, pero al cambiar continuamente durante la sístole, no es un parámetro de utilidad en la clínica y es la presión aórtica la que se emplea como una aproximación a la postcarga, aunque sólo describe parcialmente la resistencia a la eyección, por ser a su vez el producto de la resistencia vascular periférica y del gasto cardíaco.

De una forma práctica, se puede estimar clínicamente el efecto de una droga que reduce la postcarga sobre el gasto cardíaco, mediante la observación de la presión arterial, frecuencia cardíaca y perfusión periférica. Una mejoría en la perfusión, con presión relativamente constante y sin aumento significativo de la frecuencia cardíaca, habla a favor de un aumento del gasto cardíaco inducido por la disminución de la postcarga. (25)

El estado inotrópico o contráctil del corazón, viene determinado por el nivel e intensidad de actividad miocárdica, que depende a su vez de la cantidad de proteínas contráctiles, de la actividad ATPasa y de la cantidad de calcio disponible en el sarcómero. Es independiente de las condiciones de precarga y postcarga, es difícil medir a través de la clínica, la medida de la relación lineal, entre volumen y presión telediastólicos ventriculares, mediante ecocardiografía y técnicas de radioisótopos, podrían ser buenos índices de contractilidad, al ser relativamente independientes de la pre y postcarga.

La frecuencia de la contracción cardíaca, repercute en el rendimiento al aumentar y disminuir la cantidad de trabajo que realiza el corazón por unidad de tiempo. La reserva de frecuencia cardíaca, también está limitada al ser en condiciones normales y elevadas, porque el aumento se realiza a expensas del acortamiento diastólico, lo que disminuye el tiempo de perfusión del miocardio, o a la vez que aumenta los requerimientos energéticos y la demanda de oxígeno. A estas diferencias, se suman la escasa capacidad de poder aumentar, la contractilidad por medios farmacológicos y un sistema nervioso adrenérgico subdesarrollado, que limita su respuesta en caso de estrés fatal.

También se puede indicar, que la “Insuficiencia cardíaca, es el termino que se utiliza para definir el síndrome clínico que engloba las situaciones en las que el corazón es incapaz de bombear suficiente cantidad de sangre para subvenir a las necesidades metabólicas del organismo”. (2)

2.3.3. MECANISMO DE COMPENSACIÓN.

“Son mecanismos de respuesta para compensar la insuficiencia cardíaca congestiva, siendo una respuesta de emergencia inicial el “estado exitatorio” previo a la acción, causado por la liberación de adrenalina y noradrenalina desde la glándula suprarrenal a la circulación sanguínea, estas dos sustancias son defensas principales contra cualquier estrés repentino”. (22)

De los diversos fenómenos fisiopatológicos que intervienen en la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), cabe destacar dos:

1- Los relacionados con las vías neurohormonales que incluyen:

- El sistema renina angiotensina
- El sistema nervioso simpático
- El sistema de la endotelina.

2- La formación de especies reactivas del oxígeno o radicales libres.

Estos dos mecanismos, determinan la activación de una familia de factores de transcripción que se hallan involucrados en el remodelado cardíaco, proceso que hoy es considerado un elemento fundamental en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca.

2.3.3.1. Receptores y neurotransmisores.

Se esquematizan en la membrana del miocito, tres receptores neurohumorales que participan en las respuestas inotrópicas y de hipertrofia miocárdica. En primer lugar se encuentran los receptores beta que se dividen en: beta 1 que se acoplan preferentemente al neurotransmisor norepinefrina, y beta 2 menos numerosos y poseen mayor afinidad por la epinefrina. Estos receptores se acoplan en su otro extremo o extremo intracelular con una misma enzima efectora; la adenilciclase y el sistema de la proteína G.

Al acoplarse con el neurotransmisor, estos receptores sufren un cambio espacial que estimula la proteína G, con desplazamientos del GTP y GDP y activan la adenilciclase. La adenilciclase a su vez cataliza la formación de AMPc a expensas de un consumo de ATP. El AMPc activa a la enzima proteinquinasa, la cual estimula tres blancos: 1) canales del calcio (ingreso de calcio); 2) troponina (contracción); y 3) ADN (expresión genética con síntesis proteica (14)

2.3.4. ETIOLOGÍA.

En la etiología, se puede mencionar los siguientes factores que condicionan a desarrollar la insuficiencia cardíaca congestiva:

1. Sexo.
2. Raza.
3. Edad avanzada.
4. Embarazo.
5. Arteriosclerosis coronaria.
6. Hipertensión sistémica o pulmonar.
7. La fiebre reumática.
8. Cor pulmonar.
9. Pericarditis constrictiva.
10. Estenosis de válvulas.
11. Hipertiroidismo.
12. Enfermedad de las válvulas del corazón.
13. Enfermedades cardíacas congénitas.
14. Cardiomiopatía dilatada.
15. Enfermedad pulmonar.
16. Tumor cardíaco.
17. Hipertensión arterial.

La insuficiencia cardíaca se vuelve más común con el aumento de la edad, de la misma manera se está en mayor riesgo de adquirirla, si la persona tiene sobrepeso, diabetes, es fumadora, consume alcohol o cocaína. (25)

2.3.5. CLÍNICA.

❖ Signos y síntomas.

- Aumento de peso.
- Inflamación de los pies y los tobillos.
- Inflamación del abdomen.

- Ingurgitación yugular.(Venas del cuello pronunciadas)
- Anorexia (Pérdida del apetito, indigestión).
- Emesis (Náuseas y vómitos).
- Disnea (Dificultad respiratoria con la actividad o después de acostarse por un momento)
- Insomnio (Dificultad para dormir)
- Fatiga, debilidad, desmayos.
- Taquicardia, Sensación táctil de los latidos cardíacos (palpitaciones).
- Arritmia (Pulso irregular)
- Disminución del estado de alerta o de la concentración.
- Tos (hemoptisis.).
- Oliguria (Disminución de la producción de orina).
- Nicturia (Necesidad de orinar en la noche).
- Disnea en reposo o con esfuerzo.
- Taquipnea.
- Estertores Pulmonares.
- Derrame pleural.
- Elevación de la presión yugular venosa.
- Hepatomegalia.
- Edema de los miembros inferiores.
- Cardiomegalia.
- Edema agudo de pulmón.
- Ritmo de galope (3° y 4° ruido).
- Cianosis, sudoración diaforesis (Aspecto piel)
- “En algunas personas, la insuficiencia cardiaca es asintomática, en cuyo caso los síntomas se pueden desarrollar sólo con estas condiciones.
- Infecciones con fiebre alta.
- Anemia.
- Ritmo cardíaco anormal (arritmias)
- Hipertiroidismo.
- Enfermedad renal” (1).

2.3.6. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Los objetivos del tratamiento deben ser:

- a) Eliminar o disminuir la causa y/o situación que condujo a la I.C.C.
- b) Reducir el esfuerzo cardíaco, disminuyendo el volumen diastólico y la presión de la sangre para salir del corazón, para lo cual están indicados los siguientes medicamentos: Vasodilatadores venosos, Vasodilatadores arteriolares, Diuréticos e Inhibidores de la Enzima, Convertidor de potasio.

TABLA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO			
Medicación	Nivel de evidencia-Indicación	Fármaco/dosis inicio	Dosis máxima
Diuréticos	- NYHA II con signos/síntomas de congestión	<u>Clortalidona</u> 50-100 mg/24-48h	100 mg/día
		<u>Furosemida</u> 20-40 mg/día	80 mg/día
		<u>Torasemida</u> 10-20 mg/día	40 mg/día
Anti aldosterónicos	- NYHA Clase III- IV -IC post IAM	<u>Espironolactona</u> 12,5 mg/día	25 mg/día
		<u>Eplerenona</u> 25 mg/día	50 mg/día
IECA	- Todos los pacientes excepto contraindicación	<u>Enalapril</u> 2,5 mg/día	20 mg/día
		<u>Captopril</u> 6,25-12,5 mg/8-12h	50 mg/ 8 horas
		<u>Fosinopril</u> 10 mg/24h	40 mg/día
		<u>Lisinopril</u> 2,5 mg/24h	40 mg/día
		<u>Perindopril</u> 2 mg/día	4 mg/día
		<u>Quinapril</u> 5 mg/24h	20 mg 2 veces al día
		<u>Ramipril</u> 1,25-2,5 mg/12 (IC leve-moderada), 1,25 mg/24h (IC grave)	10 mg/día (IC leve-moderada), 5 mg/día (IC grave)
		<u>Trandolapril</u> 0,5 mg/24h	4 mg/día

ARA II	- Pacientes con intolerancia a IECA - Asociados a IECA en pacientes con síntomas refractarios	<u>Candesartan</u> 4-8 mg/día	32 mg/día
		<u>Valsartan</u> 40 mg/12h	320 mg/día
		<u>Losartan</u> 12,5 mg/24h	50-100 mg/día
Hidralacina/ Dinitrato de Isosorbide	- Pacientes intolerantes a IECA o ARA II - Pacientes sintomáticos a pesar de IECA/ ARA, β -bloqueante y antialdosterónico	<u>Hidralazina</u> 25 mg/6h	75 mg/6h
		<u>Dinitrato de Isosorbide</u> : 40-60 mg/12h	
β-Bloqueadores	- Todos los pacientes estables excepto contraindicación	<u>Carvedilol</u> 3,125 mg/12h	25-50 mg/12h (según peso)
		<u>Bisoprolol</u> 1,25 mg/24h	10 mg/24h
		<u>Nebivolol</u> 1.25mg/24h	10 mg/24h
Digoxina	- NYHA Clase III-IV y mantener si baja a II. - Fibrilación auricular - Ventriculo dilatado y tercer tono	<u>Digoxina</u> 0,125- 0,25 mg/día Ajustar según función renal.	

Tabla 3. Fármaco indicado según grado NYHA				
NYHA I	NYHA II	NYHA II-IV	Refractaria	Terminal
	Diuréticos	Diuréticos	Mantener medicación	Mantener medicación
		<u>Espironolactona</u> / <u>Eplenerona</u>		
	<u>Digoxina</u>	<u>Digoxina</u>		
<u>IECAS/ARA II</u>	<u>IECAS/ARA II</u>	<u>IECAS</u> y/o <u>ARA II</u>		
<u>β-Bloqueante</u>	<u>β-Bloqueante</u>	<u>β-Bloqueante</u>	Valorar TC/ alternativas	Tratamiento paliativo

(1) Fuente: The New York Heart Association (NYHA)

2.3.7. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

El diagnóstico de Enfermería proporciona mecanismos únicos para estructurar, los conocimientos de enfermería en un intento, de definir su rol y ámbito particular permiten definir a la enfermería y sus funciones, ello comenzó con los escritos de Nightingale, quien describió el propósito de la enfermería como el de “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

El Proceso de Atención de Enfermería, es el método por el que se aplica la base teórica del ejercicio de la especialidad; sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones. Proporciona las bases para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos. El diagnóstico de enfermería puede proporcionar una solución, porque sirve para definir la enfermería en su estado actual, clasificar el ámbito de la enfermería y diferenciar esta especialidad de la medicina.

El Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre individuos, familia y comunidad, responsable para actuar sobre los problemas potenciales y reales, los diagnósticos proporcionan la base de intervención de enfermería para alcanzar resultados. En la actualidad la enfermera utiliza el Proceso de Enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería, que reduzcan y eliminen o prevengan (promoción de salud) las alteraciones de salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermera.

La identificación de los diagnósticos de enfermería, con el paso del tiempo y el estudio en profundidad de las nuevas tendencias, concretamente en este caso de la taxonomía diagnóstica de la NANDA, el personal de enfermería a pesar de su nivel de competencia y desempeño, ha necesitado de la formación continuada a cerca de lo planteado, por lo que, este problema necesita de fundamentos teóricos para su

comprensión y permitir una mejor identificación en cada individuo, familia o comunidad. (8)

2.3.8. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Es importante determinar la intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, teniendo en cuenta no solamente su estilo de vida, su estado físico y el tratamiento médico que recibe, sino también su edad, el trabajo que desempeña, la personalidad, la situación familiar, la motivación, el deseo de cooperar con el tratamiento y la respuesta a éste. Dentro de esta intervención es de resaltar la importancia que tiene la educación que el profesional de Enfermería brinda no sólo al paciente sino también a su familia y a las personas que están en su entorno (9)

En Manabí, el problema de Salud Pública más importante es la ICC, constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización en personas mayores de 40 años de edad. La alta morbilidad que ocasiona la insuficiencia cardíaca, más específicamente el edema agudo de pulmón (EAP). Justifica este protocolo en el sentido patológico, origina unos signos y síntomas que limitan la actividad cotidiana de las personas que lo padecen. Teniendo en cuenta la fisiopatología por medios de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Es importante resaltar, la intervención de enfermería, en este tipo de pacientes, para planificar la atención y determinar la responsabilidad del paciente y la familia.

Un ECG es uno de los procedimientos más rápidos y sencillos que se utilizan para evaluar el corazón. Un técnico de ECG, una enfermera o un médico le pondrán realizar colocando electrodos diferentes (pequeños parches de plástico) en lugares específicos del pecho, los brazos y las piernas. Le colocarán seis electrodos en el pecho y un electrodo en cada brazo y en cada pierna. Los electrodos son autoadhesivos y se pegan a la piel. Tendrá que estar acostado o tendido en una camilla, y las derivaciones (cables) se conectarán a los electrodos. (9)

Es importante que la Lcda. en Enfermería logre “Controlar los fármacos administrados por vía intravenosa, (bomba de perfusión). Se evitara administrar otros fármacos por la vía que se administra fármacos vasoactivos. Manteniendo una hemodinámica para controlando la presión arterial, frecuencia cardiaca, diuresis la presión venosa central y el gasto cardíaco comprobando la efectividad del tratamiento.”(4)

2.3.9. PROCESO DE ENFERMERÍA.

¿Qué es el proceso enfermero y por qué hay que aprenderlo?

El proceso de atención de enfermería ,es un método científico para brindar cuidado de enfermería a personas sanas o enfermas, acorde con sus necesidades o problemas, además es una herramienta que permite garantizar la calidad del cuidado, definir el ejercicio profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Hay que tener en cuenta que para llevar a cabo el proceso de atención los profesionales de enfermería deben tener una serie de capacidades como: capacidad técnica, capacidad intelectual y capacidad de relación, es importante conocer dichas capacidades para cumplirlas de manera satisfactoria, en donde el sujeto de cuidado sea visto en forma holística (21)

El proceso enfermero consta de cinco pasos: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación**, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en objetivos eficaces (resultados). También impulsa a las enfermeras/os a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

2.3.9.1. Objetivo

- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

2.3.9.2. Organización

Se organiza en cinco fases:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación.

Beneficios del proceso enfermero.

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)

Ayuda a que:

- Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados. **(24)**

2.3.9.3. El proceso enfermero:

- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo, la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.
- Considera principalmente, como se ven afectadas las personas, por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas).
- Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.
- Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo.
- Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos. (24)

2.3.10. EJECUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

2.3.10.1. Actividades.

- Evaluar y diagnosticar.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería.
- Suministrar al Paciente O₂ bajo cánula o mascarilla 3 Lt X´
- Controlar signos vitales.
- Controlar peso.
- Canalizar vía periférica.
- Monitorización permanente del paciente.
- Toma de EKG.
- Control de T/A.
- Vigilar edema en miembros inferiores.
- Vigilar ingurgitación yugular.
- Vigilar inflamación del abdomen.
- Control de ingesta y eliminación (balance hídrico.)

