

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO PARA GENERAR EL BIENESTAR DE
LOS PACIENTES CON IAM DESDE SU INGRESO A LA UNIDAD CUIDADO
CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI O DE BOGOTÁ**

XIMENA ANDREA DONOSO SASTRE

MARITZA MARCELA MEZA RUEDA

LEIDY JOHANNA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

ESPECIALIZACION DE CUIDADO CRITICO NUEVA MODALIDAD

CHIA

2015

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO PARA GENERAR EL BIENESTAR DE
LOS PACIENTES CON IAM DESDE SU INGRESO A LA UNIDAD CUIDADO
CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ DE BOGOTÁ**

XIMENA ANDREA DONOSO SASTRE

MARITZA MARCELA MEZA RUEDA

LEIDY JOHANNA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

**PROYECTO DE GESTION PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADO CRÍTICO**

ASESORA

DOCTORA ALEJANDRA MARIA ALVARADO GARCIA

PROFESORA ASISTENTE

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

ESPECIALIZACION DE CUIDADO CRITICO NUEVA MODALIDAD

CHIA

2015

Contenido

INTRODUCCION.....	5
1. MARCO DE REFERENCIA.	6
1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	6
1.2 ARBOL DE PROBLEMAS.....	10
1.3 JUSTIFICACION.....	11
2. OBJETIVOS.	15
2.1 OBJETIVO GENERAL.	15
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
3. SOPORTE CONCEPTUAL.	16
3.1 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.....	16
3.2 PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO.	17
3.3 REINGRESO HOSPITALARIO.	17
3.4 BIENESTAR.	17
4 .SOPORTE TEORICO.	18
4.1 FUENTES TEORICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORIA.....	19
4.2 PRUEBAS EMPIRICAS.....	19
4.3 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.	19
4.4 METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORIA.	21
4.5 AFIRMACIONES TEORICAS.	22
4.6 FORMA LÓGICA.	22
5. MARCO TEORICO	23
5.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	23
5.2 TERAPIA TROMBOLITICA.....	24
5.3 ARTERIOGRAFIA CORONARIA.	24
5.4 ANGIOPLASTIA CORONARIA.	25
5.5 STENT CORONARIO.....	26
5.6 REVASCULARIZACION MIOCARDICA.....	26
5.7 TRATAMIENTO DEL INFARTO	27
5.8 FACTORES DE RIESGO	29
5.9 DIETA	33
5.10 ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO	33
5.11 PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO	34

5.12 REINGRESO HOSPITALARIO.....	35
6. PRINCIPIOS ETICOS.....	35
6.1 BENEFICENCIA NO MALEFICENCIA.....	36
6.2 AUTONOMIA.....	36
6.3 JUSTICIA.....	37
7. ESCENARIO DEL PROYECTO.....	38
7.1 CONTEXTO.....	38
7.2 MISION.....	38
7.3 VISION.....	39
7.4 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES.....	39
7.5 POLITICAS INSTITUCIONALES.....	39
7.6 DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRADO.....	40
8. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	42
9. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN.....	47
10. CRONOGRAMA.....	68
11. PRESUPUESTO.....	69
12. CONCLUSIONES.....	70
13. LIMITACIONES.....	73
14. RECOMENDACIONES.....	74
15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75
16. ANEXOS.....	78

INTRODUCCION.

Las enfermedades crónicas no transmisibles cada día adquieren más protagonismo en nuestros escenarios de atención en salud, sus complicaciones generan en nuestros pacientes deterioro progresivo y desencadenan consecuencias fatales que no solo afectan a quienes las padecen sino que involucran y tocan las fibras de familiares, personal de salud y adquieren un impacto a nivel social y económico.

A través del tiempo la mortalidad por IAM ha incrementado a nivel mundial y en Colombia se ha convertido en la primera causa de muerte. Las complicaciones tales como re infarto, arritmias, insuficiencia cardiaca, entre otros, se traducen en reingresos hospitalarios.

Los reingresos hospitalarios en pacientes que han cursado con IAM se relacionan con complicaciones mecánicas secundarias al área afectada por el infarto, sin embargo la gran mayoría de reingresos se relacionan con un inadecuado control de los factores de riesgo incluyendo falta de adherencia al tratamiento farmacológico, mal control de peso, dieta inadecuada, entre otros; es en este punto en el que enfermería puede intervenir brindando una educación veraz y oportuna, identificando al paciente como actor principal y generador de acciones que contribuyan a su propio bienestar.

Sin embargo ¿por qué esperar hasta el momento del alta hospitalaria para brindar la educación? Enfermería puede aprovechar desde el momento del ingreso a la unidad de cuidado intensivo cardiovascular para iniciar el proceso de educación al paciente con IAM y su familia, se hace necesario entonces elaborar un plan de egreso para los pacientes en el cual participen la enfermera, paciente y familiar como red de apoyo.

El plan de egreso se convierte en una herramienta aliada para generar el bienestar de nuestros pacientes, esto generado desde el momento del ingreso a la UCV hasta el egreso de la misma. El plan de egreso tendrá como puntos fuertes la fisiopatología del IAM, tratamiento farmacológico e invasivo en lenguaje sencillo, manejo de factores de riesgo, dieta, actividad física y metas a cumplir por parte del paciente de La UCV.

1. MARCO DE REFERENCIA.

1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Los síndromes coronarios agudos son un problema mayor de salud pública en todo el mundo. El síndrome coronario agudo (SCA) incluye infarto agudo de miocardio (IAM), con o sin elevación del segmento ST y la angina inestable.

La incidencia anual de IAM es 565.000 nuevos eventos y 300.000 ataques recurrentes cada año.¹

En los Estados Unidos fallecen al año casi 700.000 personas a causa de enfermedades cardiovasculares. En América Latina no cambian mucho estas cifras, cuando se calcula que en los primeros 10 años habrá cerca de 20,7 millones de defunciones por este tipo de enfermedad. En el año 2005, el 31 % de todas las defunciones ocurridas en Latinoamérica y el Caribe pudieron atribuirse a estas enfermedades. En Colombia, de acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio de la Protección Social, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más.²

Por la severidad del cuadro clínico, los pacientes con enfermedad cardiovascular críticamente enfermos requieren un cuidado especializado en Unidades Coronarias con el apoyo y atención de un equipo interdisciplinario con un nivel de entrenamiento y capacitación especial con fundamentación técnica, científica, ética y humanística; que brinden un cuidado con calidad, y que además ofrezcan un soporte vital para corregir la inestabilidad hemodinámica o el compromiso neurológico y respiratorio. También necesitan un trato humanizado, la actitud de

¹ Cassiani M Carlos A, Cabrera G Armando. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. Salud, Barranquilla [serial on the Internet]. 2009 June [acceso 14 de Mayo de 2015] ; 25(1): 118-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522009000100011&lng=en.

² La habana provincia de ciudad de la Habana, Cuba. (acceso 15 de mayo de 2012) Fonseca, K. Síndrome coronario agudo. Comportamiento clínico epidemiológico en cuidados intensivos.

escucha, la comunicación efectiva y la mejor comodidad posible durante su estancia en la Unidad Coronaria.

El infarto agudo de miocardio se constituye en la principal causa de mortalidad en los países desarrollados y a su vez en el principal indicador de ingresos hospitalarios. Concretamente, en España cada año se producen alrededor de 140.000 muertes y 5 millones de hospitalizaciones a causa de infarto agudo de miocardio.³

Según un estudio observacional realizado en España, los datos obtenidos de la Base de Datos Administrativa de Altas Hospitalarias para el período comprendido entre 2000 y 2007 dio como resultado un aumento en las tasas de reingreso donde el 50% de los pacientes eran menores de 45 años y el 38% mayor de 75 años. Los varones reingresaron con mayor frecuencia que las mujeres durante todo el periodo de seguimiento.⁴

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad en occidente al igual que la primera causa de muerte en Colombia precedida tan solo por la violencia. El Infarto Agudo de Miocardio implica un importante consumo de recurso en salud, esto si se tienen en cuenta los años de vida perdidos, debido a que es la patología más frecuente dentro de este grupo de enfermedades. Se ha estimado que en Colombia hay 5 eventos coronarios por hora y que se producen 45 muertes al día por esta enfermedad.⁵ Es importante resaltar que la edad promedio de presentación del IAM está entre 60 y 70 años, aun cuando es más frecuente en mujeres a edades avanzadas (64 años) comparada con los hombres (entre 35 y 45 años), quienes se consideraban

3 Bogotá D. C., Jan. 29 de 2014 - Agencia de Noticias UN- Muertes por enfermedades coronarias aumentarán casi al doble en 2021. Revisar como se cita un artículo de la web-noticia

4 Rev. Es Cardiol. 2012; 65:414-20. - Vol. 65 Núm.05 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.09.009. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años

5 Marín F, Ospina L. Infarto Agudo del Miocardio en adultos jóvenes menores de 45 años. Revista Colombiana de cardiología. 2000., 11 (4) : 193-204

población de bajo riesgo para presentar IAM pero esta relación cambia a edades tempranas.⁶

A pesar de tener un alto índice de mortalidad y de ser la principal enfermedad cardiovascular el infarto agudo de miocardio, es un estado desconocido para quienes lo padecen. Desafortunadamente el volumen de pacientes, la urgencia de la intervención temprana, la sobrecarga laboral y algunas veces la deshumanización del equipo de trabajo, conllevan al desconocimiento de las causas, tratamiento y recuperación del IAM.

El cuidado de enfermería de pacientes con problemas coronarios se basa en una educación continua hacia el paciente y su familia para evitar posibles reingresos a causa de su patología, por eso el deber ser del profesional de enfermería es afianzar sus conocimientos para poder brindar un cuidado integral al individuo y de esta forma facultar al paciente en su propio autocuidado.