- Aspirar secreciones en caso de necesidad.
- Tomar muestra para exámenes de laboratorio.
- Administrar los medicamentos según prescripción médica.
- Proporcionar medidas de confort al paciente.
- Dar apoyo psicológico y espiritual al paciente y familia.
- Vigilar en la dieta del paciente.
- Velar por el bienestar y recuperación del paciente.
- Velar por la higiene e integridad de la piel del paciente.
- Educar al paciente y familia sobre los hábitos de alimentación y ejercicios.
- Ayudar al médico en procedimientos especiales.
- Proporcionarle confianza y seguridad al paciente.
- Vigilar que el ambiente del paciente este cómodo libre de ruidos.
- Proporcional atención de calidad y calidez.
- Bajar fiebre por medios físicos en caso de hipertermia.
- La primera hora precisa vigilancia estrecha de enfermería

“La profesional de enfermería, debe estar preparada para manejar Shock Cardíaco auscultando sonidos pulmonares para ver si hay crepitación u otros sonidos adventicios. Anotar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco. Favorecer una precarga óptima para mejorar la contractilidad, a la vez que minimizar la insuficiencia cardíaca, administrar nitroglicerina y mantener la presión capilar/arterial dentro del margen prescrito.”(25)

2.3.11. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

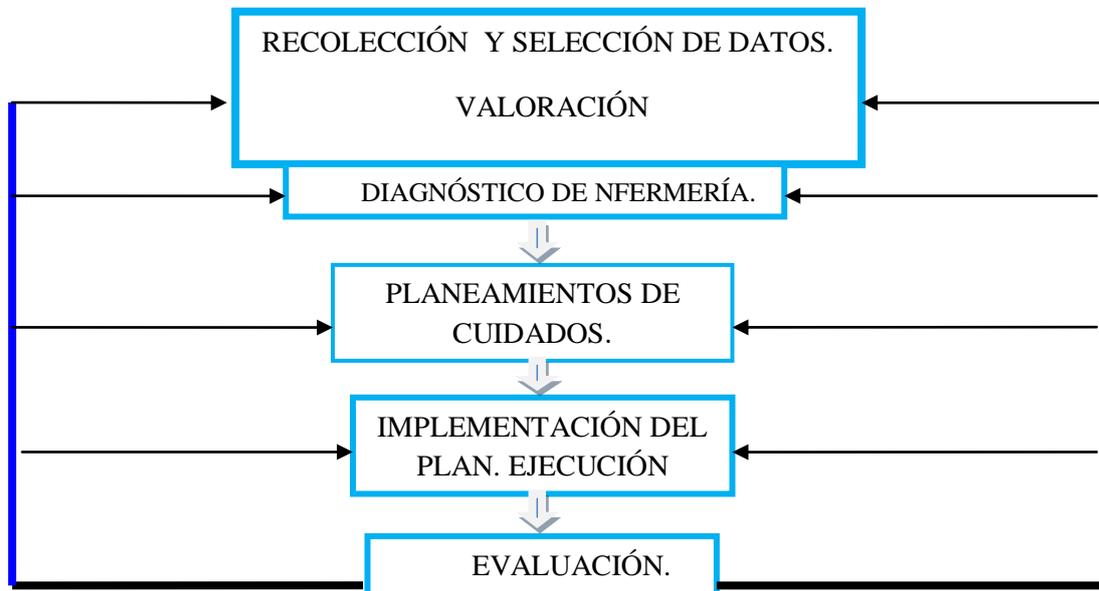


Diagrama de atención de enfermería. (25)

2.3.12. EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PACIENTES CON ICC.

Acciones encaminadas a corregir y/o eliminar los hábitos nocivos que se detectan, por medio de consejos de salud charlas educativas, trípticos, etc.

- Dejar de fumar el cigarrillo.
- Bajar de peso y comenzar un programa de ejercicios.
- Comer menos grasas para reducir el nivel de colesterol.
- Comer varias comidas livianas en lugar de pocas y abundantes.
- No hacer esfuerzos después de comer.
- No salir en días muy fríos, y si hay que hacerlo, abrigarse bien.
- Velar por el bienestar y recuperación del paciente.
- Reducir el estrés.
- Velar por el bienestar y recuperación del paciente.(24)

2.3.13. EVALUACIÓN Y ATENCIÓN EFICAZ DE ENFERMERÍA

2.3.13.1 Alteraciones y complicaciones. Educación, atención oportuna y eficaz de enfermería.

🚩 Complicaciones.

- 1.** Vasoconstricción y disminución del aporte sanguíneo, manifestado por piel fría, pálida, lechos ungueales cianóticos, llenado capilar disminuido. Puede manifestar calor.
- 2.** Edema postural y periférico: Se presenta como consecuencia de la retención de líquidos, importante valorar la presencia de fóvea y el área de extensión.
- 3.** Pulsos periféricos disminuidos: depende del grado de insuficiencia ventricular, el latido apical desplazado indica dilatación o crecimiento del ventrículo.
- 4.** Ritmo y ruidos cardíacos: se debe valorar la frecuencia cardíaca la cual puede aumentar con ejercicios mínimos, pueden aparecer extrasístoles ocasionales que van aumentando con la insuficiencia. Hay presencia de un ruido anormal que produce el ritmo de galope (como corre un caballo).
- 5.** A nivel pulmonar, hay presencia de estertores en los ápices y alteración del intercambio gaseoso.
- 6.** A nivel renal, se debe buscar disminución, de la producción de orina con características particulares oscura y concentrada.
- 7.** Neurológicamente el paciente es normal. sin embargo puede alterarse la memoria, la concentración o puede haber depresión, angustia por la fatiga y la falta de tolerancia al ejercicio. Dentro de los problemas reales y/o potenciales

más frecuentes que la enfermera identifica en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) están los siguientes:

2.3.13.2 Alteración de la actividad y ejercicio disminuye, el aporte de O2 y nutrientes a los tejidos.

Se puede evaluar la gravedad de la insuficiencia cardíaca, valorando la tolerancia al ejercicio, la disnea que aparece subiendo las escaleras en un paciente previamente sedentario, podría reflejar una falta de entrenamiento. Pero cuando la falta de aire aparece mientras se realiza una actividad de rutina representa intolerancia al ejercicio.

La fatiga que es una queja habitual, se debe normalmente a la inadecuada perfusión de la musculatura esquelética debido al descenso del gasto cardíaco. Las actividades de enfermería además de incluir procesos educativos sobre la importancia de permanecer activo sin agotarse pueden ser:

- a. Mantener una actividad física regular:** estimular al paciente, a participar en actividades físicas o a hacer un ejercicio regular como caminar, ayudarle a planear actividades que le agraden, a tener en cuenta sus limitaciones y sus intereses anteriores.
- b. Reconocer las limitaciones a la actividad:** estimular al paciente a descansar en cuanto empiece a cansarse, la disnea y el cansancio de las piernas son síntomas habituales de deterioro de la reserva del corazón. Recordarle que esforzarse un día significa sentirse muy cansado al día siguiente.
- c. Conservar energía:** ayudarle a comprender, que si organiza sus actividades podrá aguantar más tiempo. El paciente manifiesta sentirse más cansado por la tarde, entonces puede programar las actividades que requieran de esfuerzo físico por la mañana. Además es importante enseñarle a delegar actividades a familiares y amigos.

- d. Evaluación:** está enfocada a verificar si se incrementó el aporte de O₂ en los tejidos y si no continuó alterándose la actividad física.

2.3.13.3. Alteración de la nutrición disminución de la ingesta por restricciones dietéticas.

Es importante identificar los gustos por los alimentos, en cuanto a la sal y a los enlatados y conservas que son ricos en sodio. Interrogarle para saber si presenta distensión abdominal que pudiera deberse a una disminución de la irrigación, a nivel del sistema gastrointestinal o a congestión vascular. Enseñarle al paciente a:

a.- Limitar la ingesta de sal.- una dieta con 2 gr. de sal sigue siendo fundamental para el control de la insuficiencia cardíaca.

- Enseñarle la concentración de sal que contienen los alimentos preparados en los restaurantes.
- En caso de que esté con sobrepeso motivarlo a adelgazar para evitar un esfuerzo adicional al corazón.

b. Mantener una nutrición adecuada.- algunos pacientes que pierden peso, por el uso de diuréticos, no se atreven a volver a comer por miedo a volver a engordar y forzar sus corazones. Es necesario explicarlo que la retención de líquidos está relacionada con el contenido de sodio en los alimentos no con la cantidad de líquidos consumidos.

c. Estimularlo a comer: con frecuencia en pequeñas cantidades, las comidas pequeñas son menos fatigosas y no le dejarán una sensación de abotargamiento, además necesita menos sangre para la digestión y así disminuye el esfuerzo cardíaco. En caso de que no sea así, es importante administrar oxígeno durante el período en que esté recibiendo la alimentación para aumentar el aporte de éste al corazón.

- d. Evaluación.-** es importante identificar los cambios en el estado nutricional del paciente, y con base en ellos evaluar las actividades planeadas y requeridas por este.

2.3.13.4 Alteraciones del patrón del sueño, sensación de ahogo

Muchos pacientes crónicos consideran la noche como la peor parte del día. La nicturia, la ortópnea y la disnea paroxística nocturna pueden hacer que la hora de dormir sea cualquier cosa menos período de descanso. A algunos pacientes, les da miedo dormirse por miedo a no volver a despertarse, o hacerlo con angustia, se debe explicar la razón por la cual se presenta esta sensación de ahogo. La nicturia está relacionada con el tratamiento farmacológico, hay medicamentos que aumentan la producción de orina como los IECA y el diurético, pero se debe descartar que haya una infección urinaria o cualquier otro patología.

La ortópnea aparece recién se ha acostado; el paciente para sentirse cómodo coloca almohadas. Para evaluar la gravedad observe, el número de almohadas que el paciente utilice, muchos pacientes pasan toda la noche sentados. Para disminuir estos problemas enséñele al paciente lo siguiente:

- Como controlar la pauta de la toma de diuréticos, para reducir las interrupciones del sueño. Si lo toma dos veces por día enséñele a tomarse la 2a. dosis al final de la tarde.
- Como elevar la cabecera de la cama. A veces el uso de bloques resulta más eficaz que las almohadas. Además las piernas quedan en un nivel más bajo respecto al corazón, reduciendo el volumen diastólico.
- Recomendar una silla reclinable.
- Técnicas de relajación.

- La meditación, escuchar música suave, la visualización o la oración pueden ayudar a la disminución de la ansiedad.

- Si el dormir sigue siendo un problema a pesar de estas técnicas, recomendarle consultar al médico, quien probablemente le formule un fármaco ansiolítico.

2.3.13.5. Aspectos psicosociales:

Es posible que el paciente por inmovilización dolor, temor, no comprenda lo suficiente sobre su estado. Por esta razón es importante, valorar hasta qué punto comprende su estado. Enseñarle a prevenir y reconocer los síntomas de la insuficiencia cardíaca:

- Cualquier incremento o sensación de ahogo o fatiga.
- Aumento de peso en forma brusca. Enséñele a pesarse diariamente.
- Edema en las piernas que no desaparece al elevarlas.
- Sensación de llenura o abdomen abotargado continuamente.
- Palpitaciones o latidos cardíacos rápidos.
- Síntomas de enfriamiento.

Simplificar su tratamiento farmacológico para reducir los problemas, ayudarle a elaborar un horario para la toma de los medicamentos, es importante enseñarle los signos y síntomas de intoxicación digitalica (enlentecimiento de la frecuencia cardíaca, desmayo, dolor de cabeza, inquietud, pérdida del apetito, alteraciones visuales).

Se debe explicarle que, para el cambio de posición debe hacerlo en forma lenta para evitar el mareo. Ayudarle a enfrentar los cambios en el estilo de vida, es probable que se sienta con depresión y con tristeza por sus cambios corporales, por las modificaciones que debe realizar en su rol familiar y social o a los cambios económicos que deba enfrentar.

Ayudarle a fijar objetivos realistas, estimularlo a participar en decisiones sobre los cuidados de salud; permitirle que exprese su ira y frustración.

“Dietoterapia: Consiste en el aporte de alimento al corazón, para que desarrolle el mínimo esfuerzo y trabajo muscular, al tiempo que el estado nutricional, se conserva dentro de límites satisfactorios.

La dieta es hipocalórica, ya que el sobrepeso aumenta el trabajo del corazón se debe disminuir el consumo de alcohol, así como disminuir la ingestión de sal en pacientes con ICC, leve. Se debe controlar estrictamente la sal, aunque se utilicen diuréticos no exceder de 10 gramos diarios, suprimir el hábito de fumar, la nicotina aumenta la frecuencia cardíaca y por ende el consumo de O₂ y monóxido de carbono, produce hipoxia en los tejidos del miocardio

2.3.14. ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.

1. Tema.
2. Definición.
3. Objetivo.
4. Intervención de Enfermería.

2.3.15. ESTRUCTURA DE PROTOCOLO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA RIVERA ALICIA VALENCIA ESPAÑA.

1. Tema
2. Introducción.
3. Objetivo.
4. Cuidados de enfermería.
5. Recomendaciones.

2.4. DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVES.

EVALUACIÓN.- Prueba diagnóstica, Elaboración del instrumento, Calificación Retroalimentación.

ATENCIÓN.- Brindar tratamiento, Ayuda, Apoyo.

ENFERMERÍA.- Disciplina, Profesión, relacionada al Cuidado del Enfermo.

INSUFICIENCIA.- Escaso, Insuficiente, Agotado, Incapaz.

CARDÍACA.- Cardio, Endocardio, Miocardio, Pericardio.

CONGESTIVA.- Congestión, Obstrucción, Disminución.

PROTOCOLO.- Guía, Norma, Estructura, Descripción ordenada de un procedimiento

ACTUALIZADO.- Moderno, Optimo, El mejor, Aplicable.

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1. MATERIALES.

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

- El estudio se realizó en la emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

3.1.2. PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN.

- El período de la investigación fue desde 1 Mayo del 2010 al 30 de Abril de 2011.

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS.

3.1.3.1. Recursos humanos.

- La investigadora.
- Tutor.

3.1.3.2. Recursos físicos.

- Computadora marca HP Windows 2007.
- Impresora HP deskjet D 1500 serie.
- Tinta de impresora hp 22 color.
- Tinta de impresora hp 21 negra.
- Bolígrafos.
- CD
- Cámara fotográfica Sony.
- Flash Memory.
- Hojas de papel boom.

- Recolector clínico.
- Formularios de encuestas
- Libros, revistas, diccionario, etc.
- Carpetas.

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA.

3.1.4.1. Universo.

El universo son 68408 pacientes que acudieron a la Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 1 de Mayo del 2010 al 30 de abril del 2011.

3.1.4.2. Muestra.

Se tomaron 111 pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva ingresados en Unidad de Cuidados Inmediatos de Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, se aplicó la fórmula reductiva.

3.1.5. APLICACIÓN DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Formula reductora.

$$n = \frac{PQN}{(N-1) \frac{E^2}{K} + QP}$$

Interpretación.

n = Tamaño de la muestra.

N = Población.

PQ= Variación media de 0,25

E = Margen de error 5% (0,05)

K = Constante de Corrección. Para poblaciones medias 4

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptivo. Por la evaluación y análisis presente

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

No experimental.

Se realizó a través de análisis de Historias Clínicas en recolecto clínico en un periodo de un año, sustentados en un marco teórico amplio obtenido de investigación en revisión bibliográfica de libros y páginas de internet con fechas actualizadas del año 2005 hasta la actualidad.

4. RESULTADO ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

4.1. PREVALENCIA DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA, EN EL PERÍODO, 1 DE MAYO 2010 AL 30 DE ABRIL 2011.