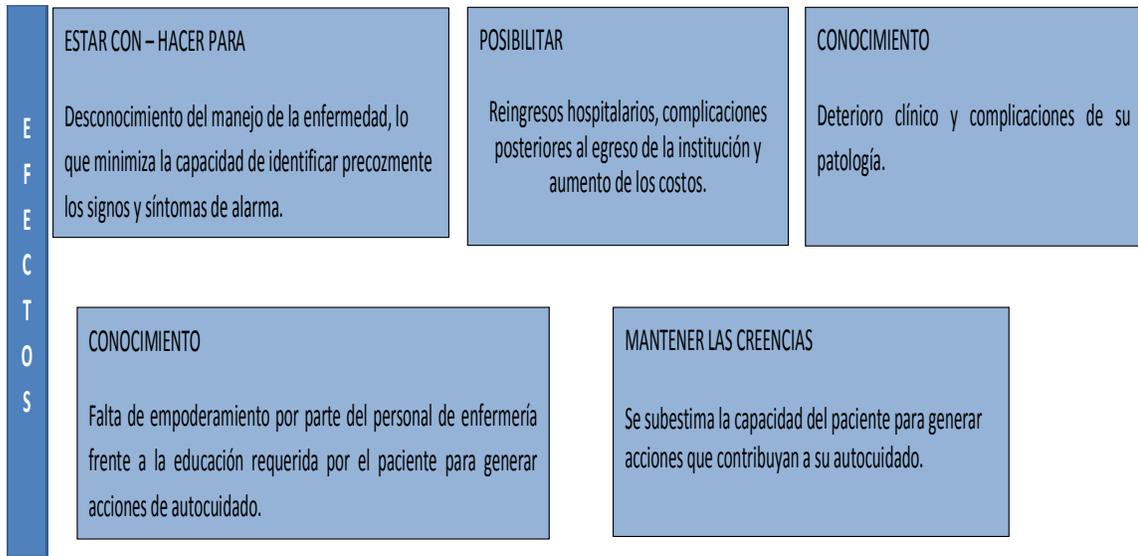
La incertidumbre que tanto el paciente como su familia presentan radica en el total desconocimiento de la situación actual y futura, el paciente se pregunta ¿Qué me sucedió? ¿Y ahora qué sigue? ¿Podré continuar con mi vida? El desconocimiento de su patología y del desarrollo de ésta lleva a un estrés, ansiedad y también a complicaciones domiciliarias. Dichas complicaciones surgen del desconocimiento de signos y síntomas de alarma, desconocimiento de la importancia de adherencia a la medicación y de hábitos de vida saludables. A pesar de recibir información por parte del equipo médico el paciente en situación de enfermedad no entiende conceptos con terminología científica del IAM, es deber de la enfermera traer dicho conocimiento científico y ponerlo al alcance del paciente y su familia para lograr una comprensión.

La implementación de un plan de egreso hospitalario para pacientes con IAM permitiría que los índices de reingresos, complicaciones, mortalidad y costos

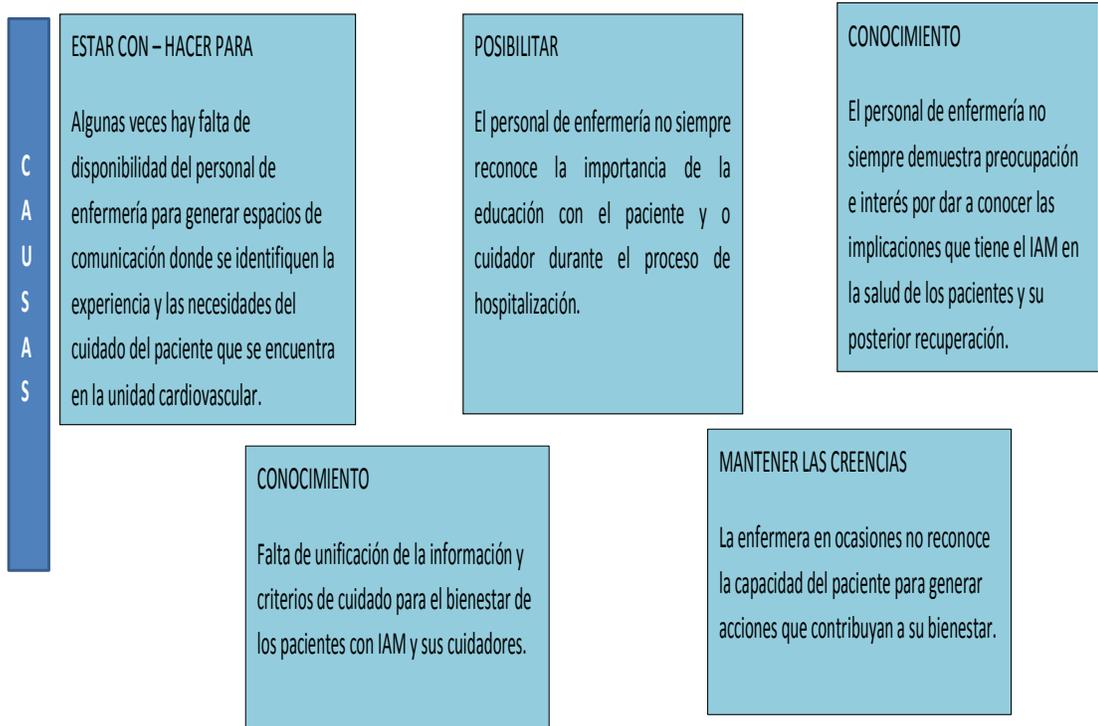
6 Cano García MA, Castillo Martínez L, Orea Tejada A, Escamilla Mondragón J, Gonzales Treviño O, Ascencio la fuente E, Dorantes Gracia J, Prevalencia de cardiopatía isquémica, demostrada mediante tomografía por emisión de fotón único (SPECT) Tc 99 m sestemibi en menores de 40 años y su asociación con factores de riesgo. Med in Mex. 2005., 21 (4) :247-54

hospitalarios se redujeran de manera significativa y de igual forma contribuiría a que los pacientes adoptaran estilos de vida saludable que generen su bienestar.

1.2 ARBOL DE PROBLEMAS.



NECESIDAD DE ELABORAR UN PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO PARA LOGRAR EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES CON IAM DESDE SU INGRESO A LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACION CLINICA SHAO.



1.3 JUSTIFICACION.

Las enfermedades cardiovasculares se han posicionado como la primera causa de mortalidad en países desarrollados y en vías de desarrollo como consecuencia de la llamada transición epidemiológica. Dentro de las enfermedades cardiovasculares, el IAM se consolida como la principal causa de muerte en pacientes hospitalizados y representa en sí, una gran carga asistencial y económica.

En la Fundación Clínica Shaio en el periodo de Enero a Junio de 2015, el número de ingresos de pacientes con IAM a la Unidad de Cuidado Cardiovascular fue de 811 pacientes, de los cuales 211 corresponden a pacientes que reingresan por el mismo cuadro clínico. En consideración con las cifras anteriormente mencionadas surge el interrogante de si el proceso de educación que se está generando con el paciente y su familia sobre su enfermedad se ha realizado de manera correcta o efectiva lo que permita una adecuada adherencia a su tratamiento y concientización del cumplimiento de las recomendaciones dadas evitando así el riesgo de complicaciones mayores.

Hay un vacío en la investigación frente a directrices concretas en el plan de transición y egreso. Pocos son los documentos que proponen características para el desarrollo teórico y son limitados los estudios que presentan los beneficios y la efectividad de este plan para orientar el cuidado. El Plan de Egreso es un proceso interdisciplinario, donde enfermería tiene una participación central en la identificación de necesidades, planeación de estrategias de intervención y control sobre la efectividad de estas.

Debido a la mencionada transición epidemiológica y estadísticas proporcionadas se ve la necesidad de crear el plan de egreso hospitalario, vinculando activamente a los cuidadores y familiares quienes hacen contribuciones y dedican gran esfuerzo para lograr el bienestar de sus seres queridos. Pero también aporta al sistema de salud debido a que si se da continuidad en el cuidado reconociendo las necesidades de los pacientes que se requieren para el manejo en casa, se disminuirían los reingresos hospitalarios, los costos de los servicios, las complicaciones y el estrés para los pacientes de regresar a una

nueva hospitalización. En consecuencia, y para alcanzar estos propósitos, la utilidad del plan de egreso radica en que éste es una herramienta fundamental con la cual se espera que el paciente, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar mediante la intervención del profesional que logra que el paciente y su familia potencialicen las capacidades para su auto cuidado de una forma voluntaria y participativa.

Sin embargo no solo son los pacientes los beneficiados sino además la familia e incluso las entidades de salud también se benefician. Al poder realizar el plan de egreso los reingresos hospitalarios disminuirán, por consiguiente el estrés familiar por la hospitalización también disminuirá, las jornadas de acompañamiento o desplazamientos hasta la clínica se reducirán y la incertidumbre por el pronóstico de su familiar también disminuirá ya que el ambiente hospitalario es un mundo totalmente ajeno y estresante para las familias. La preparación del paciente y la familia para el alta es un proceso de cuidado y educación que inicia durante la hospitalización y requiere una participación activa del profesional, por lo tanto es necesario desarrollar este aspecto en las instituciones de salud, para que de esta manera mejore la relación enfermera/paciente/familia, y así reducir las complicaciones asociadas a falta de instrucción sobre el cuidado. Requiere de un cambio de actitud del profesional y en los planes de atención de Enfermería, para aprovechar el momento adecuado en el paciente para que entienda, aprenda y participe en su auto cuidado.

El profesional en Enfermería dentro del equipo de salud es quien permanece la mayor parte del tiempo con el paciente y además de escuchar sus preocupaciones y necesidades también se encarga de su monitoria hemodinámica, atención de necesidades de confort y comunicación. El cuidado de Enfermería exige una cercanía directa con la persona enferma, y para que los cuidados sean de alta calidad es fundamental que estos compensen sus necesidades.