Tabla N°- 4.1

Orden	Prevalencia de morbilidad en la emergencia H.R.Z 2010	1/05/2010 al	30/04/2011
		f	%
1	Insuficiencia respiratoria aguda	50958	74,49
2	EDA	7658	11,00
3	IVU	4352	6,36
4	Síndrome febril	1876	3,00
5	Hipertensión Arterial	937	1,36
6	Litiasis renal	1576	2,30
7	Diabetes Mellitus.	328	0,47
8	Traumatismo craneoencefálico	310	0,45
9	Evento cerebro vascular	253	0,36
10	Insuficiencia cardiaca congestiva.	160	0,23
	Total	68408	100,00

FUENTE: Departamento de estadísticas del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN De acuerdo a los datos proporcionados por el Dpto. de Estadísticas del Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, se determina que durante el periodo 1ro. Mayo 2010 al 30 de abril 2011 la insuficiencia cardíaca congestiva formó parte de las 10 primeras causas de morbilidad situándose en el decimo lugar con una prevalencia de 0,23% que corresponde a 160 pacientes. Se observa un 74,49% de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, este incremento es debido al brote mundial de la gripe AH1N1, la población por pánico acude masivamente a la emergencia con cualquier signo gripal y febril, por lo que hasta la actualidad, se ha visto la necesidad de incrementar lugares de triaje en donde se atiende a todas las personas que tienen síntomas gripales.

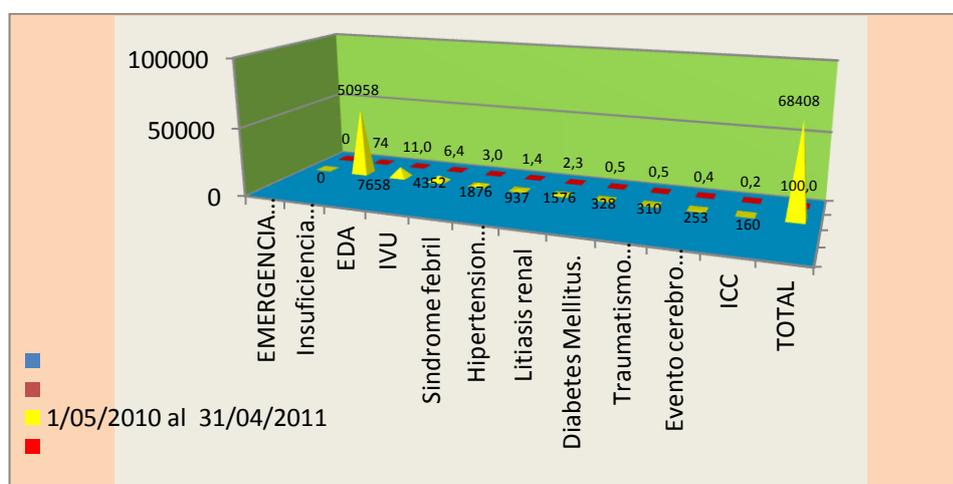


GRÁFICO N°-4.1. Prevalencia al año de morbilidad en el Hospital Rodríguez Zambrano 2010.

4.1.2. NÚMERO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE INGRESARON Y EGRESARON POR MES AÑO 2010 A LA EMERGENCIA DEL HRZ.

Tabla N° - 4.1.2

Orden	Ing y egre Meses	Ingresos		Egreso	
		f	%	f	%
1	Mayo	10	9	7	6,30
2	Junio	12	10,81	14	12,61
3	Julio	14	12,61	11	9,90
4	Agosto	10	9	10	9
5	Septiembre	10	9	13	11,71
6	Octubre	13	11,71	11	9,90
7	Noviembre	11	9,90	11	9,90
8	Diciembre	8	7,20	11	9,90
9	Enero	11	9,90	11	9,90
10	Febrero	11	9,90	11	9,90
11	Marzo	1	0,90	1	0,90
12	Abril	-	-	-	-
	Total	111	100	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según los datos obtenidos se puede constatar que en el mes de julio ingresaron 14 pacientes, dando un porcentaje de 12,61% seguido por 11,71% en octubre 10,81% en junio, los meses de mayo agosto, septiembre coinciden con un porcentaje de 9%; los meses de noviembre, enero, febrero presentan un porcentaje de 9,9%, diciembre con un 7,2%; marzo 0,9% en abril no se encuentra registro de ingresos y egreso de pacientes con ICC. Con lo que se refiere a los egresos de los pacientes con ICC se constata lo siguiente en junio egresaron un 12,61% seguido por el mes de septiembre con un 11,71% en los mese de julio, octubre, noviembre, diciembre, enero febrero 9,9% ; agosto 9% ; mayo 6,3%; marzo 0,9% Los ingresos y egresos de los pacientes con ICC, varía desde 1 día de hospitalización hasta un promedio de 1 mes y son pacientes que están ingresando y egresando frecuentemente, son pacientes crónicos, causando mayor gasto al Hospital y al Estado Ecuatoriano.

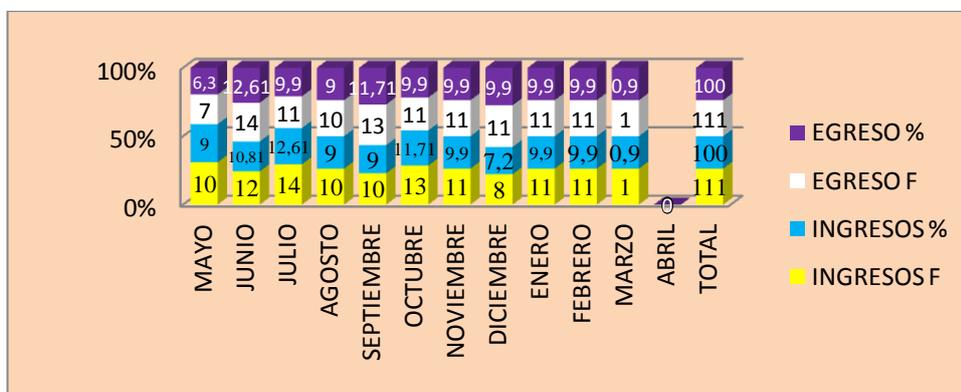


GRÁFICO. 4.1.2. Fecha de ingreso y egreso de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.1.3. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO A SEXO.

Tabla N°-4.1.3

Orden	Sexo	f	%
1	Femenino	55	49,54
2	Masculino	56	50,45
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según datos estadísticos, se observa que la insuficiencia cardíaca congestiva puede darse tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino sin distinción de género, destacándose el 50,45% en el sexo masculino y un 49,54% en el sexo femenino. Para llegar a la insuficiencia cardíaca congestiva hay muchos factores por lo que la mejor arma para no ser víctima de esta patología, es la prevención, hay que luchar contra este mal desde casa empezando con cada uno, porque no se está libre de esta patología, si no se cambia la conducta y ritmo de vida.

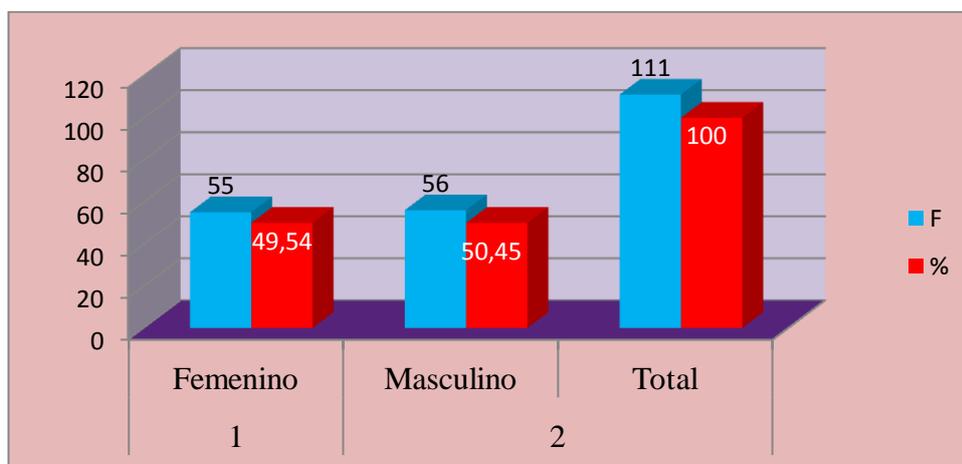


GRÁFICO N.- 4.1.3 Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo al sexo.

4.1.4. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO A EDAD.

Tabla N° - 4.1.4

Orden	Edad	f	%
1	20 - 40	6	5,40
2	41 - 60	35	31,53
3	61 y mas	70	63,06
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: las encuestas destacan que la insuficiencia cardíaca congestiva padecen pacientes entre la edad de 61 años y más, dando un porcentaje de 63,06% seguido con el 31,53% entre las edades de 41 a 60 años, mientras que el porcentaje declina entre las edades de 20 a 40 años, con un 5,40%. Se observa claramente que la Insuficiencia Cardíaca Congestiva no es únicamente una enfermedad de la tercera edad, si no que esta puede aparecer en jóvenes, si no lleva una vida sana y responsable.

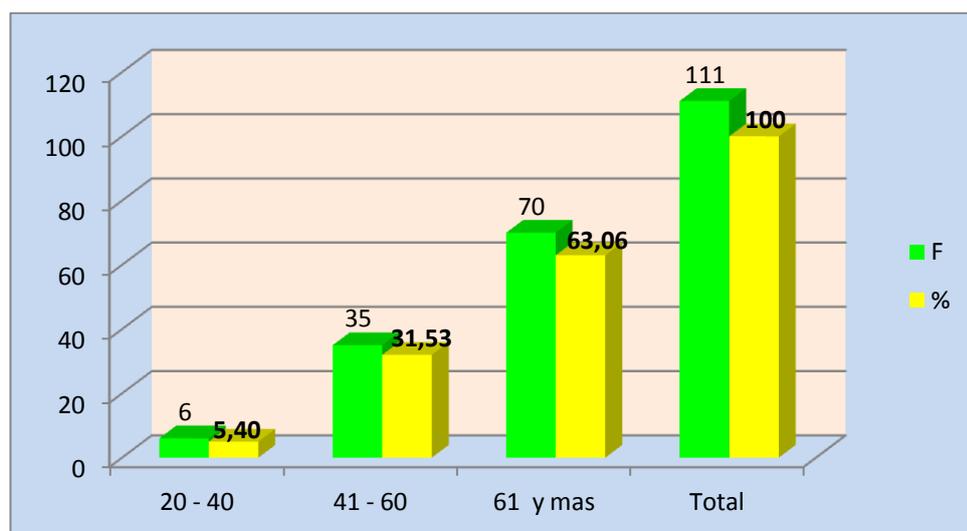


GRÁFICO N.- 4.1.4 Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo a la edad.

4.1.5 FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO A LA PROCEDENCIA

Tabla N° 4.1.5

Orden	Procedencia	f	%
1	Área Urbana	61	54,95
2	Área Rural	48	43,24
3	Otras provincias	2	1,80
Total		111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según las encuestas se destaca el 54,95% de pacientes del área urbana, seguido con el 43,24% del área rural, con una declinación clara de otras provincias con el 1,80%. Este estudio indica que tanto en la ciudad como en el campo existen los factores que desencadenan la insuficiencia cardíaca congestiva.

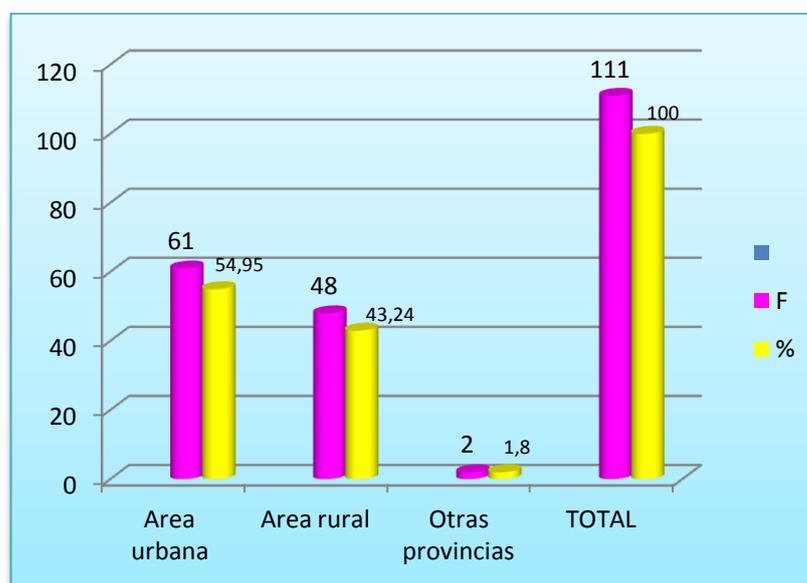


GRÁFICO. 4.1.5. Filiación de los pacientes con Insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo a la procedencia.

4.1.6. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL.

Tabla N° - 4.1.6

Orden	Estado civil	f	%
1	Soltero	17	15,31
2	Casado.	43	38,73
3	Unión libre	24	21,61
4	Divorciado	0	0
5	Viudo	27	24,32
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La investigación presenta resultados concretos de cómo está la sociedad actual con relación a la ICC, así se puede constatar que las personas casadas tienen un mayor porcentaje de 38,73% seguido por los viudos con un 24,32% unión libre con un 21,61% solteros con un 15% los divorciados no registran insuficiencia cardíaca congestiva 0% este es un dato interesante que queda abierto a una investigación futura.

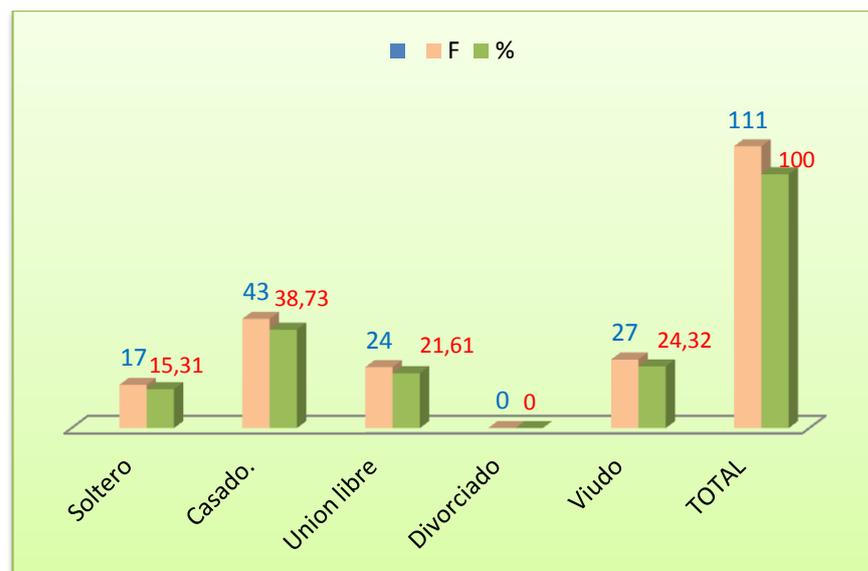


GRÁFICO N.- 4.1.6 Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo al estado civil.

4.1.7. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Tabla N°-4.1.7

Orden	Instrucción	f	%
1	Iletrados	45	40,50
2	Primaria	53	47,74
3	Secundaria	10	9
4	Superior	3	2,70
5	Otros	0	0
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Se observa que el 47,74% tienen primaria 40,50% es iletrado el 9% tiene secundaria el 2,7% tiene estudio superior, 0% otros. El porcentaje entre primaria e iletrados son cifras que debe preocupar a todos los ecuatorianos que en este siglo exista aún gente iletrada, se comprueba esta realidad con los pacientes que llegan al Hospital Rodríguez Zambrano y a todos los hospitales públicos del Ecuador. Son personas de poca instrucción que por tradición o por falta de conocimiento no le dan importancia al estudio y a la superación.

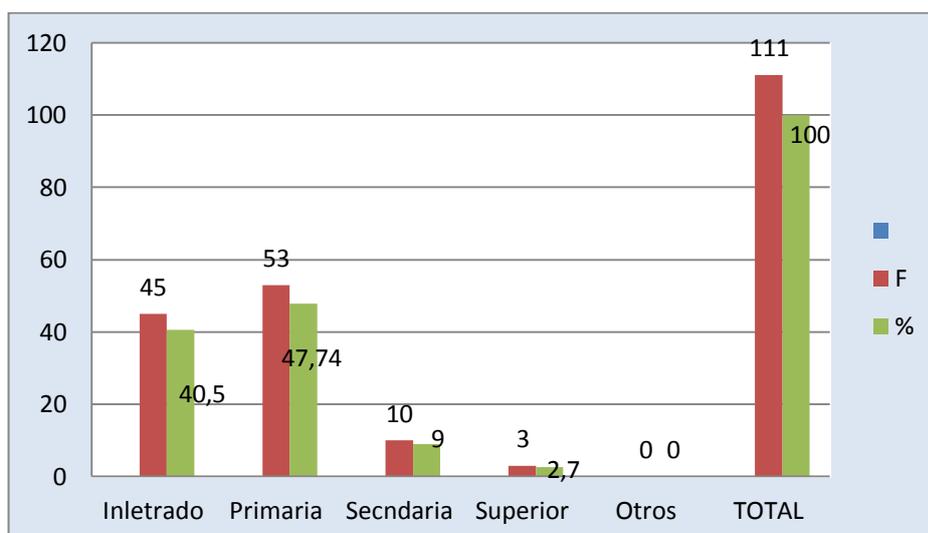


GRÁFICO N.- 4.1.7. Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo al nivel de instrucción.

4.1.8 .FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO AL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO.

Tabla N°-4.1.8

Orden	Nivel socio-económico	f	%
1	Bajo	82	73,87
2	Medio	20	18,01
3	Alto	9	8,10
	total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La investigación destaca el 73,87% equivalente 82 pacientes de bajo nivel económico, el 18,01% de nivel medio y el 8,10% nivel alto. Se observa que los pacientes que más acuden son de bajo nivel económico, si algún paciente de nivel alto ingresa por emergencia son llevados a las clínicas por sus familiares por ello se constata un porcentaje mínimo de este grupo de pacientes. No hay duda que la gente pobre son los que acuden a los servicios públicos. Este es un reto para prepararse más y salvar vidas de la gran parte de la población ecuatoriana.

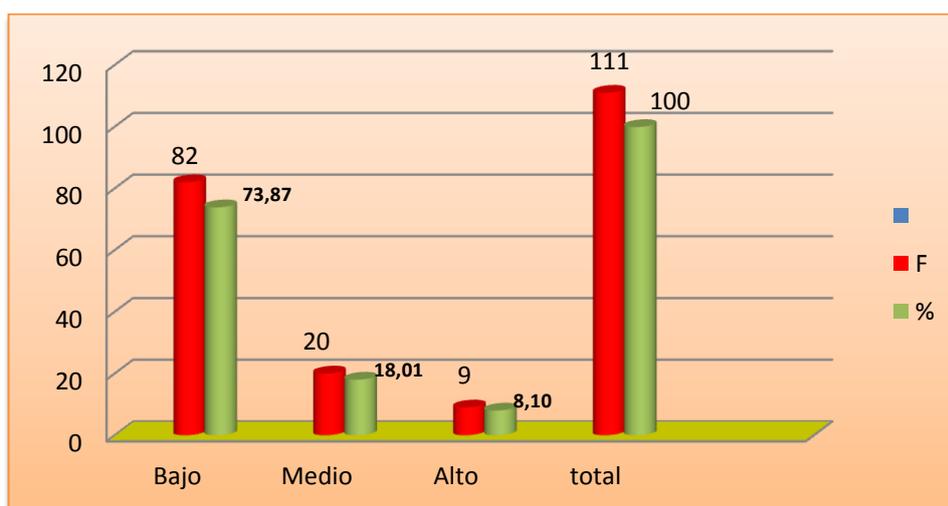


GRÁFICO 4.1.8 Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo al nivel socio-económico.

4.1.9. FILIACIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA DE ACUERDO AL TIPO DE TRABAJO.

Tabla N° - 4.1.9

Orden	Tipo de trabajo	f	%
1	No trabaja	40	36,03
2	Jubilado	14	12,61
3	Eventual	38	34,23
4	Contrato	7	6,30
5	Partida	12	10,81
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La investigación presenta datos actuales y apegados a la realidad, mencionando lo siguiente: el 36,03% de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva no trabajan, el 34,23% trabajan en forma eventual, el 12,61% son jubilados, un 10,81% trabajan con partida y un 6% trabajan con contrato. Se observa claramente que los pacientes que no trabajan son los que sufren más frecuentemente insuficiencia cardíaca congestiva, de ahí la necesidad de insistir en actividades diarias, evitando así el sedentarismo y mejorando el ritmo cardíaco. Es urgente fomentar e insistir en la creación de medios de trabajo.

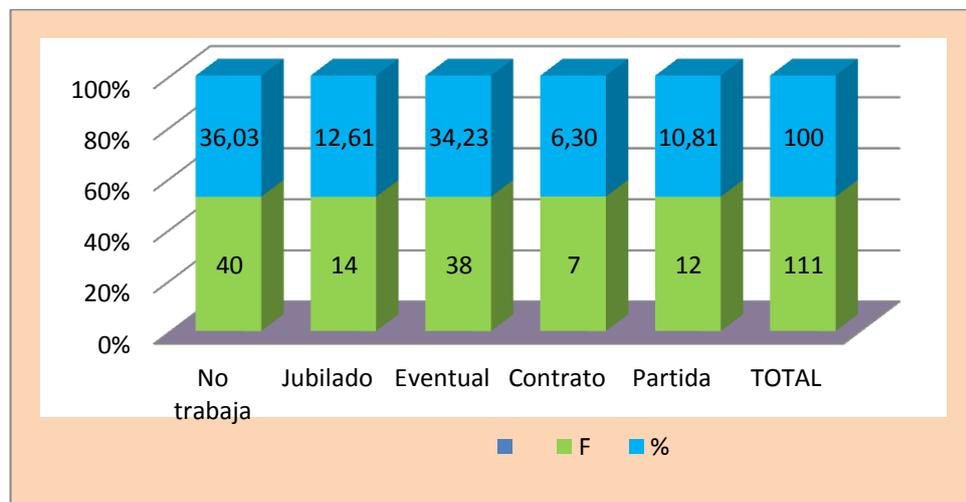


GRÁFICO N.-4.1.9 Filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de acuerdo al tipo de trabajo.

4.2.1. FACTORES DE RIESGOS: ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A EMERGENCIA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°-4.2.1

Orden	Antecedentes Patologías	Personales		Familiares	
		f	%	f	%
1	Hipertensión arterial	82	73,87	70	63,03
2	Diabetes mellitus II	15	13,51	27	24,32
3	Obesidad	0	0	2	1,80
4	Enfer. isquémicas	5	4,50	8	7,20
5	Insuficiencia renal	7	6,30	2	1,80
6	Edema pulmonar	2	1,80	1	0,90
7	Cirrosis	0	0	1	0,90
	Total	111	100	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según las encuestas realizadas el 73,87% antecedente personal y el 63,03,% antecedentes familiares se destaca la hipertensión/arterial el 13,51% de antecedente personal y el 24,32% resalta diabetes mellitus antecedente familiares con relación a las enfermedades isquémicas el antecedente personales de 4,50% Estos datos indican que tanto los antecedentes personales como familiares ayudan a detectar, prevenir y a tratar la insuficiencia cardíaca congestiva a tiempo disminuyendo la mortalidad de estos pacientes.

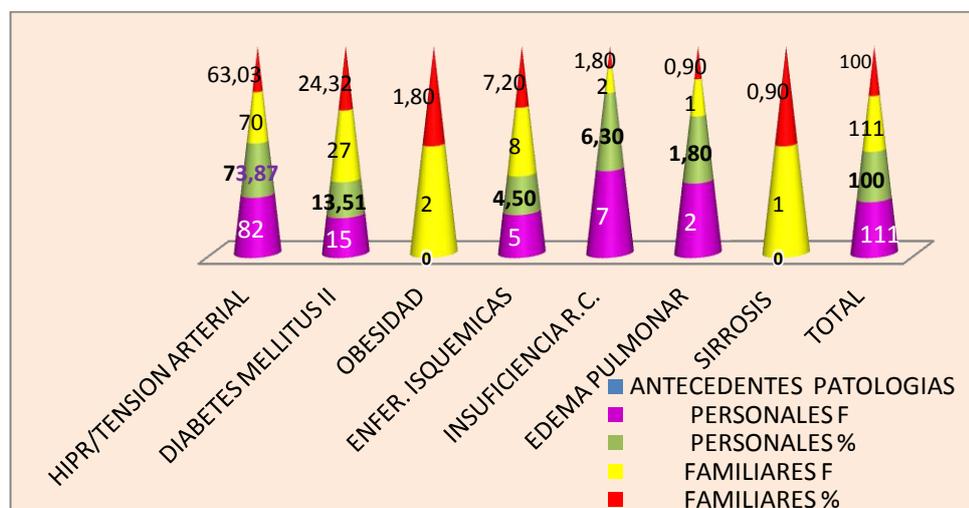


GRÁFICO N.-4.2.1. Factores de riesgos: antecedentes personales y familiares de los pacientes que acuden a emergencia con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.2.2. TRATAMIENTO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N° - 4.2.2

Orden	Tratamiento	f	%
1	Manejo clínico	71	63,96
2	Manejo Cardiológico	40	36,03
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según las estadísticas el manejo clínico se destaca con el 63,96% mientras que el manejo cardiológico en 36,03%. Observando claramente que la atención clínica y cardiológica es primordial en este tipo de pacientes. Por lo cual es urgente estabilizarlo recuperando su funcionamiento, utilizando fármacos y terapias apropiadas. Estos pacientes son crónicos que requieren de tratamiento permanente, ingresan frecuentemente a los hospitales, nacionales, extranjeros y no se quedan fuera de la emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano.

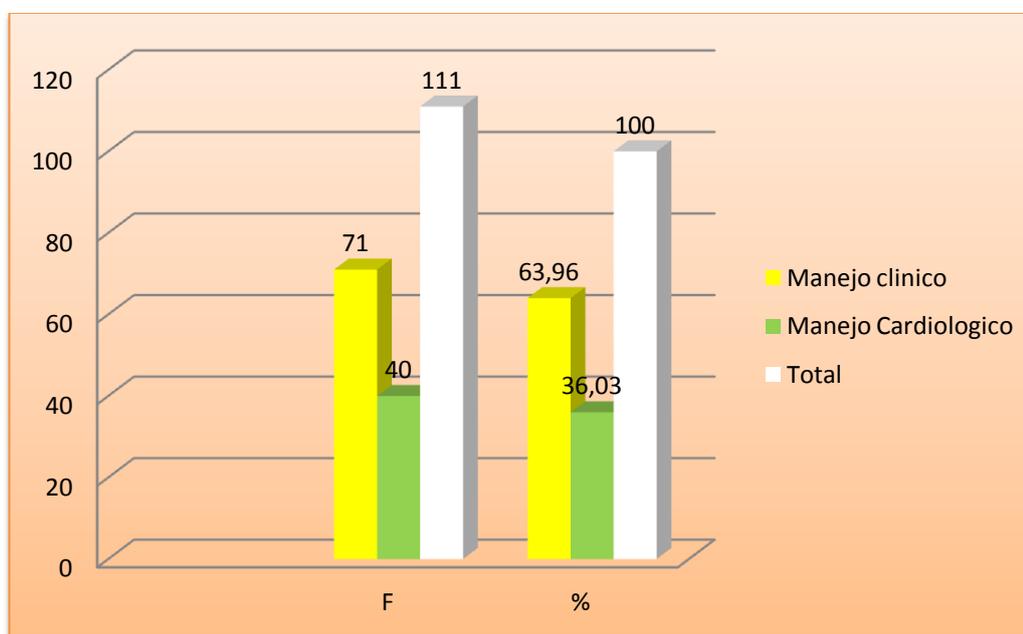


GRÁFICO N.-4.2.2. Tratamiento a los pacientes que acuden con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.2.3 DESTINO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°-4.2.3

Orden	Destino de pacientes	f	%
1	Muerte	1	0,90
2	Domicilio	12	10,81
3	Medicina Interna	94	84,68
4	UCI	4	3,60
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Se registra según los datos obtenidos en la investigación 84,68% que ingresan a medicina interna un 10,81% salen al domicilio el 3,60% unidad de cuidados intensivos y el 0,9% fallecen en emergencia, este dato es consolador ya que es un porcentaje mínimo pero hay que tomar medidas acorde a la realidad para evitar y prevenir la mortalidad.

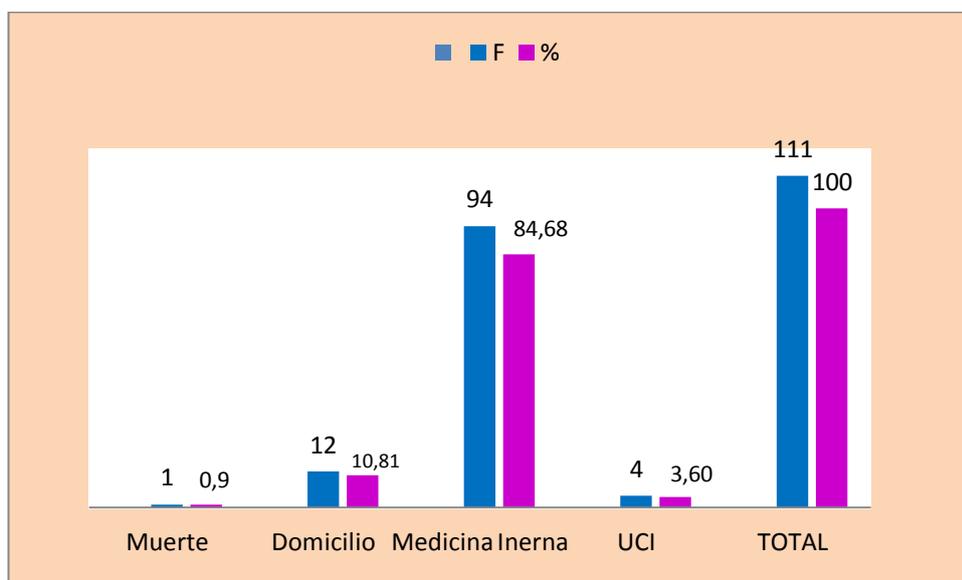


GRÁFICO N.- 4.2.3 Destino de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.3.1. NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Tabla N° 4.3.1

Orden	Nivel académico	f	%
1	Aux/enfermería	1	8,33
2	I/Enfermería	2	16,66
3	Lic./Enfermería	7	58,33
4	Magíster.	2	16,66
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De acuerdo a las encuestas aplicadas cabe mencionar los siguientes datos: el 58,33% tiene título de Lic. En Enfermería, un 16,66 % coincide Magíster e internas de enfermería y el 8,33% es de personal Auxiliares de Enfermería, estos datos indican que el personal de enfermería se está preparando académicamente, es positivo para el gremio y para la institución. El nivel académico del personal de enfermería es aceptable en la Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano porque el personal día a día se va preparando, pero falta más compromiso por parte de los directivos del hospital para apoyar en la superación en posgrados y especialidades, si se tomaría conciencia de la importancia de la superación la atención al usuario sería mucho mejor.

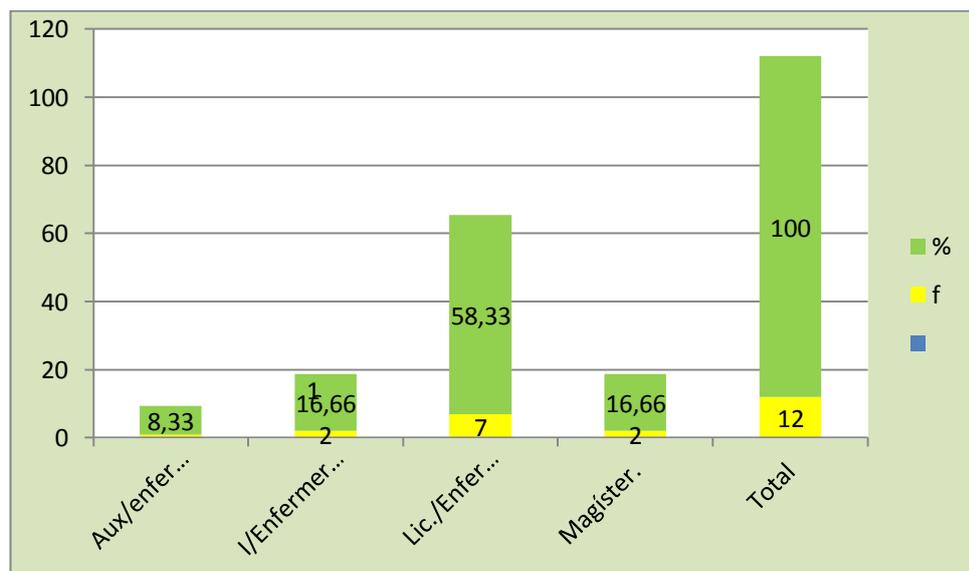


GRÁFICO N.-4. 3.1. Nivel académico del personal de enfermería.