Es indispensable que la calidad del cuidado que brinda el profesional en Enfermería sea la mejor porque como lo expresan Reyes y Barbón (2008): “El

cuidado de enfermería constituye la piedra angular sobre la cual se construye la interacción entre el equipo de salud y el paciente, a través de éste se operacionalizan los tratamientos desde el convencional hasta el intervencionista más avanzado protegiendo la vida y mejorando la calidad de vida de cada persona.”⁷

Para la profesión, el plan de egreso es una herramienta de gran utilidad para mejorar las condiciones de autocuidado y disminuir complicaciones y reingresos, es el trabajar desde la hospitalización hasta el momento de salida del paciente para favorecer, implementar y fortalecer las herramientas necesarias para que el paciente y la familia logren una adecuada transición entre el ambiente hospitalario y su hogar, enfermería debe liderar este proceso ya que es la principal cuidadora y está dentro de su esencia el cuidar, enseñar y buscar las mejores estrategias para el bienestar de las personas que tiene como pacientes y a su vez influir en su ambiente familiar al poder mejorar los conocimientos de la familia o cuidadores y lograr acciones de auto cuidado.

La comunicación con calidad en el cuidado de enfermería corresponde a la capacidad que tiene la enfermera de brindar un cuidado con calidez, humanismo, inspirar en el paciente seguridad y empatía, estar cerca de él para apoyarlo e instruirlo en el auto cuidado de su enfermedad, permitirle compartir sus experiencias, opiniones y sentimientos haciéndole sentir que es importante todo lo que siente y expresa.

La calidad del cuidado de enfermería significa centrarse en el cuidado a la persona que en continua interacción con el entorno vive experiencias de salud, es decir que la práctica del cuidado de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias sino que requiere conocimientos científicos, aplicación de planes de cuidado para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a las necesidades del paciente y/o familia.

⁷ Reyes Morales C, Barbón Clemente J. Atención de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados coronarios.

El beneficio para la enfermería como profesión al implementar un plan de egreso hospitalario desde el ingreso, sería aportar herramientas y conocimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes, para las instituciones disminución de costos por reingresos, para las familias disminución de estrés por estancias prolongadas o reingresos y lo más importante para nuestros pacientes que son la razón de ser de nuestra profesión.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un plan de egreso hospitalario para lograr el bienestar de los pacientes con IAM desde su ingreso a la unidad cardiovascular de la Fundación Clínica Shaio.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Sensibilizar a la enfermera acerca de la importancia de generar espacios de comunicación donde se identifiquen la experiencia y las necesidades de cuidado del paciente. (Estar con- hacer para)
- Unificar criterios para brindar cuidado de enfermería para el bienestar al paciente con IAM y sus cuidadores (Conocimiento).
- Identificar al paciente y su familia como generadores de acciones que promuevan su bienestar. (Mantener las creencias).
- Promover el interés por parte del personal de enfermería en la importancia de brindar educación al paciente y familia en el proceso de hospitalización. (posibilitar).

3. SOPORTE CONCEPTUAL.

3.1 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

El infarto agudo de miocardio es una crisis biológica generada por la pérdida total o parcial del flujo coronario efectivo, que ocasiona serias lesiones en el tejido miocárdico, denominada necrosis tisular. Forma parte de un conjunto significativo de enfermedades isquémicas del corazón y se relaciona directamente con alteraciones del sistema coronario, en donde persiste un desequilibrio entre la oferta y la demanda de la perfusión miocárdica.⁸

Es responsable de altas tasas de morbi-mortalidad de la población colombiana, de años de vida potencialmente perdidos, de altos índices de discapacidades físicas, psicológicas, sociales y laborales, pérdida de productividad y deterioro de la calidad de vida.

La principal causa del infarto agudo de miocardio es la arterioesclerosis y su aparición está vinculada a la presencia de factores de riesgo y condiciones de vida, susceptibles de ser identificados tempranamente y en los cuales se puede intervenir favorablemente, favoreciendo su prevención y control, tales factores como patrones de alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco, presentan un papel preponderante en el ascenso estadístico de este tipo de afección.⁹

Existen una serie de medidas médico – intervencionistas, como el uso de agentes trombolíticos y la utilización de manipulación mecánica, que permite recanalizar el vaso o los vasos coronarios comprometidos para obtener un flujo

⁸ OPS.(1994).Las condiciones de salud de las Americas.V.2,pp.113-127

⁹ ALONSO MERCHAN. (1993).Infarto agudo de miocardio. Urgencias cardiovasculares. Colección de Educación Médica, v.12, Fundación Clínica Shaio, Escuela Colombiana de Medicina, Editorial Kimpres Ltda.P.41.

adecuado que mejora significativamente el desequilibrio presente en la etapa aguda.

3.2 PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO.

Se define como un conjunto de actividades específicas e individualizadas, realizado por el profesional de enfermería, tendientes a satisfacer las necesidades identificadas en una persona para resolver problemas prioritarios reales o potenciales que surgen a partir de la situación de salud o proceso de enfermedad por el que cursa.¹⁰

3.3 REINGRESO HOSPITALARIO.

Es el reingreso por un mismo diagnóstico de un paciente tratado y dado de alta, durante 21 días inmediatos al egreso. Se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la genero.¹¹

3.4 BIENESTAR.

Es un estado que depende del contexto y de la situación, que comprende aspectos básicos para una buena vida: libertad y capacidad de elección, salud y bienestar corporal, buenas relaciones sociales, seguridad y tranquilidad de espíritu.

En este caso y para nuestro proyecto enfocaremos el concepto como lo vio Swanson. Es un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud.¹²

¹⁰ El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. Colombia, revista u.d.c.a. actualidad y divulgación científica issn: 0123-4226,2014 vol: 17 fasc.1 págs. 13

¹¹ Ministerio de la protección social, resolución número 1466 de 8 de mayo de 2006 por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud pública, pagina 23.

¹² Ministerio de la protección social, resolución número 1466 de 8 de mayo de 2006 por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud pública, pagina 23.

4 .SOPORTE TEORICO.

Este proyecto se sustenta en la teoría de mediano rango de los cuidados de Kristen Swanson.¹³

Kristen M. Swanson, nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island. Se licenció en la University of Rhode Island School of Nursing, en 1975. Después de graduarse, Swanson comenzó su carrera como enfermera en la University of Massachussets Medical Center, en Worcester. Posteriormente, recordaban que lo que la atrajo a esta institución fue la orientación del fundador hacia una visión de la práctica profesional de la enfermería y que trabajaba activamente con las enfermeras para aplicar esos ideales al trabajo con los clientes. (Swanson). Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo final de enseñar esas destrezas a otros. De ahí que siguiera estudios de posgrado en el Programa de Enfermería de la Salud y de la Enfermedad de Adultos en la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia. Tras recibir un Máster en Enfermería (1978), Swanson trabajó durante un año como instructora clínica de enfermería médico quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la Universidad de Colorado (Denver), donde estudió enfermería psicosocial haciendo hincapié en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados.

Mientras era estudiante de doctorado, Swanson participó en un grupo de soporte al nacimiento por cesárea, como parte de una experiencia práctica con una actividad de promoción de la salud. En uno de los encuentros, centrados en el aborto, observó que, aunque el orador invitado, un médico, se centraba en la incidencia y en los problemas de salud prevalentes, después del aborto, las mujeres asistentes estaban más interesadas en hablar de sus experiencias personales por la pérdida gestacional. A partir de aquel día, decidió aprender

¹³ Raile, A. Martha. Tomey, M. Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. (p. 741-750)

más sobre la experiencia humana y las respuestas al aborto; así, los cuidados y el aborto se convirtieron en el tema de su tesis doctoral y, posteriormente de su programa de investigación.

4.1 FUENTES TEORICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORIA.

Swanson recurrió a varias fuentes teóricas para desarrollar su teoría, por ejemplo libros y la experiencia clínica.

Esta última la llevó a cabo con la observación a los pacientes al moverse cuando salen restablecidos y, manifestaba que era como un milagro. Recurre a algunos especialistas en enfermería que le brindaron la oportunidad de modelar sus opiniones acerca de la disciplina enfermera que influyeron en su programa de investigación.

4.2 PRUEBAS EMPIRICAS.

Ella utilizó en su teoría de los cuidados las entrevistas en profundidad con un grupo de mujeres utilizando fenomenología descriptiva. Esta investigación le generó proponer unos modelos: el modelo de la experiencia humana del aborto y los modelos de los cuidados.

Con este trabajo Swanson decía que los cuidados deben de tener un equilibrio, de uno mismo y de la persona a la que se cuida

4.3 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.

- **Cuidados**

Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal.

- **Conocimiento**

Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

- **Estar con**

Significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.

- **Hacer por**

Significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

- **Posibilitar**

Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento o transición, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

- **Mantener las creencias**

Es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

DIAGRAMA ESTRUCTURA DEL CUIDADO



4.4 METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORIA.

- **Persona**

Define a las personas como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas. Las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

- **Cuidado de enfermería**

Swanson define la enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, por ejemplo, las humanidades, la experiencia clínica y los valores y las expectativas personales y sociales.

- **Salud**

Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la seguridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud.

- **Entorno**

Define el entorno de manera situacional. Para la enfermería es cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente, por ejemplo, aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, y económicos.

El entorno persona-cliente en enfermería pueden verse de forma intercambiable. El entorno- cliente puede ser especificado a nivel intraindividual, en donde el cliente puede ser el nivel intracelular y el ambiente pueden ser los órganos.

4.5 AFIRMACIONES TEORICAS.

Su teoría derivó de una investigación fenomenológica empírica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar a otros. Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente.

Los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer y por posibilitar al cliente.