4.3.2. AÑOS DE SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tabla N°- 4.3.2

Orden	Años de servicio	f	%
1	0 a 5	2	16,66
2	6 a 10	0	0
3	11 a 15	2	16,66
4	16 a 20	3	25
5	21 a 25	4	33,33
6	Mayores de 25 años	1	8,33
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De acuerdo a las encuestas se observa que un 33,33% de personal está entre los 21 a 25 años de servicio, el 17% de 0 a 5 años de 11 a 15 años también presenta un 16,66% declina a un 8,33% mayor de 25 años de servicio. De acuerdo con el estudio realizado se observa que el personal de enfermería de la emergencia está en la edad de producción laboral. Pero también está próximo a acogerse al derecho de jubilación.

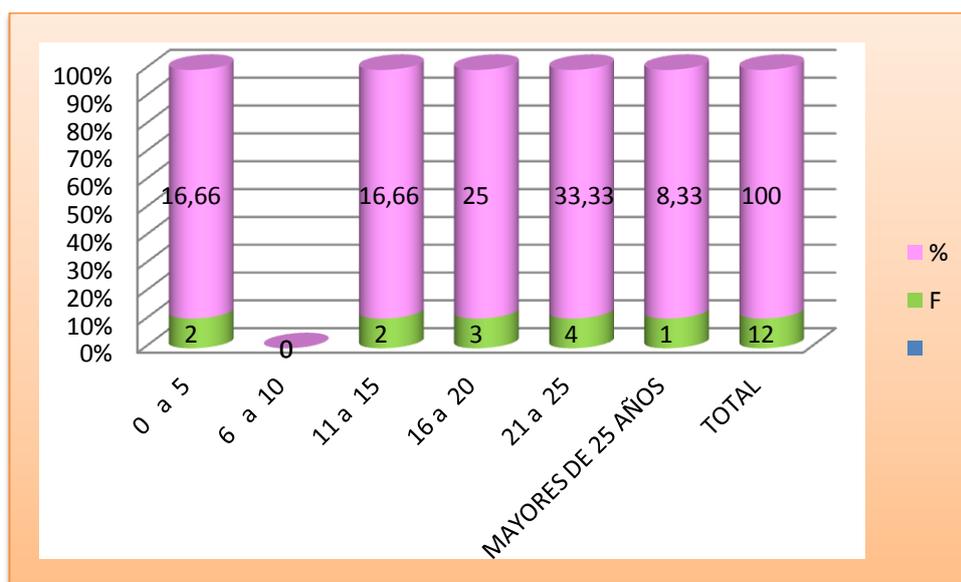


GRÁFICO N 4.3.2. Años de servicio del personal de enfermería.

4.3.3. CAPACITACIÓN SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°- 4.3.3

Orden	Opción	f	%
1	Si	3	25
2	No	9	75
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Según datos obtenidos observamos que un 75% de personal de enfermería de la emergencia no ha asistido a cursos ni a capacitaciones, sobre insuficiencia cardíaca congestiva y solo un 25% a asistido a cursos relacionado a ICC de ahí la urgencia de capacitar al personal de enfermería para que este apto para brindar una atención de calidad, con conocimientos técnicos y científicos. La capacitación es uno de los factores en que falla el sistema de Salud Pública, los directivos de los hospitales públicos, no le dan importancia a la capacitación del personal de enfermería. Si no fuera por la superación personal estaría en decadencia la atención al enfermo. Se hace un llamado a los directivos del HRZ a que valoren la superación de su personal porque solo así se da un realce a la institución con un servicio de calidad y calidez.

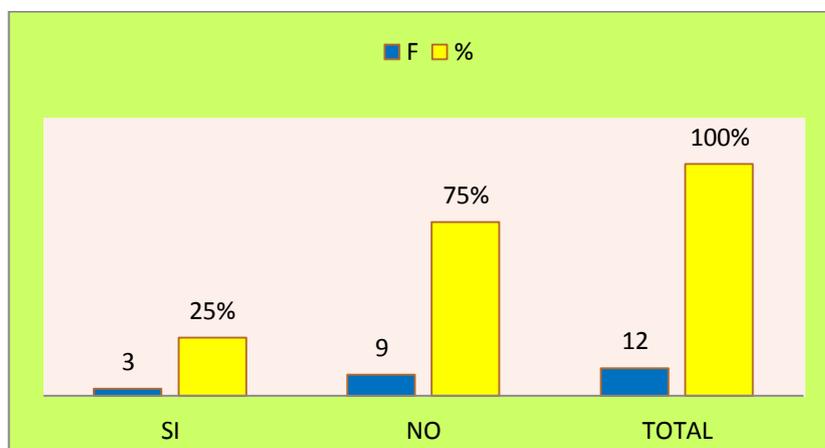


GRÁFICO N.-4.3.3. Capacitación sobre cuidados de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.3.4. CRITERIOS SOBRE LA PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°- 4.3.4

Orden	Criterios sobre la preparación	f	%
1	Total mente de acuerdo	3	25
2	De acuerdo	6	50
3	En desacuerdo	3	25
4	Totalmente en desacuerdo	0	0
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS: DISCUSIÓN: Se observa que hay un 50% de personal que responde de acuerdo en los criterios de preparación, un 25% en desacuerdo y un 25% totalmente de acuerdo existen 2 coincidencias esto se debe tomar en cuenta que el personal tiene dividido sus criterios por lo que hay que buscar el bienestar del paciente y del profesional de enfermería, surge la necesidad de continuar preparándose, actualizándose en nuevos conocimientos para dar atención eficaz y oportuna al paciente cardíaco y lograr una recuperación sin complicaciones.

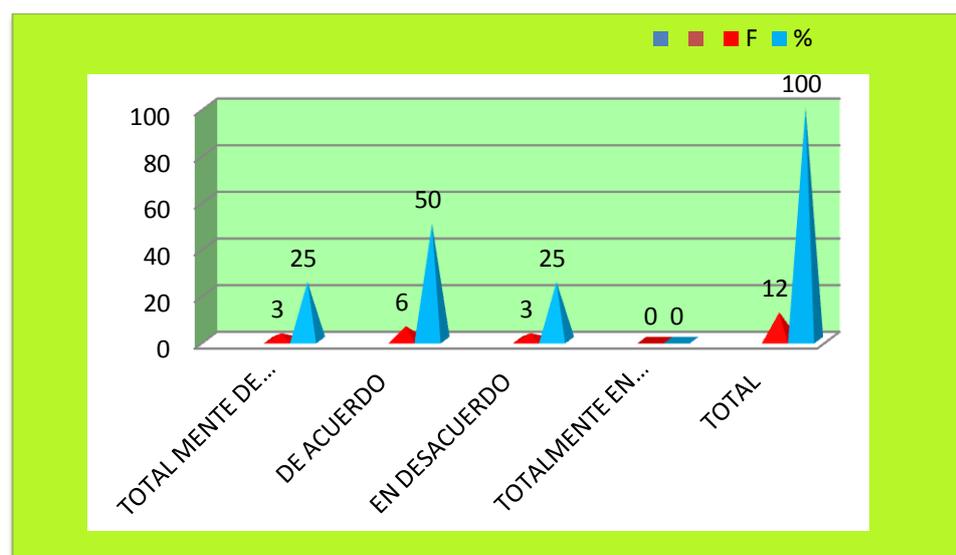


GRÁFICO N.-4.3.4. Criterio sobre la preparación para la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.3.5. SUGERENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Tabla N°- 4.3.5

Orden	Sugerencias	f	%
1	Autoeducación en icc	6	50
2	Responsabilidad en el trabajo	1	8,33
3	Compromiso con si mismo	1	8,33
4	Motivar al personal de los directivos	1	8,33
5	Todas las anteriores	3	25
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Los resultados demuestran que el 50% de personal encuestado sugiere la autoeducación sobre insuficiencia cardíaca congestiva y el 25% sugiere todas las anteriores mientras que el 8,33% coinciden con la responsabilidad en el trabajo, compromiso consigo mismo, motivación al personal, de los directivos del hospital. Es conveniente tomar en cuenta estas sugerencias para un futuro, aplicarlos por el bien del personal y la Institución, dando atención en lo humano y en lo espiritual porque el ser humano es un ser integral.

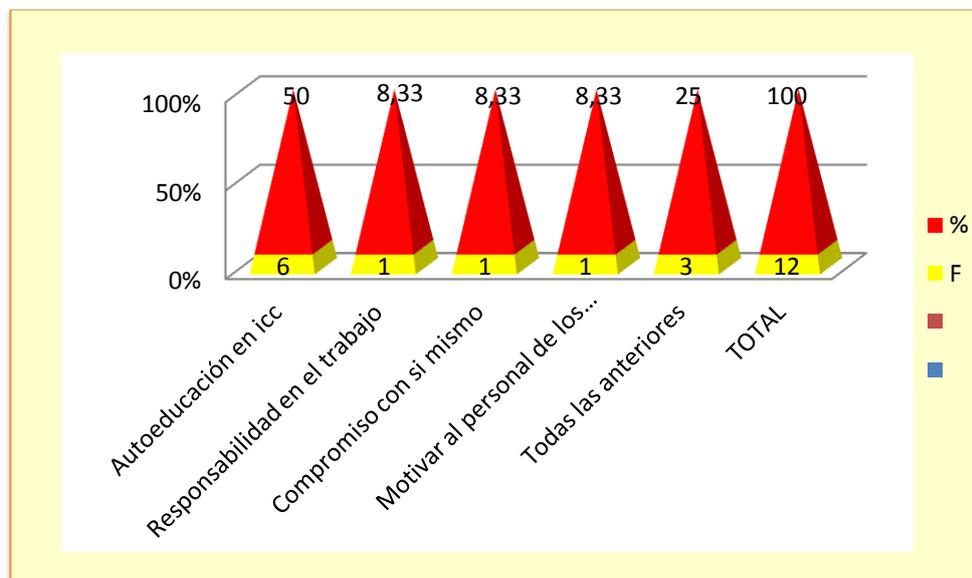


GRÁFICO.-4 3.5 Sugerencias del personal de enfermería.

4.4.1. ACCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°- 4.4.1

Orden	Acción de enfermería	f	%
1	Control clínico de signos	62	55,85
2	Monitoreo continuo	4	3,60
3	Administración de medicamentos	41	36,93
4	Control de vías	4	3,60
	Total	111	100

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos se destaca el 55,85% que las acciones de enfermería es de control clínico de signos el 36,93% es de administración de medicamentos mientras que el 3,60% acciones cardiológicas y control de vías todas las acciones de enfermería son indispensables se debe ejecutar correctamente y con conocimientos, evitando mayores complicaciones a los pacientes. Cabe indicar que el personal profesional está preparado para realizar todo tipo de acciones de enfermería con conocimientos científicos y técnicos.

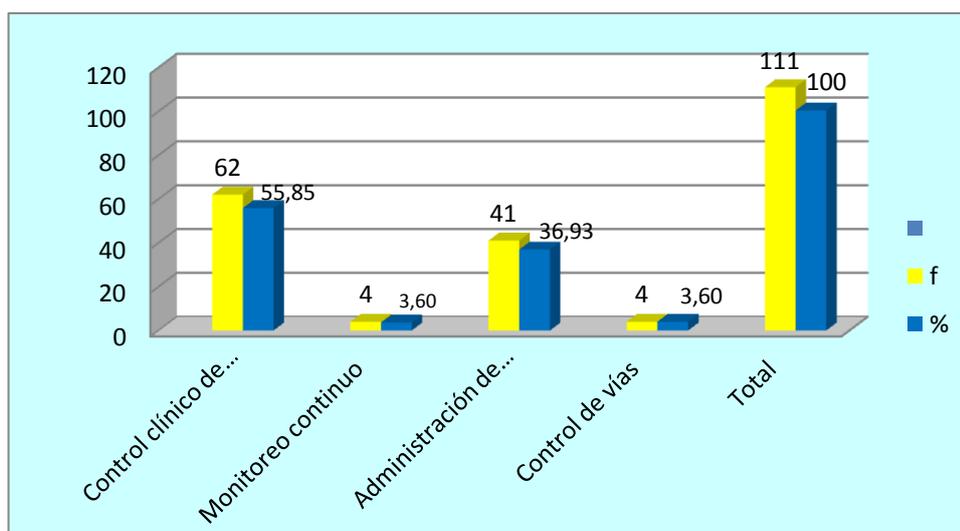


GRÁFICO N.- 4.4.1 Acción de enfermería a los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.4.2. CUMPLIMIENTO DE PRIORIDADES DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Tabla N°- 4.4.2

Orden	Criterio de cumplimiento de prioridades	f	%
1	Totalmente de acuerdo	1	8,33
2	De acuerdo	7	58,33
3	En desacuerdo	4	33,33
4	Totalmente en desacuerdo	0	0
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Con relación al cumplimiento de las prioridades de atención de enfermería el 58,33% totalmente de acuerdo el 33,33% en desacuerdo el 8,33% totalmente en desacuerdo. El cumplimiento de las prioridades del protocolo no se cumple a un 100% por lo que hay deficiencia en la atención integral al paciente, se da poca importancia el aspecto espiritual y psicológica del paciente y familia.

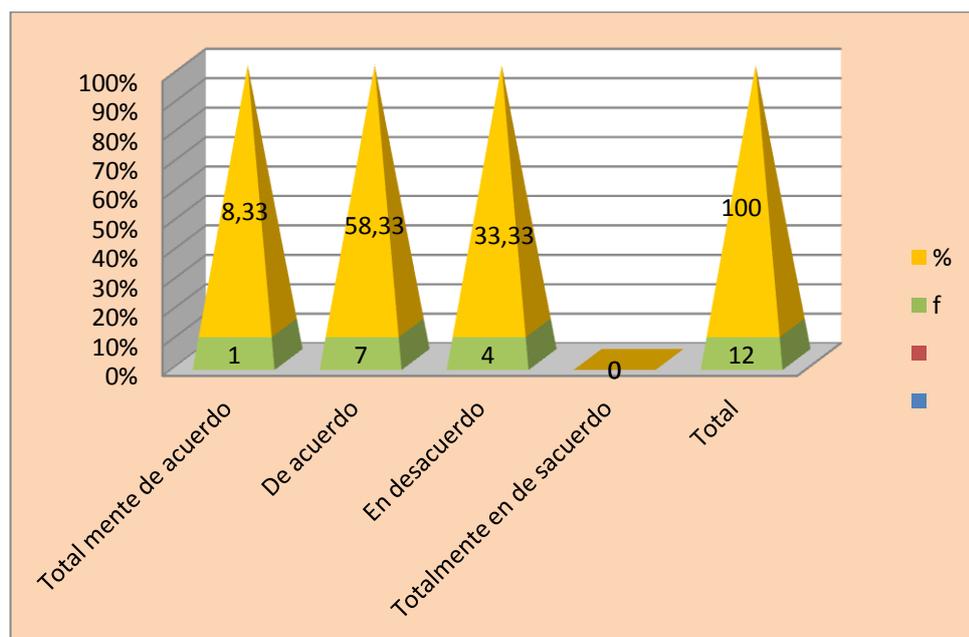


GRÁFICO N°-4.4.2 Cumplimiento de prioridades del protocolo de atención de enfermería.

4.4.3 CUMPLIMIENTO DEL MONITOREO RCP EKG A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N°- 4.4.3

Orden	Nominación	F	%
1	Totalmente de acuerdo	0	0
2	De acuerdo	2	16,66
3	En desacuerdo	5	41,66
4	Totalmente en desacuerdo	5	41,62
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: En el análisis se puede observar que el 41,66% está en desacuerdo con el cumplimiento del protocolo 41,66% coincide en desacuerdo y totalmente en desacuerdo el 16,66% de acuerdo en el cumplimiento del Auxiliar de Enfermería del monitoreo, RCE, EKG, en pacientes con ICC. Este proceso no se cumple siempre, el auxiliar de enfermería no está preparado para estos procesos lo ideal es que este personal esté preparado y capacitado para trabajar en equipo, o en caso de emergencia el Auxiliar de Enfermería este en capacidad de realizar RCP, EKG.

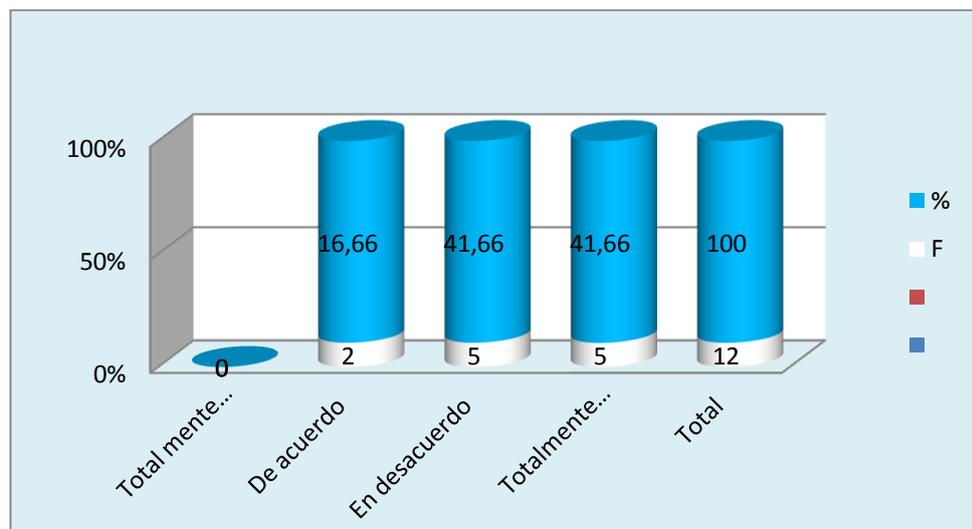


GRÁFICO N.4.4.3 Cumplimiento del monitoreo RCP EKG a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

4.4.4 COMPRENSIÓN Y LA CLARIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Tabla N°- 4.4.4

Orden	Nominación	f	%
1	Totalmente de acuerdo	2	16,66
2	De acuerdo	6	50
3	En desacuerdo	4	33,33
4	Totalmente en desacuerdo	0	0
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: En la investigación el 50% está de acuerdo con que el protocolo actual de enfermería es claro y aplicable mientras que el 33,33% está en desacuerdo y el 16,66% está totalmente de acuerdo con la comprensión y la claridad de los protocolos de atención de enfermería. El protocolo actual de insuficiencia cardíaca congestiva de emergencia le falta ser socializado con todo el personal, ser claro y ejecutable.

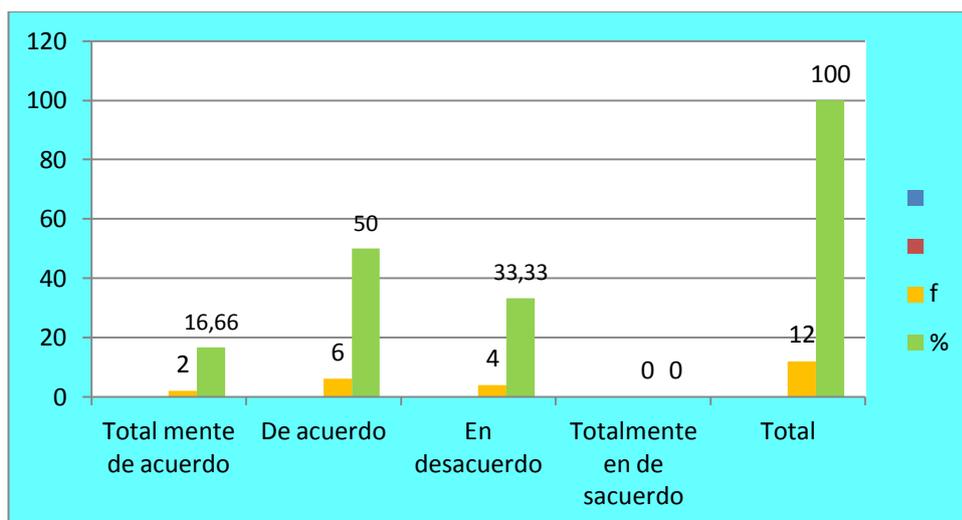


GRÁFICO N.- 4.4.4 Comprensión y la claridad de los protocolos de la atención de enfermería.

4.4.5. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

Tabla N° - 4.4.5

Orden	Detalle	f	%
1	Exponer propósito protocolo	1	8,33
2	Socialización del protocolo	1	8,33
3	Que sea claro preciso y conciso	1	8,33
4	Que sea ejecutable	4	33,33
5	Todas las anteriores	5	41,66
	Total	12	100

FUENTE: Personal informante de Enfermería de la Emergencia del HRZ de Manta 2010

AUTORA: Lcda. Vilma Aucapiña.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: Se observa que el 41,66% del personal encuestado refiere que se debe tomar en cuenta todos los parámetros mencionados, un 33,33% prefiere que sea ejecutable, el 8,33% refiere que se debe exponer el propósito del protocolo, debe haber una socialización del protocolo. El protocolo debe ser claro y sencillo ejecutable y que esté al alcance de todo el personal de emergencia para poderlo ejecutar y así ser parte de la recuperación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva

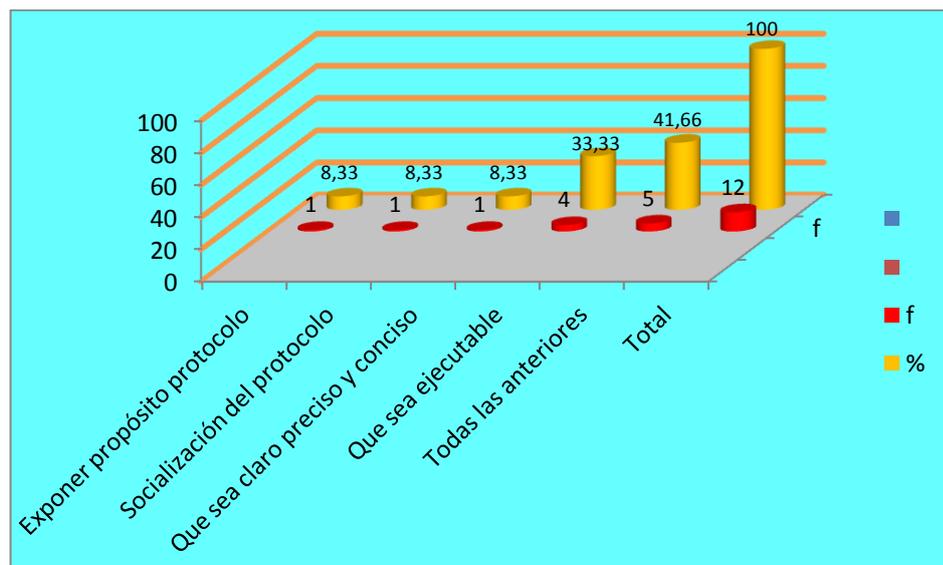


GRÁFICO N.- 4.4.5 Recomendaciones para la elaboración y aplicación de protocolo de atención de enfermería para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

PROPUESTA.

**4.5. PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDÍACA CONGESTIVA**

**ÁREA DE EMERGENCIA
HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO”
MANTA.**

LCDA. VILMA AUCAPIÑA.

2010 2011

INTRODUCCIÓN.

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva, es el trastorno del corazón que no le permite mantener el bombeo normal de la sangre, disminuyendo la irrigación sanguínea y el oxígeno en los tejidos de los órganos como: riñón, hígado, pulmones vaso, ect. del paciente.

En los últimos tiempos la insuficiencia cardíaca ha ido incrementando en la sociedad, debido a muchos factores, estos pueden ser de causas patogenias o por causas cardíacas externas, esta enfermedad va causando grandes daños personales, familiares y socioeconómicos ya que por ser una patología de riesgo y de cuidado el individuo deja de trabajar, el ingreso económico y la atención del hogar disminuye.

Sabiendo que la atención rápida y con conocimiento técnicos, científicos la Lic. en Enfermería del servicio de emergencia debe asumir un papel de líder en la atención del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, en coordinación con el médico y demás personal de salud, solo así se logrará disminuir, daños mayores en los pacientes con este tipo de enfermedad. La razón de ser de un profesional de la salud es el de salvar vidas que están a su alcance.

La propuesta contiene el protocolo actualizado de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. En la investigación de campo se registró 160 pacientes atendidos, con insuficiencia cardíaca congestiva en el periodo del 1 de Mayo del 2010 al 30 de Abril del 2011.

JUSTIFICACIÓN.

Un tratamiento precoz y adecuado a los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, puede salvarles la vida y evitar mayor complicación, la valoración inicial requiere de un sigiloso y exhausto análisis clínico que debe realizarlo en pocos minutos, mientras se aplica las medidas de urgencia para lograr una recuperación sin mayor complicación a nivel de sistema cardiocirculatorio, el problema fundamentalmente radica, en que en la gran parte de la valoración inicial no se lo ha realizado eficazmente, por falta de conocimiento científicos y destreza física y psicológica.

Para afrontar el manejo correcto de este tipo de pacientes, es indispensable contar con un protocolo actualizado de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, para que el personal de enfermería con sagacidad y destreza y con recursos que disponga. Prevenga secuelas a los pacientes, gastos a los familiares y malestar en la sociedad.

En el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, en el período del 1 de mayo del 2010 al 30 de abril del 2011 ha existido una prevalencia de 160 pacientes ingresados con padecimiento de insuficiencia cardíaca congestiva, evidenciándose que no existe un protocolo actualizado de atención de enfermería para este tipo de patología, como se registro con las encuestas aplicadas al personal de enfermería del área de emergencia, por lo que es indispensable que el personal aplique técnicas, procedimientos adecuados y oportunos solo así se podrá disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes que sufren insuficiencia cardíaca congestiva.

Constituyéndose en un problema de salud pública a causa de su elevada prevalencia, que cuando no se controla adecuadamente con tratamiento, conduce a la lesión de órganos vitales como el corazón, riñón, sistema nervioso central, asociándose a una reducción de la esperanza de vida de de 5 años. Causando desestabilidad familiar, laboral y mayor gasto al Estado Ecuatoriano.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Proponer a las autoridades del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, un Protocolo Actualizado de Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, con el propósito de dar una atención especializada y sistematizada al paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fortalecer los conocimientos de enfermería, al personal de emergencia.
- Brindar al paciente la oportunidad de seguir viviendo a través de acciones rápidas y efectivas con calidad y calidez preservando la salud.
- Entregar el protocolo a las autoridades del hospital para su socialización y ejecución.

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

DEFINICIÓN.- es la incapacidad del corazón para proporcionar un gasto cardíaco suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo.

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO:

La insuficiencia cardíaca, casi siempre es una condición crónica y duradera, aunque algunas veces se puede desarrollar súbitamente. Dicha condición puede afectar el lado derecho, el lado izquierdo o ambos lados del corazón. A medida que se pierde la acción de bombeo del corazón, la sangre se puede represar en otras partes del cuerpo como: El hígado, el tracto gastrointestinal y las extremidades (insuficiencia cardíaca derecha)

Los pulmones (insuficiencia cardíaca izquierda). Muchos órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes cuando se presenta insuficiencia cardíaca, lo cual ocasiona daño y reduce su capacidad de funcionar adecuadamente. Cuando ambos lados del corazón presentan la insuficiencia, la mayoría de las áreas del cuerpo pueden resultar afectadas. Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son hipertensión (presión sanguínea alta) y enfermedad de la arteria coronaria (por ejemplo, un ataque cardíaco). Otras causas funcionales o estructurales de la insuficiencia cardíaca son las siguientes:

1. Enfermedad de las válvulas del corazón
2. Enfermedades cardíacas congénitas
3. Cardiomiopatía dilatada
4. Enfermedad pulmonar
5. Tumor cardíaco
6. La insuficiencia cardíaca se vuelve más común con el aumento de la edad, de la misma manera se está en mayor riesgo de sufrirla, si la persona tiene sobrepeso, diabetes, es fumadora, consume alcohol o cocaína.

RECURSOS.

TALENTO HUMANO:

- Lcda. en Enfermería (líder.)
- Lcda. en Enfermería (de cuidado directo.)
- Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES.

Equipos de diagnóstico.

- Monitor multiparámetros
- Bombas infusorias
- Bomba para nutrición enteral
- Electrocardiógrafo
- Desfibrilador.
- Equipo de diagnóstico.
- Equipo de laringoscopio.
- Ambú
- Succionador.
- Coche de paro cardíaco.
- Coche de curaciones
- Tanque de O2 u oxígeno empotrado.
- Porta sueros.
- Semilunas.
- Torundero.
- Charol de acero inoxidable.

Equipos e insumos médicos.

- Cánula nasal para oxigenoterapia.
- Mascarilla de oxígeno.
- Jeringas de 20,10, 5, 3, 1cc.
- Equipo de venoclisis.
- Equipo de Volutrol.
- Catéteres N.- 18, 20, 22,24.
- Sonda vesical n.-14, 16.
- Funda recolectora de orina.
- Envase para recolectar orina.
- Sonda Nasogástrica. N.- 6,8,10,12, 14,16
- Esparadrapo.
- Torundas de algodón.
- Tubo endotraqueal.N.-6,5 – 7- 7,5.
- Guantes de manejo y guantes estériles.
- Sonda de puente.
- Mangueras del succión
- Set de líneas para monitoreo invasivo
- Soluciones coloides y cristaloides
- Envase para cortopunzantes.
- Torniquete.
- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Termómetro.
- Porta termómetro.
- Reloj de segundero, etc.
- Cama reclinable funcional.

Medicamentos.

- Digitálicos.
- Diuréticos.
- Analgésicos Adrenérgicos.
- Ieca.

INDICACIONES.

- Insuficiencia cardíaca congestiva.

ACCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA (LÍDER)

- Coordinar con los servicios.
- Gestionar recursos para el servicio.
- Dirigir el funcionamiento del servicio con el equipo multidisciplinario.
- Planeación de las actividades.
- Gestionar con servicio social traslado del paciente a otras unidades de salud.
- Revisión secundaria y procedimientos complementarios.
- Revisar registros de la historia clínica.
- Supervisión de las acciones de enfermería.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE DE PREVENCIÓN.

LIC. EN ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO

- Visitas domiciliarias.
- Charlas educativas sobre la prevención de la ICC.
- Fomentar la vida sana física y espiritual.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA FASE CRÍTICA. EN UCIM DE LA EMERGENCIA DEL HRZ. MANTA.

COMO DIAGNOSTICAR LA ICC.