4.6 FORMA LÓGICA.

La teoría intermedia de los cuidados de Swanson se desarrolló empíricamente utilizando una metodología inductiva. Chinn y Kramer (2004, 2008) han propuesto que el razonamiento inductivo, las hipótesis y las relaciones son producidos experimentando u observando fenómenos y sacando conclusiones.

5. MARCO TEORICO

5.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Es una crisis biológica generada por la pérdida total o parcial del flujo coronario efectivo, que ocasiona serias lesiones en el tejido miocárdico, denominada necrosis tisular. Forma parte de un conjunto significativo de enfermedades isquémicas del corazón y se relaciona directamente con alteraciones del sistema coronario, en donde persiste un desequilibrio entre la oferta y la demanda de la perfusión miocárdica.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico inicial del infarto agudo de miocardio usualmente se basa en una historia consistente con dolor torácico isquémico y cambios electrocardiográficos tempranos. El diagnóstico se confirma más tarde tanto por una elevación de las enzimas séricas y marcadores de necrosis y/o por una evolución típica de los cambios electrocardiográficos.

- Historia clínica: Alrededor del 75% de los pacientes refieren en la anamnesis historia de angina inestable, lo cual es un signo característico. Consiste en un dolor anginoso que se presenta tanto en la realización de mínimos esfuerzos como en reposo, esto ocurre en los días precedentes. La localización del dolor usualmente la describen en la región retroesternal, sin embargo puede tener irradiación al cuello, a la mandíbula, a los brazos o a la espalda; se acompaña de gran ansiedad sensación de muerte inminente, disnea, síntomas vasovagales como diaforesis profusa, náusea, vómito y diarrea.
- Diagnóstico electrocardiográfico: Los cambios electrocardiográficos del IAM son múltiples y requieren de una interpretación cuidadosa. El electrocardiograma servirá para determinar la localización del infarto y es aquí donde se realiza el diagnóstico diferencial de infarto con y sin supradesnivel del ST.

- Diagnóstico enzimático: La comprobación del infarto agudo de miocardio proviene de la demostración de elevación de los marcadores de necrosis (troponinas) o de las enzimas. Se valoran marcadores de CK y CK-MB y troponina, siendo esta última la más específica, si se cuenta con posibilidades de solicitar troponina las otras enzimas no son necesarias, sin embargo si no se cuenta con la posibilidad de solicitar y procesar troponina, se procederá a emplear la CK y CK-MB.

5.2 TERAPIA TROMBOLITICA.

La terapia trombolítica ha sido utilizada para preservar el músculo cardíaco y reducir el tamaño del infarto al maximizar la función residual del corazón, producir lisis del coágulo en la arteria ocluida, reabrir el vaso y permitir la perfusión del músculo cardíaco.¹⁴

Los principales objetivos de la terapia trombolítica en los pacientes con infarto son disminuir morbilidad, disminuir las demandas de oxígeno cardíaco, restaurar rápidamente el flujo sanguíneo miocárdico y revertir la isquemia, limitar el tamaño del infarto, aliviar el dolor y la ansiedad.¹⁵

5.3 ARTERIOGRAFIA CORONARIA.

Procedimiento que se realiza con dos finalidades, diagnóstico o terapéutico en el cual se introduce un catéter por la pierna o por la muñeca accediendo al sistema vascular y llega hasta la entrada del corazón y desde allí se aplica un medio de contraste dentro de las arterias del corazón y se filma una película de rayos x que nos muestra exactamente donde están los sitios de obstrucción de la arteria que presentó el infarto y como están las otras arterias del corazón también. Inmediatamente hecho el diagnóstico de la arteria o las arterias con obstrucción el Cardiólogo hemodinamista de acuerdo con las características de las estrecheces de estas arterias podría considerar la realización de una angioplastia y la posterior colocación de un STENT.

¹⁴ Nursing. (1994). Lucha contra reloj. Salvar el corazón con fármacos Trombolíticos. Edición española. V.12, pp.8-16.

¹⁵ Critical Care Nursing. (1998) Myocardial infarction. Review of Clinical Trials and Treatment Strategies. V.18.No.2, p.44.

5.4 ANGIOPLASTIA CORONARIA.

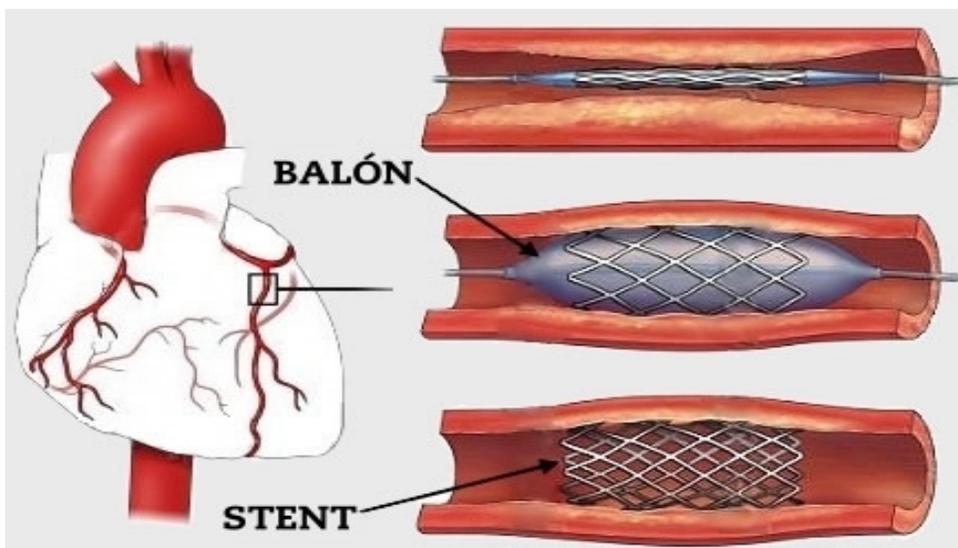
Es un procedimiento mediante el cual, a través de un catéter, se hace llegar un pequeño balón inflable a la sección de la arteria obstruida. Este balón, al ser inflado, comprime la obstrucción contra las paredes de la arteria, abriendo paso a la sangre que circula por ella.¹⁶

Se utiliza como un tratamiento primario del infarto agudo de miocardio o como tratamiento secundario después de una trombolisis. Existen algunas aplicaciones primarias (inmediatas): cuando está contraindicado el tratamiento trombolítico y shock cardiogénico.

Las principales complicaciones que se pueden presentar al realizar el procedimiento son disección de la capa media o intima de la arteria, formación de trombos en el sitio de la dilatación, oclusión total de la arteria que puede llevar a IAM, shock cardiogénico, hemorragia local, pseudoaneurisma, embolia intracoronaria, oclusión aguda, taponamiento cardiaco, arritmias y muerte.¹⁷

¹⁶ A.R.GRUNTIG,R.K.MYLER, HANNA ES, et al. (1997). Trasluminal Angioplasty of Coronary Artery Stenosis Circulation.

¹⁷ B.ROSE. Transluminal percutánea.Nursing 93. Septiembre.PP.21-25.



18

5.5 STENT CORONARIO.

El stent es un pequeño tubo de malla metálica que se hace llegar, mediante un catéter, hasta la zona obstruida. Una vez ubicado se expande y queda adherido a las paredes de la arteria, reforzando el procedimiento de desobstrucción. Se utiliza, con muy buenos resultados, como complemento de la Angioplastia.¹⁹

5.6 REVASCULARIZACION MIOCARDICA.

Es una intervención quirúrgica que utiliza venas de la pierna, o arterias de otra parte del cuerpo, para desviar la sangre posterior a la obstrucción de las arterias coronarias, que son las que suministran sangre oxigenada al corazón.²⁰

La misión de la cirugía de revascularización es suministrar sangre a las zonas del corazón que más sufren la falta de riego como consecuencia de la aparición y crecimiento de las lesiones coronarias.

¹⁸ www.icba.com.ar/hemodinamia/angioplast_02.jpg

¹⁹ Guía para el paciente acerca de la ACTP, Departamento de comunicaciones de Mercadeo de Advanced Cardiovascular Systems, Inc. (ACS).

²⁰ Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardíaco en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Noviembre 2011.

Esta operación es realizada bajo anestesia general. Después de abrir el esternón, se induce una parada cardíaca por medio de una solución cardioplégica específica, mientras que una máquina de extracorpórea mantiene la circulación y oxigenación del paciente. Después de colocar los injertos vasculares, el flujo sanguíneo es reinstaurado y el corazón reasume sus funciones. Como injertos vasculares son utilizados la arteria torácica interna izquierda (Art. Mamaria) y las venas de la parte interna del muslo y/o de la pierna. También pueden ser utilizadas las arterias de los brazos (Art. Radial).²¹

5.7 TRATAMIENTO DEL INFARTO

Consiste en tres estrategias fundamentales:

1. Vigilancia y cuidado continuo para detectar tempranamente posibles complicaciones y tratarlas.
2. Tratamiento farmacológico que consiste en medicamentos para prevenir un nuevo infarto y lograr frenar la progresión del trombo formado en las arterias coronarias limitando o deteniendo el daño sobre el musculo cardiaco.

Este tratamiento farmacológico consiste en:

A. Antiagregantes plaquetarios: Aspirina + Clopidogrel o Ticagrelor o Prasugrel.

Son medicamentos que impiden que la formación de un nuevo trombo en la arteria donde ocurrió el infarto y que también impediría la formación de trombos en los stents si han sido implantados y si se implantan posteriormente.

B. Anticoagulación: Heparina, Enoxaparina o Fondaparina

Estos medicamentos impiden en conjunto con la aspirina y el clopidogrel o ticagrelor o prasugrel y de forma casi inmediata que se forme nuevo trombo para producir o empeorar el infarto que se viene presentando. Esta anticoagulación se utiliza fundamentalmente durante la hospitalización.

C. Betabloqueadores: Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol o Nebivolol

²¹ Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardíaco en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Noviembre 2011.