Los síntomas y signos de la ICC son la clave, para la detección precoz de la enfermedad. La sospecha clínica, debe ser complementada con la evidencia objetiva de una anomalía estructural o funcional del corazón. El diagnóstico debe contemplar, la búsqueda de factores etiológicos, precipitantes y pronósticos. Se refuerza por la Respuesta favorable al tratamiento instaurado

- **Anamnesis.** En la anamnesis puede haber: Disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna, tos nocturna, anorexia, pérdida de peso y nicturia. Deben valorarse además aspectos relacionados con: la sexualidad (puede haber disfunciones), el estado mental (en ocasiones aparece confusión y somnolencia), la capacidad laboral (la intolerancia al esfuerzo puede impedir el desarrollo de actividades) y los trastornos del sueño. Preguntar por consumo de tabaco y de alcohol, se debe revisar la toma de medicamentos que pueden exacerbar, síntomas de una ICC o provocar alteraciones cardíacas:

- **Exploración física.** La enfermera/o puede encontrar los siguientes signos:
 - Edema de los miembros inferiores.
 - Ingurgitación yugular.
 - Estertores.
 - Cardiomegalia.
 - Edema agudo de pulmón.
 - Ritmo de galope (3º y 4º ruido).
 - Hepatomegalia.
 - Reflujo hepato-yugular.
 - Derrame pleural.
 - Taquicardia.
 - Aspecto piel (cianosis, sudoración)
 - Distensión y dolor abdominal. Hemoptisis.

LIC. EN ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO

Acciones de enfermería:

- Recibir al paciente.
- Aliviar la ansiedad, tranquilizarle explicarle todos los procedimientos que se le realizan.
- Colocarlo en la cama. en posición adecuada y cómoda.

- Toma de signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración temperatura, tomando en cuenta el protocolo de toma de signos vitales.
- Colocar pulsioxímetro.
- Colocar oxigenoterapia si es necesario, tomando en cuenta el protocolo de oxigenoterapia.
- Colocar monitor, aplicando el protocolo de monitoreo.
- Despejar vías aéreas en caso de secreciones aspirar las mismas, tomando en cuenta el protocolo de aspiración de secreciones.
- Comunicar inmediatamente al médico.
- Canalizar venoclisis tomando en cuenta el protocolo de venoclisis.
- Control del goteo de la venoclisis.
- Recanalización de vía periférica.
- Toma de muestra de sangre para exámenes de laboratorio, tomando en cuenta el protocolo de extracción de sangre.
- Administración de medicamento prescrito por el médico, tomando en cuenta los 5 correctos.
- Toma de EKG, tomando en cuenta del protocolo de EKG.
- Monitoreo permanente. del paciente.
- Control de ingesta y eliminación.
- Proporcionar comodidad al paciente.
- Cambios de posición.
- Mantener en posición semifowler.
- Control de constantes y monitorización cardiaca: Tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y saturación de oxígeno.
- Obtención de gasometría basal y posterior control de la saturación de oxígeno para valorar si mejora el intercambio gaseoso y si hay una alteración ácido-básica.
- Oxigenación mediante mascarilla de oxígeno al 40-50%
- Intubación si fuera necesario, así se mejora la oxigenación y la eliminación de secreciones de los alvéolos:
- Preparar equipo de aspiración si se precisa.
- Colocación de sonda vesical para un control de diuresis preciso.

- Control de la escala de glasgow.
- Toma de peso.
- Cuidados de la piel y mucosas orales.
- Ducha perineal.
- Lavado de cabello
- Baño de esponja, en caso que lo amerite.
- Realizar nebulizaciones según el caso lo amerite.
- Control y registro de monitoreo cardiaco.
- Control y registro de glicemia.
- Control y registro de diuresis
- Colocación de sonda nasogástrica.
- Control y registro de jugos gástricos.
- Colocación de sonda vesical.
- Curación de heridas y úlceras decúbito en caso que se amerite.
- Control y registro de sangrado en caso que se amerite.
- Control y registro de los exámenes especiales.
- Comunicación de cualquier novedad al médico de guardia.
- Registro de constantes vitales.
- Registro de Evolución de enfermería.
- Elaboración y registro de cardes.
- Registro de balance de ingesta y eliminación.
- Registro de actividades de enfermería.

Exámenes y estudios complementarios.

Realizar gestiones administrativas para buscar solución a los pacientes. El aumento del tamaño del corazón o la disminución del funcionamiento del corazón se pueden observar en varios exámenes, incluyendo los siguientes:

- Un eco cardiograma
- Una cateterización cardíaca
- Una radiografía de tórax

- Una tomografía computarizada del tórax
- Una gammagrafía nuclear del corazón (MUGA, RNV)
- Un ECG que también puede mostrar arritmias

Esta enfermedad también, puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Química sanguínea.
- Sodio sérico.
- BUN.
- Creatinina.
- Pruebas de la función hepática.
- Ácido úrico sérico.
- Péptido natriurético auricular (ANP) y péptido natriurético cerebral (BNP).
- Análisis de orina.
- Sodio en la orina.
- Mediciones Swan-Ganz (cateterización cardíaca derecha).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE POST-CRÍTICA DEL PACIENTE CON ICC

LIC. EN ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO.

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

1. Colocar al paciente en una situación que facilite el confort, respiración y retorno venoso.
2. Vigilar posibles variaciones de los signos vitales.
3. Observar la monitorización cardíaca para la detección precoz de arritmias.
4. Observar si existen signos de alteración respiratoria: disnea, ortopnea y cianosis.
5. Vigilar cambios en el estado psíquico: desorientación, confusión, letargo, nerviosismo y angustia.

6. Examinar la posible distensión del cuello.
7. Comprobar alteraciones de la integridad de la piel.
8. Vigilar la aparición de edemas.
9. Vigilar el ritmo y cantidad de flujo de líquidos intravenosos administrados.
10. Medir la ingesta y la eliminación.
11. Valorar y registrar el peso diario.
12. Evitar el estreñimiento.
13. Control y registro de la saturación de oxígeno.
14. Proporcionar una dieta hiposódica para controlar el edema.
15. Ayudar al paciente en las tareas básicas de la vida diaria según necesidad.
16. Promoción del descanso en ICC severa mediante el reposo en cama. En pacientes menos graves fomentar la deambulación progresiva según tolerancia.
17. Proporcionar cuidados de la piel en pacientes con edemas, tales como lavado, Baño de esponja cambios posturales frecuentes, uso de colchón antiescaras, masajes y movilizaciones activas o pasivas.
18. Enseñarle a vivir con la ICC.
19. Enseñarle a alimentarse bien e insistir en la disminución de la sal

AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

1. Colocar al paciente en la cama.
2. Aseo general del paciente.
3. Baño de esponja al paciente imposibilitado.
4. Higiene oral del paciente encamado.
5. Eliminar diuresis del paciente.
6. Cambio de posición del paciente.
7. Cambio de pañal del paciente.
8. Ayudar a la enfermera en procedimientos complejos.
 - Colocación de sonda vesical.
 - Colocación de sonda nasogastrica.
 - Colocación de cánula sala

- Colocación de pulsioxímetro.
9. Ayudar a la enfermera en la canalización de vía periférica.
 10. Registrar las actividades que realiza.
 11. Limpieza recurrente de la unidad.
 12. Limpieza terminal de la unidad.
 13. Comunicar novedades a la enfermera de turno.
 14. Tendido de cama del paciente
 15. Dejar limpio y en orden el material de la unidad de(UCIM)

LIC.EN ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO.

CHARLA EDUCATIVA.

TEMA: Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

FECHA: 22 de abril 2011.

GRUPO A QUIEN VA DIRIGIDO. Pacientes que acuden a la Emergencia del HRZ.

HORA: 11 a.m.

TIEMPO DE DURACIÓN: 40 minutos.

LUGAR: Sala de espera de la Emergencia del HRZ.

TÉCNICA: Expositiva y explicativa.

AYUDA AUDIOVISUAL: Diapositivas.

PRESENTACIÓN:

MOTIVACIÓN:

OBJETIVOS:

- Concienciar a los pacientes sobre la prevención curación y control de la ICC manteniendo una vida sana y responsable.

EXPLORACIÓN DE CONOCIMIENTOS.

¿Qué entiende usted por Insuficiencia Cardíaca Congestiva?

¿Cree que es indispensable dejar de fumar?

¿Qué le puede producir el consumo de alcohol?

¿Será necesario hacer ejercicio moderado y diario?

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.

EL CORAZÓN.

Este órgano muscular hueco, recibe sangre de las venas y la impulsa hacia las arterias. Tiene el tamaño de un puño, se encuentra por detrás de la parte inferior del esternón dirigiéndose a la derecha con algo hacia atrás. La punta está en contacto con el tórax en el quinto espacio intercostal, En el interior del corazón del adulto hay dos sistemas paralelos independientes, cada uno formado por una aurícula y un ventrículo. Por su posición anatómica, reciben el nombre de corazón derecho y corazón izquierdo.

El diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca causa miedo y angustia en muchas personas. Es indudable que se han hecho progreso impresionante en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.

DEFINICIÓN.- “Es la incapacidad del corazón para impulsar sangre suficiente con el fin de cubrir las necesidades de oxígeno y nutrientes a los tejidos”

RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN.

DIETA ADECUADA.

Baja de sodio.

La sal es necesaria en el organismo en pequeñas cantidades, pero si se sobrepasa la cantidad adecuada se puede producir retención de líquidos, que incrementa el volumen de sangre circulante con un aumento de la presión arterial. Con el paso del tiempo esto puede producir un estrechamiento de las arterias y hacer que el corazón tenga una sobrecarga de trabajo, mayor de lo necesario. Tenemos que tratar de mantener una ingesta de sal por debajo de los 3 g al día (½ cucharilla de café). Estos 3 g de sal equivalen a 25 g de sodio, o lo que es lo mismo, 1.250 mg de sodio. La forma más fácil de reducir la sal en la dieta es no añadirla a los alimentos, ninguna clase de embutidos.

Podemos utilizar alimentos saborizantes, (zumo de limón, hierbas, especias aromáticas) como sustitutos de la sal para hacer más sabrosos los platos. Las carnes combinan bien con el laurel, nuez moscada, pimienta, salvia, tomillo, ajo, cebolla, orégano, romero; los pescados con el curry en polvo, eneldo, mostaza, zumo de limón, pimienta y los vegetales con el romero, salvia, eneldo, canela, estragón, albahaca, perejil. Una estrategia recomendable para reducir el consumo de sodio, es evitar los alimentos que por su técnica culinaria requieran el uso de sal, como los encurtidos, adobos, salazones, salmueras y ahumados.



Baja de grasa. La dieta debe estar baja en grasas saturadas y grasas trans.



Rica en proteínas. Consumir conejo, pollo sin piel, pescado, carne magra. Porotos secos, lentejas.



Rica en vitaminas y minerales.



Ingerir bastante agua, frutas.



Ejercicios adecuados.

Caminata diaria por lo menos de 30 minutos a un solo ritmo.



Es muy importante mantenerse en un normopeso, que evite una mayor exigencia de trabajo al corazón. Para acercarse al normopeso, se debe seguir una alimentación equilibrada y variada acompañada de ejercicio físico. En algunas ocasiones podemos encontrar un exceso o un déficit de potasio por el uso de diuréticos u otros medicamentos. En estos casos es importante saber qué alimentos son ricos en potasio. Por ejemplo, las frutas y verduras, sobre todo el kiwi, el plátano y el tomate.



ALIMENTOS QUE NO SE DEBEN CONSUMIR.

Un exceso de grasa saturada, grasa trans y colesterol puede acumularse en los vasos sanguíneos obstruyendo el paso de la sangre e impidiendo su correcta circulación. Por eso tenemos que evitar aquellos alimentos que contengan abundante grasa saturada, grasa trans y colesterol.

La importancia de proporcionar información en las etiquetas de los productos alimenticios a los consumidores se debió al hecho de que los ácidos grasos trans pueden influir en el aumento de los niveles del colesterol en sangre, particularmente los del

LDL ("colesterol malo"), que es el que más contribuye en la obstrucción de las arterias y puede provocar ataques al corazón y accidentes cerebro vasculares.



EXPERIENCIA PERSONAL.

Una de las experiencias que he tenido durante mis guardias de trabajo ha sido que han llegado pacientes en condiciones críticas a emergencia con insuficiencia cardíaca congestiva. Una noche de vela llegó la paciente Reyes Macías Rosa María quien presentó edema agudo de pulmón, causa de una insuficiencia cardíaca congestiva el equipo multidisciplinario de emergencia acudimos inmediatamente a atender a la paciente en donde coordinadamente y con conocimientos técnicos y científicos dimos una atención pronta y adecuada evitando mayor complicación de la Sra. María logrando controlar su problema .Sabemos que este problema si no hay conciencia del paciente sobre control estricto de su enfermedad en tomar en serio las recomendaciones y el tratamiento se vuelve en un paciente crónico que se desatará en la muerte. Hago un llamado en amar la vida que Dios nos ha dado por eso cuidémosla con todo nuestro esfuerzo.



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.

Objetivo uno: Determinar la prevalencia y filiación de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

1.) En el período del 1 de mayo del 2010 al 31 de abril 2011 en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta la insuficiencia cardíaca congestiva formo parte de las 10 primeras causas de morbilidad situándose en el décimo lugar con una prevalencia de 0,23% que corresponde a 160 pacientes.

La prevalencia más notoria es que sin diferencia de género la insuficiencia cardíaca congestiva afecta tanto a hombres como a mujeres destacando el 50,45% masculino y el 49,54%, femenino, entre la edad de 61 años y más dándonos un porcentaje de 63,06% seguido con el 31,53% entre las edades de 41 a 60 años, mientras que el porcentaje declina entre las edades de 20 a 40 años, con un 5,40%. Se destaca el 54,95% de pacientes del área urbana seguido el 43,24% del área rural, con una declinación clara de otras provincias con el 1,8%. Se Constató que las casadas tienen un mayor riesgo de insuficiencia cardiaca con un 38,73% el 47,74% tienen primaria el 40,50% es iletrado, el 73,87% equivalente 82 pacientes son de bajo nivel económico el 36,03% de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, no trabajan.

Objetivo dos: Registrar los factores de riesgo, tratamiento y destino de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

2) Con relación a los factores de riesgo se tienen datos importantes sobre la Hipertensión Arterial, es un factor de riesgo destacándose porque el 73,87% antecedente personal y el 63,03,% antecedentes familiares, diabetes mellitus, el 13,51% de antecedente personal y el 24,32% antecedente familiares con relación a las enfermedades isquémicas el antecedente personal es de 4,50%, el manejo clínico se destaca con el 63,96% mientras que el manejo cardiológico en 36,03%, los datos obtenidos en la investigación 84,68% ingresan a medicina interna un 10,81% salen al domicilio el 3,60% unidad de cuidados intensivos y el 0,9% fallecen en emergencia.

Objetivo tres: Registrar información del personal de enfermería y criterios sobre la atención en emergencia a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

3) De los datos obtenidos resaltan los siguientes porcentajes: el 58,33% tiene título de Lic. En Enfermería, un 16,66 % coincide magíster e internas de enfermería y el 8,33% es de personal Auxiliares de Enfermería. Observa que un 33,33% de personal está entre los 21 a 25 años de servicio, un 17% de 0 a 5 años de 11 a 15 años también presenta un 16,66% declina a un 8,33% mayor de 25 años de servicio, un 75% de personal de enfermería de la emergencia no ha asistido a cursos ni a capacitaciones el 8,33% coinciden con la responsabilidad en el trabajo, compromiso consigo mismo, motivación al personal, de los directivos del hospital.

Objetivo cuarto: Determinar el cumplimiento de protocolo para la atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en emergencia.

4) De acuerdo a datos obtenidos se destaca el 55,85% las acciones de enfermería es de control clínico se signos el 36,93% es de administración de medicamentos mientras que el 3,60% acciones cardiológicas y control de vías. Con relación al cumplimiento de las prioridades de la atención de enfermería el 58,33% está totalmente de acuerdo. 8,33% totalmente en desacuerdo, se puede observar que el 41,66% está en desacuerdo con el cumplimiento del protocolo 41,66% coincide en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Se observa que el 41,66% del personal encuestado refiere a que debe tomarse en cuenta todos los parámetros mencionados, un 33,33% prefiere que sea ejecutable, el 8,33% refiere que se debe exponer el propósito del protocolo, socialización del protocolo.