Los betabloqueantes producen un bloqueo de los receptores beta del sistema adrenérgico, inhibiendo tanto la actividad simpática a este nivel como la respuesta a los agonistas beta-adrenérgicos. Esta inhibición es competitiva, pudiendo revertirse al aumentar la actividad simpática o la dosis de agonistas beta-adrenérgicos.

Esto se traduce en que ayudan a disminuir la frecuencia cardiaca para que el corazón trabaje más suave después del infarto y además ayudan a dilatar las arterias coronarias para mejorar el flujo de sangre. Otro efecto importante de estos fármacos es la disminución significativa de arritmias malignas que pueden producir un paro cardíaco.

- D. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II o Bloqueadores de receptores de angiotensina II.

Estos medicamentos en pacientes luego de infarto previenen la remodelación ventricular y frenan la progresión a insuficiencia cardiaca.

- E. Estatinas: Atorvastatina o Rosuvastatina.

Estos medicamentos son fármacos hipolipemiantes, en esta forma impiden la progresión de arteriosclerosis de las arterias coronarias, además disminuyen la inflamación de las placas de colesterol de esas arterias lo que lleva a menor riesgo de ruptura de esta placa y de re infarto de miocardio.

- F. Antagonistas de la aldosterona: Espironolactona o Eplerenone.

Estos medicamentos en algunos pacientes se indican especialmente cuando han tenido un infarto que les produce pérdida importante del musculo cardiaco. Allí estos medicamentos impiden que haya cardiomegalia y que aparezca insuficiencia cardiaca. Además disminuyen la formación de más cicatrices en el corazón después del infarto y reducen el riesgo de morir súbitamente.

- G. Nitroglicerina Intravenosa.

En el proceso agudo del infarto la utilización de nitroglicerina intravenosa se usa para dilatar la arteria coronaria y mejorar el flujo de esta para disminuir el dolor y disminuir el tamaño del infarto.

5.8 FACTORES DE RIESGO

Existen un número de factores de riesgo que claramente se han asociado a la presencia de enfermedad coronaria precoz y que si son intervenidos o controlados podrían reducir la posibilidad de presentar un nuevo infarto.

Ellos son:

1. **HIPERTENSION ARTERIAL.**
2. **COLESTEROL ELEVADO.**
3. **CIGARRILLO.**
4. **DIABETES MELLITUS.**
5. **OBESIDAD.**
6. **INACTIVIDAD FISICA.**

HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, silenciosa, que se caracteriza por elevación de las cifras de presión arterial por encima de 140mmHg la alta (Presión arterial sistólica), y por encima de 90 mmHg la baja (presión arterial diastólica).

Hipertensión arterial= Presión arterial > 140/90 mmHg.

La hipertensión arterial es una enfermedad que no se cura solo se controla

DISLIPIDEMIA

El colesterol elevado especialmente el denominado colesterol malo (LDL), cuando se encuentra en exceso y ayudado por otros factores de riesgo asociados como presión arterial elevada o tabaquismo etc., son factores que contribuyen marcadamente con la aparición temprana de enfermedad aterosclerótica Y la aparición del infarto de miocardio.

El colesterol elevado es una enfermedad que no se cura pero si se puede controlar en Forma exitosa con dieta y tratamiento.

Valores de referencia

- HDL (“Colesterol Bueno”):
Hombres: Mayor de 40mgr%
Mujeres: Mayor de 50 mgr%
- LDL (“ Colesterol Malo”):
Menor a 70 mgr%
- TRIGLICÉRIDOS.
Menor a 150 mgr%

CIGARRILLO

El consumo de cigarrillo independiente de la cantidad es un factor de riesgo muy importante para la aparición de enfermedad coronaria y por tanto de infarto de miocardio.

El cigarrillo daña las paredes de las arterias y facilita que se pegue colesterol malo en ellas y además espesa la sangre y facilita la formación de trombos dentro de las arterias coronarias produciendo un infarto.

DIABETES O ALTERACIÓN DE LA GLUCOSA

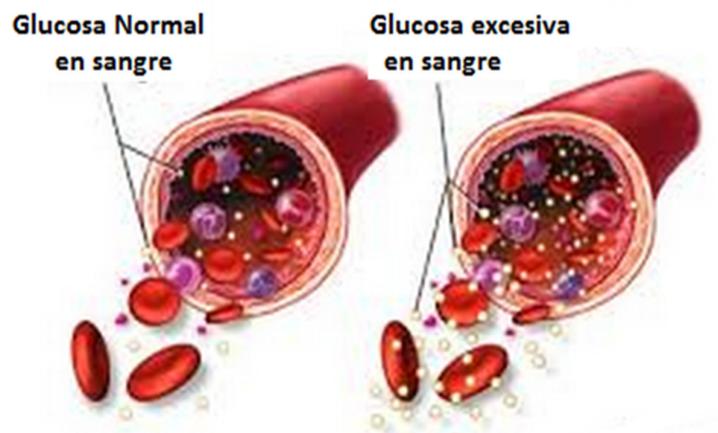
La diabetes es una enfermedad que cursa con elevación persistente del azúcar en la sangre en niveles más altos que los que normalmente se deben tener.

El azúcar elevado produce muchos daños en el organismo como aterosclerosis de arterias coronarias y la aparición de un infarto de miocardio.

Hay muchas personas que tienen solamente elevación del azúcar en la sangre sin sobrepasar los límites que se consideran para diagnosticarlos como diabéticos y son los pacientes con el denominado síndrome metabólico los

cuales también tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedad aterosclerótica e infarto de miocardio. Estas personas tienen una resistencia mayor al buen funcionamiento de su propia insulina (Resistencia a la insulina) y en el curso de la vida pueden desarrollar diabetes mellitus también.

La diabetes es una enfermedad incurable pero se puede controlar adecuadamente con dieta, ejercicio y medicamentos antidiabéticos manejados por su médico.

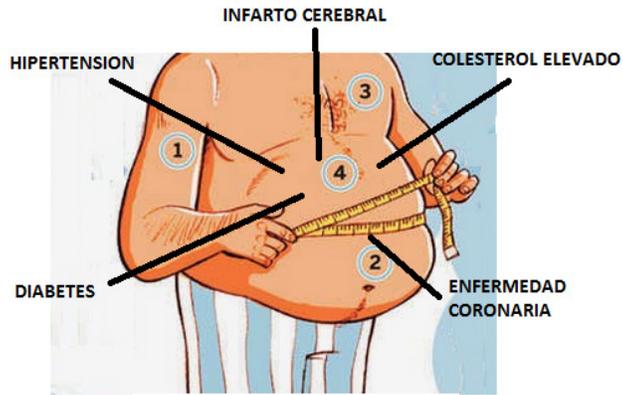


Valores ideales

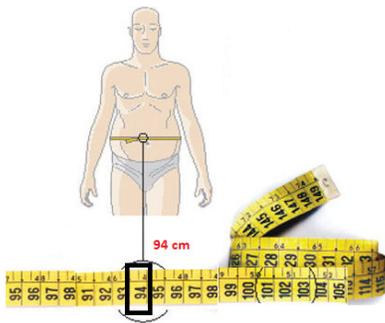
- Hemoglobina glicosilada: menor a 7%
- Glicemia en ayunas : menor a 100 mgr%

OBESIDAD

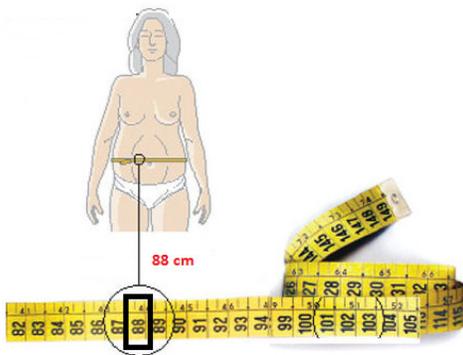
La obesidad y el sobrepeso contribuyen en forma importante con muchas alteraciones que facilitan la aparición de enfermedad aterosclerótica de las arterias y la aparición de infarto de miocardio.



Perímetro abdominal



Menor a 94 cm Hombres



Menor a 88 cm Mujeres

5.9 DIETA

Una dieta saludable debe seguir las siguientes características:

- El consumo de ácidos grasos saturados debería ser < 10% del total de la ingesta energética, a través de la sustitución por ácidos grasos poliinsaturados.
- Ácidos grasos trans-insaturados: Deben ser la menor cantidad posible, preferiblemente no de origen de alimentos procesados, y < 1% del total de energía de origen natural.
- < 5 g de sal por día
- 30-45g de fibra por día, proveniente de granos integrales, frutas y verduras.
- 200gr de fruta por día (2-3 porciones).
- 200gr de verduras por día. (2-3 porciones).
- Pescado al menos dos veces por semana.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe ser limitado a dos vasos por día (20gr/día) para hombres, y para mujeres un vaso por día (10gr/día)
- La ingesta calórica debe ser restringida a la cantidad de calorías necesarias para mantener u obtener un peso saludable por ejemplo IMC 25.
- En general cuando se siguen las reglas de una dieta saludable no son necesarios los suplementos dietéticos.

5.10 ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO

- El tiempo ideal para dedicar al ejercicio es de aproximadamente treinta minutos diarios es decir el equivalente a 10.000 pasos diarios, cinco veces a la semana.
- Los adultos saludables de todas las edades deben realizar semanalmente entre 2.5 a 5 horas de actividad física o practicar ejercicio aeróbico de intensidad moderada o realizar entre 1 a 2.5 horas a la semana de ejercicio de alta intensidad. Las personas sedentarias deben ser

motivadas para empezar a realizar programas de ejercicio de intensidad leve.

- Los pacientes con antecedente de IAM, RVM, intervención coronaria percutánea, angina de pecho estable o insuficiencia cardiaca crónica estable deben someterse a entrenamiento aeróbico de intensidad moderado a vigoroso más de tres veces por semana y cada sesión de 30 minutos. Los pacientes sedentarios deben ser motivados a comenzar programas de ejercicios con una intensidad leve después de una adecuada estratificación del riesgo relacionado con el ejercicio
- La reducción de peso en la personas con obesidad o sobrepeso se asocia con efectos favorables sobre la presión sanguínea y dislipidemia, lo cual puede llevar a disminuir las enfermedades cardiovasculares.

5.11 PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO.

Se define como un conjunto de actividades específicas e individualizadas, realizado por el profesional de enfermería, tendientes a satisfacer las necesidades identificadas en una persona para resolver problemas prioritarios reales o potenciales que surgen a partir de la situación de salud o proceso de enfermedad por el que cursa.

El grupo referencia a Virginia Vivader quién señala que el plan de egreso hospitalario o de salida es parte el plan de cuidado general para el paciente y se inicia desde el mismo momento en que se hace la admisión. Según Vivader el plan de egreso debe incluir:

- Valoración o identificación de la cotidianidad y una anticipada valoración psicosocial de las necesidades del paciente.
- Planeación del cuidado, incluyendo necesidades que se presentarán en la terminación del servicio hospitalario.
- Remisión del cuidador; a otras organizaciones de servicios de cuidado o preparación para el autocuidado.

El Plan de Egreso incluye la valoración continua de enfermería con el propósito de llegar a acuerdos con el paciente y sus cuidadores proporcionando un espacio para la retroalimentación y realización de ajustes necesarios, junto con un proceso de seguimiento, control y evaluación determinando así el impacto de dicho plan.²²

5.12 REINGRESO HOSPITALARIO.

Es el reingreso por un mismo diagnóstico de un paciente tratado y dado de alta, durante 21 días inmediatos al egreso. Se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó.²³

6. PRINCIPIOS ETICOS.

“Si no puedes hacer el bien, por lo menos no hagas daño.” (Hipócrates)

La esencia de la profesión de enfermería es el cuidar, el favorecer el bienestar del otro y sabiendo que el receptor de nuestro cuidado siempre será el ser humano, ha sido necesario trazar los parámetros que sirvan de guía y den luz al actuar de enfermería, la ética cumple con tendernos la mano en los momentos en que el actuar de enfermería se encuentre en dilemas acerca de qué decisión tomar y nos ayuda a discernir cual es la mejor manera de cumplir con nuestra esencia y con nuestro deber.

La ética evita que nos rutinicemos y nos hace recordar que el objeto de nuestro cuidado es el ser humano por lo tanto se hace necesario actuar bajo la luz de la ética profesional.

²² El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. Colombia, revista u.d.c.a. actualidad y divulgación científica issn: 0123-4226,2014 vol: 17 fasc.1 págs. 13

²³ Ministerio de la protección social, resolución número 1466 de 8 de mayo de 2006 por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud pública, pagina 23.

Enfermería como profesión debe tener en cuenta y llevar a la práctica los valores bioéticos y principios específicos de enfermería según lo estipulado en la ley 266 de 1996.

En los valores universales de bioética tenemos:

6.1 BENEFICENCIA NO MALEFICENCIA.

Hace referencia a hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realicen y evitar hacer el mal. Nuestro propósito al realizar el plan de egreso para los pacientes con IAM es brindar un acompañamiento al paciente desde el momento de su ingreso hasta su egreso realizando educación que permita al paciente conocer todo lo que engloba su patología y recuperación promoviéndole estilos de vida saludables para mejorar calidad de vida y disminuir el riesgo de un re infarto y complicaciones. Aplicamos el principio de beneficencia no maleficencia al querer mejorar calidad de vida, queremos hacer el bien por medio de la educación al paciente e incluir a su familia como red de apoyo. Así mismo lo relacionamos con el supuesto de Swanson "*hacer por*" y "*estar con*".

La beneficencia también la practicamos en el momento en que compartimos nuestros conocimientos con los pacientes y familia en un lenguaje sencillo y fácil de entender, cuando aclaramos dudas y escuchamos los temores, también cuando posibilitamos la aceptación de la enfermedad y tratamiento y cuando por medio de la educación mejoramos la calidad de vida y lo relacionamos con el supuesto de "*conocimiento*" y "*posibilitar*"

6.2 AUTONOMIA.

Es la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Al brindar educación les damos las herramientas a los pacientes para implementar o mejorar hábitos de vida saludables, nuestros pacientes ejercen su autonomía cuando deciden seguir las recomendaciones, cuando les enseñamos la importancia de la adherencia a medicamentos ellos ejercen su autonomía ya que son quienes deciden tomar su medicación. Nosotras realizamos la educación y ellos deciden si incluyen los cambios en su vida diaria para mejorar calidad de vida y favorecer su bienestar. La autonomía la podemos relacionar en

la teoría de enfermería de mediano rango de Swanson con el supuesto “*mantener las creencias*” ya que hacer referencia a mantener la fe o la creencia de que el otro tiene capacidades para lograr su bienestar mediante determinadas acciones.

6.3 JUSTICIA.

Hace referencia a dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario. Al brindar educación a los pacientes con IAM y despejar cada una de sus dudas de manera personalizada, se les está dando cada uno lo propio, es decir lo que en ese instante cada uno requiere. También lo podemos relacionar en la teoría de Swanson con el supuesto “*hacer por*” ya que es hacer por el otro lo que haríamos por nosotros mismos conservando la dignidad de la persona humana.

Según la ley 266 de 1996 Son principios específicos de la práctica de enfermería

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Al elaborar un plan de egreso para los pacientes con IAM tenemos en cuenta la fisiopatología pero también las necesidades del paciente y familia y al empalmarlo con la teoría de mediano rango de Swanson volvemos a la persona un todo con determinadas necesidades para lograr su bienestar.

2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atienden. En el plan de egreso despejamos las dudas de cada uno de los pacientes y familiares, la educación brindada es estandarizada pero la solución de dudas e inquietudes es individualizada.

3. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera - paciente, familia, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, la persona, la familia y expectativas de cuidado. Se aplica en el plan de egreso al generar el espacio para resolver dudas tanto del paciente como de la familia, la educación es un proceso puro de interacción, es el momento esencial donde enfermería da la mano, acompaña y resuelve interrogantes de la persona y de su red de apoyo.

4. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia. La esencia del plan de egreso es mejorar calidad de vida, disminuir complicaciones, re infartos y reingresos para esto es necesaria una información estructurada, veraz y con validez científica que sea entregada en una manera efectiva y que sea eficiente para nuestros pacientes.

5. Continuidad. La educación se realizara desde el ingreso del paciente a la unidad cardiovascular teniendo continuidad durante su estancia en la unidad hasta su egreso de la misma.

“Si pudiéramos ser educados dejando al margen lo que la gente piense o deje de pensar, y teniendo en cuenta sólo lo que en principio es bueno o malo, ¡qué diferente sería todo!”

Florence Nightingale

7. ESCENARIO DEL PROYECTO.

7.1 CONTEXTO.

La Clínica Shaio es una Institución de carácter fundacional ubicada en la ciudad de Bogotá Colombia, pionera en el tratamiento integral de las afecciones del sistema cardiovascular a través de sus programas de cardiología clínica, cardiología intervencionista y cirugía cardíaca, cuenta con una Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, una Unidad de Cuidado Cardiovascular, una pediátrica y una de Cuidado Coronario.

7.2 MISION.²⁴

Somos una institución enfocada en la atención cardiovascular y de alta complejidad que cuenta con talento humano idóneo para garantizar el cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad en la atención, con

²⁴ Fundación Clínica Shaio, Plataforma Estratégica, 2015

calidez, utilizando tecnología de punta e innovación permanente, basado en investigación, educación y responsabilidad social incluyente.

7.3 VISION.²⁵

Ser el centro de excelencia cardiovascular y de alta complejidad.

7.4 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES. ²⁶

- Compromiso
- Trabajo en equipo
- Liderazgo institucional
- Innovación
- Actitud de servicio
- Servicio humanizado

7.5 POLITICAS INSTITUCIONALES.²⁷

- Política de Calidad

Cumplir con los altos estándares de calidad en el proceso de atención en salud, teniendo como filosofía el mejoramiento continuo, fortalecimiento del recurso humano, la comunicación asertiva, innovación permanente de la tecnología y el uso adecuado de los recursos, con base en la misión institucional, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, familia, cliente interno, comunidad en general.

- Política de Seguridad

La Fundación Clínica Shaio está convencida que la seguridad es un componente esencial de calidad y quiere ser reconocida como una de las instituciones más

²⁵ Ibíd. Pág. 2

²⁶ Ibíd. Pág. 3

²⁷ Fundación Clínica Shaio, Plataforma Estratégica, 2015

seguras y altamente confiables a nivel nacional e internacional, al generar compromiso con una cultura de prácticas seguras y garantizar un ambiente físico donde se identifique y minimicen los riesgos innecesarios que puedan ocasionar daño o lesión a nuestros pacientes visitantes y colaboradores.

- Política de Educación

La política educativa orienta las acciones para la generación de capital humano para la clínica, para la comunidad médica y de salud tanto nacional como internacional y para la comunidad en general beneficiaria de las acciones integrales de salud de la clínica.

El capital humano hace referencia a la expresión del conjunto de conocimientos técnicos y cualificación de la persona que se materializa en el desempeño práctico y a través del trabajo.

- Política de Gestión del Riesgo

Para la clínica Shaio es de vital importancia proveer un óptimo nivel seguridad a sus clientes internos externos y su infraestructura para lo cual requiere garantizar equipos e instalaciones adecuadas, fomento de la cultura de la prevención y el entrenamiento y educación requerida para el control de emergencias de cualquier naturaleza.