Objetivo quinto: Proponer la actualización de un protocolo de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.

5) En el estudio se evidenció que en el área de emergencia no existe un protocolo actualizado de atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, siendo conveniente entonces la elaboración del protocolo.

5.2. RECOMENDACIONES.

- 1.)** Al terminar la investigación se constata que la insuficiencia cardíaca congestiva afecta tanto a los hombres como a las mujeres sin importar edad ni condición social y de vida, por lo que es conveniente recomendar a las autoridades de Salud Pública, al personal médico y de enfermería, el fortalecer la educación con nuevos conocimientos; orientada a la prevención de la insuficiencia cardíaca congestiva.
- 2.)** Los factores de riesgo que causan insuficiencia cardíaca congestiva están plenamente identificados por lo que se recomienda, a las autoridades del hospital, dotar de equipos e insumos médicos en el área de emergencia para que la atención sea rápida y eficaz para evitar mayor complicación del paciente.
- 3.)** Hoy en la actualidad las autoridades de salud están evaluando frecuentemente al personal, se sugiere a los directivos del hospital que se interesen más en la formación y capacitación del personal de emergencia, apoyándolos incondicionalmente para que estudien y se capaciten. Al personal de enfermería que se formen individualmente ya que el saber es derecho y responsabilidad de todos.
- 4.)** Sabemos que si no se cumple con una norma o un reglamento los resultados no son favorables, por lo que se sugiere al personal de enfermería del área de emergencia a revisar, leer el protocolo y llevarlo a cabo su cumplimiento, para que la atención al paciente sea integral con calidad y calidez.
- 5.)** Que las autoridades del Hospital Rodríguez Zambrano apliquen el protocolo propuesto. Lo socialicen en el área de emergencia y a otros servicios para que la atención de enfermería sea rápida y eficaz evitando mayores daños al paciente.

6.- BIBLIOGRAFÍA.

1.-ALDAMIZ-ECHEVARRIA *Guías Clínicas - Insuficiencia Cardíaca*. Hospital Universitario de A Coruña - SERGAS – España ESC, 2008. Pgs. 54,55.

2.- BRAUNWAL. *Tratado de Cardiología. Cardiología “El libro de Medicina Cardiovascular” Volumen 2. Elsevier Española Séptima edición 2005 pg.781*

3.-CASTELLS MOLINA.S, HERNÁNDEZ PÉREZ.M. *Farmacología en enfermería cardiológica*, 2da .Edición. Editorial, Elsevier Madrid. España. 2006. Pg. 537.

4.-_CASTRO DEL POZO, JOSÉ LUIS PÉREZ ARELLANO_ *Manual de patología general* - Libri mundi Elsevier España Sexta Edición 2006 - Página 278

5.- COMPENDIO DE ENFERMERÍA. 9 Ene 2008 ... icc.jpg

Disponible en: <http://www.compendiodenfermería.com/atención-de-enfermería-en-icc>. 12/09/2009. 17:35H00

6. _COMPENDIO DE ENFERMERÍA *Atención de enfermería en ICC. Posted on January 9th, 2008 by Cristian.*

Disponible en: <http://www.compendiodenfermería.com/page/15/?s=tec> 20/11/2009 16:hoo

7.- CRISTIAN LANDERO DECAP, ENFERMERO (2008)

Disponible en: <http://www.compendiodenfermería.com/atención-de-enfermería-en-icc/> 18/11/2009 20:hoo

8.- FISIOPATOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y MONITORIZACIÓN Dr. J.M.

Campos Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Vista rápida 15 Oct 2009.

Disponible en http://www.scartd.org/arxius/fisiopato_cardio05.pdf - Similares
20/09/2010 09:h00

9.- ELECTROCARDIOGRAMA

Disponible en:

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo56/capitulo56.htm> 23/08/2010

14: h00.

10.- FERRI CONSULTOR CLÍNICO, 2006-2007: claves diagnósticas y tratamiento ...

Disponible en: [Http://books.google.com](http://books.google.com) › Education › General 16/03/ 2010 09:h00

11.- GAMES, CALVO, PENADES Protocolo de Enfermería en la insuficiencia cardíaca. - Pagina nueva 2

Disponible en: <http://www.enferurg.com/articulos/protocoloinsuficienciacardiaca.htm>
/09/2010 21:h00.

12.- GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA Insuficiencia Cardíaca. 30 Mar 2010.

Disponible en. <http://www.fisterra.com/guias2/icc.asp> - En caché - Similares
20/04/2010 20:h00

13.-*Historial de las Hijas de la Caridad,* residentes en el Hospital Rodríguez S.E Manta
2010. Pag. 10 -12.

14.-REVISTA ELECTRÓNICA DE PORTALES MÉDICOS.COM. 5 Dic 2007

Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/.../Diagnóstico-de-Enfermería-Evolución-...> 27/08/ 2009. 20 h15

15.-REVISTA DE ENFERMERÍA, EVALUACIÓN. *Fundamentos de enfermería parte I.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas.; **2006.** ...

Disponible en:

<http://www.encolombia.com/.../enfermeria/.../Procesosdeatenciondeenfermeria2.htm> - 15/ 08/ 2010 08:h00.

16.-Manual Normativo Técnico Administrativo. Departamento de Enfermería. S.E Hospital Rodríguez Zambrano.2010, pgs. 6-7

17.-MCCLOSKEY. J. BULECHEK. G..*Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC) cuarta edición .Editorial Elsevier España S.A. Madrid 2007 p.598.

18.FERREIRA RICARDO. Centro de Medicina Biomolecular.

Disponible en: [http:// www.antioxidantes.com.ar/FrArt016.htm](http://www.antioxidantes.com.ar/FrArt016.htm) 20/17/2010 14hoo

19.-SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA de la insuficiencia cardíaca en España de JR Banegas - Citado por 23 - Artículos relacionados.

Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/en/node/2048100> - España 26/10/2010 18:h00.

20.-TAMAYO *Insuficiencia Cardíaca Congestiva Diagnóstico de enfermería* [...webs.ono.com/aniorte.../trabaj_insuf_cardiac_congest.pdf](http://webs.ono.com/aniorte.../trabaj_insuf_cardiac_congest.pdf) - España 2006–

21.- TEXAS CARDIAC ARRHYTHMIAS.Insuficiencia cardíaca - Health Library St. David's Texas Cardiac .. **4/16/2009**

Disponible en : <http://www.tcainstitute.com/health-library/conditions-treatments.aspx?...> **25/04/2010 21:h00.**

22.-ZAMORA. *Manual de Enfermería.* Primera Edición Bogotá S.A. Colombia, Editorial Quebecor wordd2006,.. P.172.

23.-ZAMORA *Diccionario Médico, colombiana* Primera edición, Editorial Printer. 2005. S.A. p.578

24.-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN FACULTAD DE ENFERMERÍA *Proceso de Enfermería*

Disponible en: <http://www.uady.mx/.../Proceso/introducción.html> 12/09/2010 14:h00.

25.-AUCAPIÑA TIPÁN. Vilma. *Apuntes Científicos, Técnicos y experiencia de la autora en el cuidado directo a pacientes con ICC.* S.E. Manta Hospital Rodríguez Zambrano.2010.

Anexos

ANEXO N°- 1



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESTUDIOS NUNIVERSITARIOS.

EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A EMERGENCIA, HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.MANTA 2010 Y PROPUESTA DEPROTOCOLO ACTUALIZADO.

INSTRUMENTO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN LA EMERGENCIA DEL HRZ DE MANTA 2010-2011

OBJETIVO.

Conocer el criterio del Personal de Enfermería acerca de la capacitación y conocimientos de la Insuficiencia Cardíaca.

INTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO.

Lea detenidamente la información interrogativa y escriba en el recuadro de la derecha el número que Usted considere correcto.

I INFORMACIÓN GENERAL.

1) SEXO DEL INFORMANTE.

1.- F

2.-M

2) EDAD.

1.- 20 a 30

2.- 31 a 50

3.- Mayores de 50 años

3) NIVEL ACADÉMICO.

1.- Auxiliar de Enfermería.

2.- Interna de Enfermería.

3.- Lic. en Enfermería.

4.-Magister.

4) AÑOS DE SERVICIO.

1.- 0 a 5

2.- 6 a 10

3.- 11 a 15

4.- 16 a 20

5.- 21 a 25

6.- Mayores de 26 años

**5.- HA RECIBIDO CURSOS DE CAPACITACIÓN DE MAS DE 30 HORAS
SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICC EN
LOS ULTIMOS 3 AÑOS.**

1.-SI

2.-NO

INTRUCTIVO DE ESCALA DE LIKERT.

Se le ruega que lea detenidamente el contenido del detalle y contestar objetivamente al frente de cada afirmación solo conteste una opción con una X.

N	DETALLES	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1	El sexo que predomina en la ICC es el Masculino.				
2	El rango de Edad más frecuente de ICC es mayor de 60 años				
3	La estadística de ICC tiene una calificación excelente en el área de emergencia				
4	El personal de Enfermería está debidamente preparado para atender a pacientes con ICC.				
5	En el área de UCIM esta correcta la distribución del personal de enfermería 1 aux, 1 lic, 1 I/E				

N	DETALLES	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
6	Se cumplen las prioridades del protocolo de atención de enfermería de manera satisfactoria				
7	El personal de Enfermería está suficientemente preparada ante una emergencia de ICC				
8	El espacio físico de Emergencia cumple con toda la infraestructura acorde con la tecnología actual				
9	Existe la respectiva amabilidad, respeto, bondad, alegría, en relación con los pacientes atendidos				
10	Todos los pacientes a más de ayuda reciben atención espiritual y psicológica.				
11	El hospital se preocupa constantemente para que se den charlas conferencias talleres y ateneos.				
12	Siempre se cumple por parte del Aux/enf el monitoreo RCP EKG en Paciente con ICC				

N.-	DETALLES	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DASACUERDO
13	Los protocolos actuales de atención de enfermería son claros y aplicables				
14	Los mejores protocolos de Atención de enfermería a pacientes con ICC están en el idioma Inglés y Francés				
15	El formato moderno de elaboración del Protocolo de Atención de enfermería en ICC enfoca su importancia a los objetivos.				

Lea detenidamente la pregunta y conteste una opción y marque en el recuadro el número seleccionado.

16) ¿QUÉ ASPECTOS SUGIERE USD. QUE DEBEN TOMAR EN CONSIDERACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ICC?

- 1.- Autoeducación en ICC
- 2.- Responsabilidad en el trabajo.
- 3.- Compromiso con uno mismo.
- 4.- Motivación al personal de parte de los directivos.

17) ¿QUÉ ESTRATEGIAS DEBE TENERSE EN CUENTA PARA ELABORAR UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA NUESTRO HOSPITAL?

- 1.- Exponer el propósito del protocolo.
- 2.-Socialización del protocolo.
- 3.-Que sea claro, preciso y conciso.
- 4.-Que sea ejecutable.

ANEXO N°- 2



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESTUDIOS NUNIVERSITARIOS.**

**EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA QUE ACUDEN A
EMERGENCIA, HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO.MANTA 2010
Y PROPUESTA DE PROTOCOLO ACTUALIZADO.**

**INTRUMENTO DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA EL
PACIENTE ENTREVISTADO CON ICC.**

OBJETIVO.

Obtener datos verídicos de filiación, Antecedentes Patológicos, personales y familiares con lo que ha desatado la ICC en el Usuario.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

NUMERO DE HCL.

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE EGRESO:

1.- EDAD:

1. 20 A 40.

2. 41 a 60

3. 61 y más

2.- SEXO:

1.- F.

2.- M.

3.- PROCEDENCIA:

1. Urbano

2. Rural.

3. Otra Provincia.

4.- ESTADO CIVIL:

1. Soltero:

2. Casado:

3. Unión libre:

4. Divorciado.

5. Viudo.

6.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1.- Iltrado.

2.- Primaria.

3.- Secundaria

4.- Superior.

5.- Otra Alta

8.-TIPO DE TRABAJO:

1. Jubilado

2. Eventual

3. Contrato

4. Partida.

9.- ANTECEDENTES PERSONALES:

1. Hipertensión arterial.

2. Diabetes mellitus II

3. Obesidad.

4. Enfermedades isquémicas.

5. Otras enfermedades.

10.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

1. Hipertensión arterial:

2. Diabetes mellitus II

3. Enfermedades Isquémicas

4. Otros enfermedades

11.- ¿CÓMO HA RECIBIDO LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CALIDAD Y CALIDEZ?

- 1. Mala.
- 2. Regular.
- 3. Buena.
- 4. Muy Buena
- 5. Excelente.

12.- DESTINO DEL PACIENTE CON ICC.

- 1. Muerte.
- 2. Domicilio
- 3. Medicina Interna.
- 4. UCI

13.-TRATAMIENTO MÉDICO

- 1. Manejo Clínico
- 2. Manejo Cardiológico.

14.- DETERMINAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA MAS FRECUENTES.

- 1. Control clínico.
- 2. Monitoreo continuo
- 3. Administración de medicamentos
- 4. Vía Oral.-Sub lingual
- Intra muscular.
- Urinarias. -NGS.
- Venosa.
- 5. Control de vías
- Sub cutánea.
- Dérmica
- Rectal.
- Otras.

15.- REGISTRO DE FÁRMACOS.

1.- Incompleto.

2.-Semicompleto.

3.-Presunto completo.

4.- Completo

5.- Otros

ANEXO N°- 4

HISTORIA CLÍNICA.

HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA

Apellidos Paterno: Reyes Materno: Macias Nombre: Rosa
Marín

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA
DIVISION NACIONAL DE SERVICIOS TÉCNICOS
DPTO. NACIONAL DE ESTADÍSTICAS
QUITO - ECUADOR

CONTROL

Años	Ver.
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	

N° HISTORIA CLINICA: 153524

N° HISTORIA CLINICA: 153524

ANEXO N°- 5

ALBUM DE FOTOS DEL PROCESO DE LA TESIS.

**HOSPITAL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO PARTE POSTERIOR
DE EMERGENCIA**



**HOSPITAL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO PARTE FRONTAL**



**UN GRUPO DE INTERNOS DE MEDICINA
EN EMERGENCIA HRZ MANTA 2010**



**PERSONAL DE EMERGENCIA
CAPACITÁNDONOS MANTA 2010**



USUARIOS CON ICC ATENDIDOS EN UCIM DE EMERGENCIA DEL H.R.Z. MANTA 2010



USUARIOS CON ICC ATENDIDOS EN UCIM DE EMERGENCIA DEL HRZ MANTA 2010.



USUARIOS EN CONDICIONES CRÍTICAS EN UCIM



ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL HRZ POR EL PERSONAL DE SALUD.



**ENTREVISTA, ELABORACIÓN Y
CORRECCIÓN DE ANTEPROYECTO Y
TESIS CON EL DR. MARIO ANDRADE.**



**INVESTIGACIÓN Y RECOLECCIÓN DE
DATOS EN RECOLECTOR CLÍNICO EN
ESTADÍSTICA.**



APLICACIÓN DE ENCUESTAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



PROCESO DE APLICACIÓN Y CONCENTRADO ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN Y ELABORACIÓN DE TESIS



ORDEN	NIVEL ACADÉMICO	F	%
1	AUX ENFERMERIA	1	8.33
2	ENFERMERIA	2	16.66
3	LIC ENFERMERIA	7	58.33
4	INGEM	2	16.66
TOTAL		12	100.00

ORDEN	AÑOS DE SERVICIO	F	%
1	0 a 5	2	16.66
2	6 a 10	0	0
3	11 a 15	2	16.66
4	16 a 20	3	25
5	21 a 25	4	33.33
6	MAYORES DE 25 AÑ	1	8.33
TOTAL		12	100.00

ANÁLISIS: del cuadro y grafico N. 3 se observa claramente que el personal de enfermería de la emergencia del H.R.Z. tiene un 58.33% de Lic. en enfermería.