- Política de Humanización

La Fundación clínica Shaio, basada en la premisa de que “una atención humanizada es el primer paso al éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud” promueve la calidez y la humanización en todos los procesos de atención, conscientes de la importancia de lograr una relación personal asistencial – paciente, óptima y justa que se potencialice con los avances científicos y tecnológicos con que cuenta.

7.6 DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRADO

La Fundación Clínica Shaio cuenta con una Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular con capacidad de 34 camas, las patologías más comunes son

posoperatorios cambios valvulares, revascularización miocárdica, choque cardiogénico, posoperatorios de cirugía vascular periférica, endopròtesis y corrección de aneurismas, trasplante cardiaco, infarto agudo al miocardio, miocardiopatías, trasplantes renales, falla cardiaca, crisis hipertensivas, implantes de marcapasos y cardioresincronizador, manejo de arritmias por mapeo y ablación.

En la unidad cardiovascular se cuenta con un médico cardiólogo intensivista para manejo de pacientes en pop de cirugía cardiovascular y un médico cardiólogo para el manejo de las demás patologías cardiovasculares y 2 residentes en cada turno.

El personal de enfermería se encuentra distribuido de la siguiente manera: una enfermera coordinadora para la unidad, 32 profesionales de enfermería y 32 auxiliares de enfermería distribuidos en los 4 turnos, la proporción para el manejo de pacientes en pop cardiovascular es de 1 enfermera por cada 3 pacientes y 1 enfermera por cada 5 pacientes con las otras patologías mencionadas anteriormente. Adicionalmente se cuenta con 2 terapeutas respiratorias rotatorias, una secretaria y un camillero.

El régimen de atención es contributivo EPS y medicinas prepagadas. El promedio de edad de los pacientes que ingresan a las unidades esta entre el 60 años y los 80 años, siendo más prevalente el ingreso de pacientes con diagnostico Infarto Agudo de Miocardio.

8. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

El marco lógico es una herramienta de análisis estructurado que facilita el proceso de identificación, diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas, proyectos y diseños organizacionales pudiendo aplicarse en cualquier fase de los respectivos procesos de planificación.

Se puede modificar y mejorar repetidas veces tanto durante la preparación como durante la ejecución del proyecto o programa, incluso durante el funcionamiento del mismo.²⁸

Se empleó la herramienta del marco lógico con las siguientes estrategias.

OBJETIVO 1

- Sensibilizar a la enfermera frente a la importancia de generar espacios de comunicación donde se identifiquen la experiencia y las necesidades de cuidado del paciente. (Estar con- hacer para)

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Socialización video empatía: Mirando la vida desde otros corazones, con el fin de sensibilizar acerca de la importancia de generar espacios de comunicación	Número de enfermeras de la unidad cardiovascular Número de enfermeras asistentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Salón • Computador • Televisor • Recurso humano: enfermeras expositoras y enfermeras asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. • Fotos. • Encuesta realizada al personal asistente y sus resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad del personal para recibir la socialización. • Interés en la socialización por parte del personal.

²⁸ EVO-Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos (Marco Lógico) (Internet) [http://docencia.unet.edu.ve/coordinadores/comunitario/archivos/matriz del marco lógico](http://docencia.unet.edu.ve/coordinadores/comunitario/archivos/matriz%20del%20marco%20l%C3%B3gico).

--	--	--	--	--

OBJETIVO 2

- Unificar criterios para brindar cuidado de enfermería para el bienestar al paciente con IAM y sus cuidadores (conocimiento).

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Elaboración de un video que contenga los conceptos básicos de la enfermedad, manejo farmacológico y cuidados en casa descritos con un lenguaje sencillo e ilustrativo. Para reforzar la información en casa se elabora un folleto que se le entregara al paciente con la información de egreso	Número de pacientes hospitalizados con IAM <hr/> Número de pacientes que recibieron la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Folleto ilustrativo • Video • Computador • Cámara 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos. • Video • Folletos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la información por medio del video y folleto acerca del proceso de su patología y de los cuidados posteriores a su egreso.

contenida en el video para consulta en su hogar.				
--	--	--	--	--

OBJETIVO 3

- Identificar al paciente y su familia como generadores de acciones que promuevan su bienestar. (Mantener las creencias)

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Se les brindara educación a los pacientes y familia al momento del ingreso con un video generado por nosotras. El video tendrá la explicación de que es el infarto, factores predisponentes, manejo farmacológico inicial y posibles tratamientos (Angioplastia o	Número de pacientes a los que se les brinda educación. Número de pacientes hospitalizados en UCV	<ul style="list-style-type: none"> • Video. • Computador para reproducir video. • Tiempo del personal • Folletos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo. • Dudas expuestas por el paciente. • Resultados de la evaluación de la educación brindada al paciente y/o familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la educación. • Bajo Índice ocupacional de la unidad

<p>RVM). Se generará un espacio para aclarar dudas y reforzar la información. Se tendrá un segundo momento antes del egreso del paciente de la unidad, se le dará educación mediante la entrega del folleto haciendo énfasis en los cuidados en casa, se hará referencia a la actividad física, dieta y actividad sexual. Se resolverán dudas y se les entregará dicho folleto que contiene la misma información entregada por medio del video, se diligenciará una lista de chequeo para verificar que se le brindó la educación al paciente y familia y que se hizo entrega del folleto. Además</p>				
---	--	--	--	--

se realizará una pequeña evaluación de la educación brindada al paciente para verificar que la información suministrada quedó clara y si fuese lo contrario aclarar las dudas que surjan.				
---	--	--	--	--

OBJETIVO 4

- Promover el interés por parte del personal profesional de enfermería en la importancia de brindar educación al paciente y familia en el proceso de hospitalización. (Posibilitar).

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Socialización de los productos: video y folleto.	Número de enfermeras /os de la unidad cardiovascular <hr/> Número de enfermeras asistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Televisor • Recurso humano: enfermeras expositoras • Productos: folleto y video 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. • Fotos • Video educativo instalado en un computador portátil de la UCV 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad del personal para recibir la socialización. • Interés en la socialización por parte del personal.

9. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN.

OBJETIVO 1

- Sensibilizar a la enfermera frente a la importancia de generar espacios de comunicación donde se identifiquen la experiencia y las necesidades de cuidado del paciente. (Estar con- hacer para).

ACTIVIDAD 1: Proyección del video empatía: mirando la vida desde otros corazones

Se invitó al personal de enfermería a participar de la socialización del proyecto de gestión “Plan de egreso hospitalario para lograr el bienestar de los pacientes con IAM desde su ingreso a la unidad cardiovascular de la Fundación Clínica Shaio”, por medio de una cartelera informativa.

La actividad se realizó en horario laboral de las 22 horas a las 22: 40, en el salón social de la UCV. Se realizó en dos fechas, una para el personal del turno de la noche 1 y otra para el personal del turno de la noche 2. Se contó con un total de 14 profesionales de enfermería, 7 profesionales por cada noche, más las 2 profesionales expositoras. El taller de sensibilización se inició con la proyección del video “Empatía: mirando la vida desde otros corazones”, que tuvo una duración de cinco minutos y que tuvo por finalidad sensibilizar al personal, de este video surgieron apreciaciones como la importancia que tiene tratar de colocarnos en los zapatos de los demás, de ser un poco más sensibles frente al dolor del otro, de tener siempre presente que no sabemos por lo que están atravesando esos pacientes y las familias que atendemos a diario y no sabemos cuáles son sus necesidades actuales, por lo tanto debemos ser siempre muy cautelosos a la hora de brindar nuestro cuidado de enfermería. Se generó una invitación a no olvidar que nuestros pacientes son seres llenos de sentimientos y emociones y que cada ser es único como ser integral. Posterior a haber visto el video y realizada la reflexión, se prosiguió a dar a conocer el proyecto, planteamiento del problema, justificación, objetivos y temática a desarrollar, metodología, y la teoría de enfermería que se va desarrollar en él.

Se generó una gran expectativa ya que este proyecto responde a una problemática de nuestro diario vivir y de nuestras compañeras y surgió precisamente de una pequeña encuesta realizada para indagar acerca de las necesidades más sentidas del servicio. Por último se les realizó una encuesta donde se evidenció que el personal de enfermería considera de vital importancia el brindar educación a los pacientes con IAM (ANEXO 1), se brinda un refrigerio y se diligencia la lista de asistentes. (ANEXO 2).

Durante el desarrollo de la actividad se ofreció un refrigerio al personal asistente (jugo y pastel).

Se agradecerá la asistencia y se recordará que el bienestar de los pacientes está en nuestras manos.

Se observó una buena disposición del personal, interés por el tema, se llegó a la conclusión de que enfermería es quien lidera la educación de los pacientes. El personal se mostró muy receptivo ante la idea de brindar educación por medio del video y folleto no solo al paciente sino a la familia como red de apoyo.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA

TAMAÑO POBLACION: 14 ENCUESTADOS

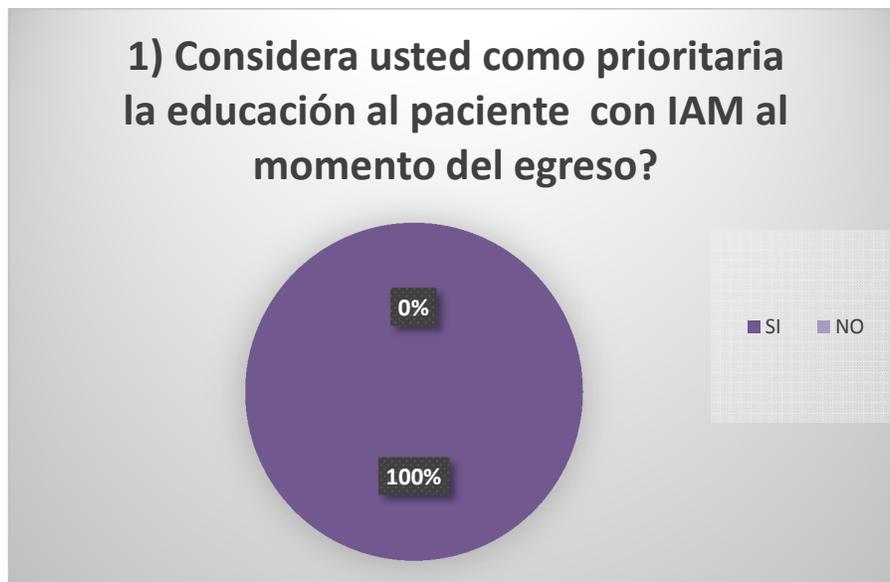


Ilustración 1

El 100% del personal de enfermería considera que la educación al paciente es una actividad prioritaria durante la atención. Lo cual nos ayuda a sensibilizarlos acerca de la necesidad de brindar educación oportuna y eficaz.

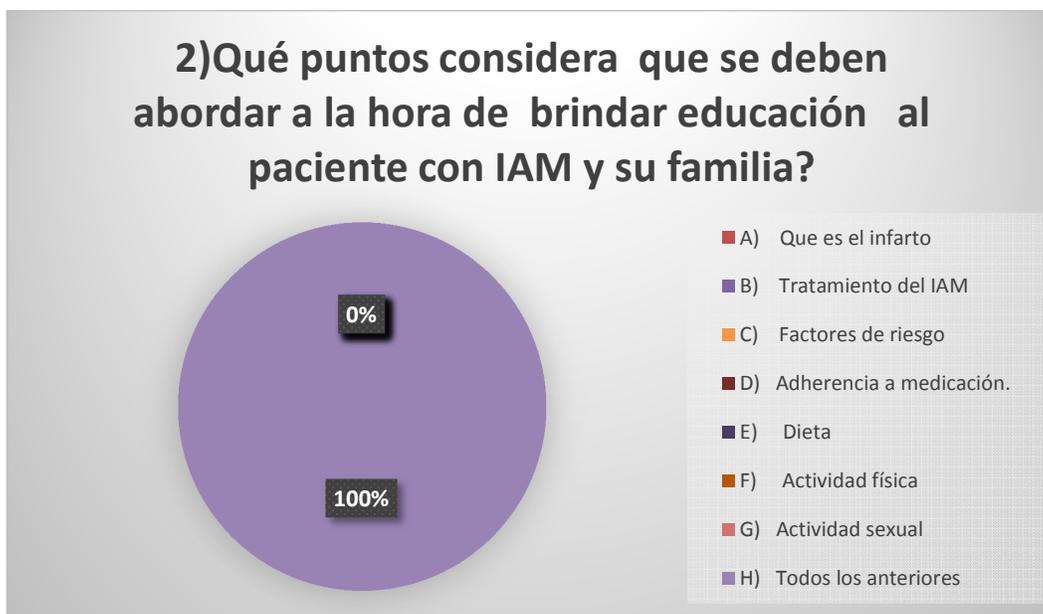


Ilustración 2

El 100% del personal de enfermería considera e identifica que todas las opciones son correctas, lo que nos quiere decir que el personal identifica que es importante brindar educación acerca de que es el infarto, su tratamiento, los factores de riesgo, la importancia a la adherencia a medicación, la dieta y la actividad física y sexual.

3) Considera que se puede aprovechar la estancia del paciente con IAM en la UCV para iniciar la educación desde el ingreso?

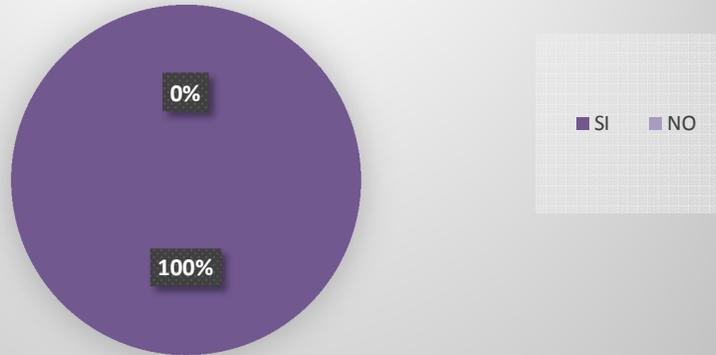


Ilustración 2

La totalidad del personal participante en la actividad considera que se puede aprovechar la estancia del paciente en la UCV para iniciar la educación desde el ingreso de esta manera nos damos cuenta que el personal reconoce la importancia de aprovechar el tiempo mientras el paciente se encuentra en la UCV

4) Considera que enfermería tiene un papel relevante en la educación al paciente con IAM y su familia?



Ilustración 3

El total de la población encuestada considera y reconoce que enfermería tiene un rol muy importante en la educación del paciente y familiar, con estos resultados motivamos al personal para que no solo reconozcan este rol sino que tengan empoderamiento del mismo.

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería reconoce la educación como un proceso fundamental de nuestro quehacer diario.
- Enfermería es quien lidera la educación de pacientes y familiares.
- Es importante conocer y entender las necesidades del otro para poder brindar una mejor intervención.
- El personal reconoce los puntos importantes al momento de brindar educación al paciente con IAM.

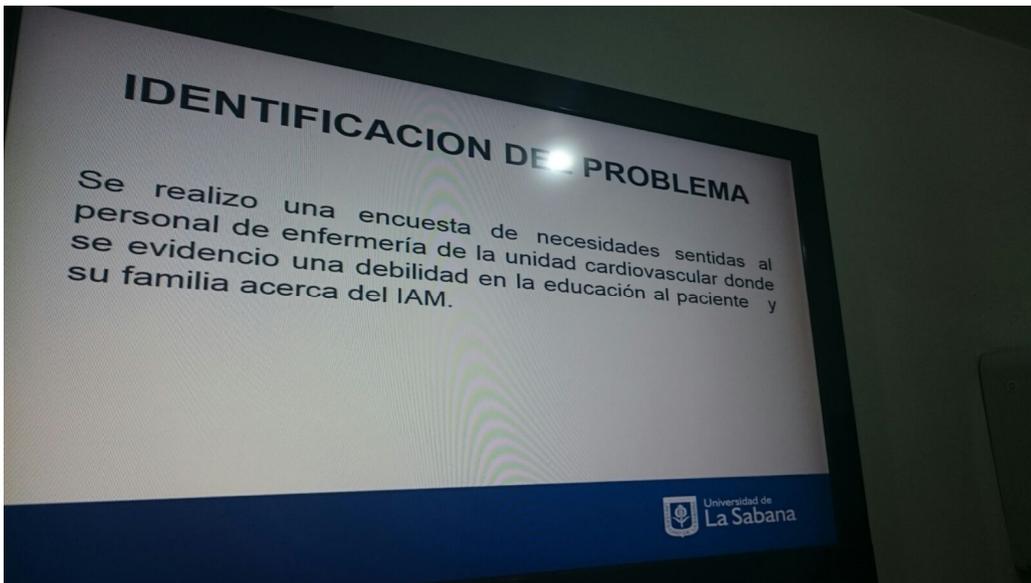
MEDIOS DE VERIFICACIÓN.TURNO NOCHE 2



Archivo: Fuente personal



Archivo: Fuente personal



Archivo: Fuente personal

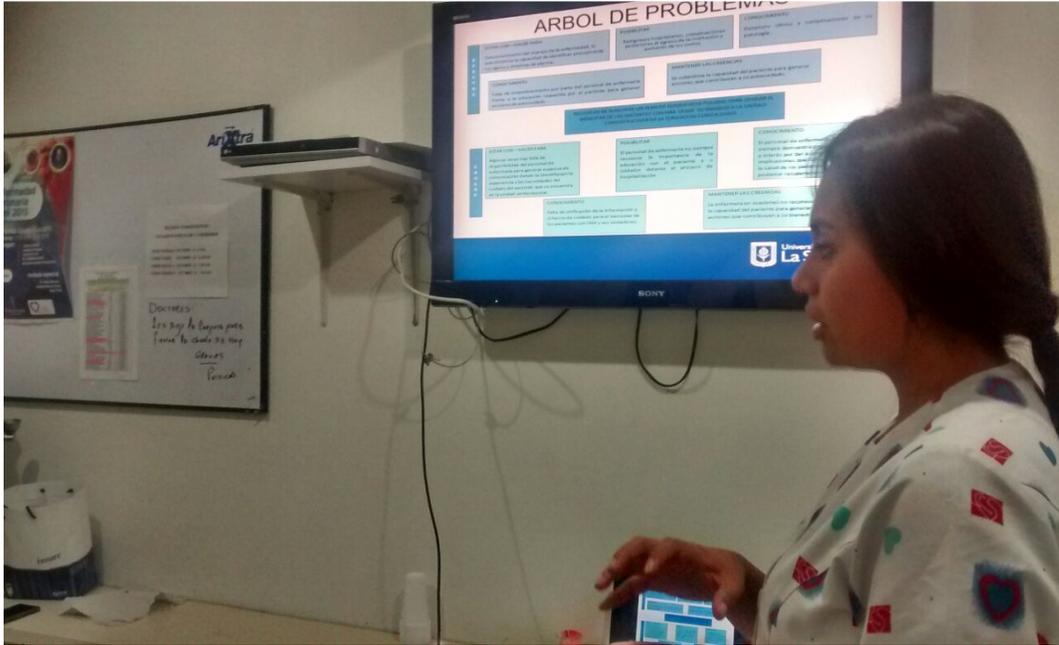


Archivo: Fuente personal

MEDIOS DE VERIFICACION: TURNO NOCHE 1



Archivo: Fuente personal



Archivo: Fuente personal



Archivo: Fuente personal

OBJETIVO 2

- Unificar criterios para brindar cuidado de enfermería para el bienestar al paciente con IAM y sus cuidadores (Conocimiento).

ACTIVIDAD 2

Se realizó una recolección de información exhaustiva acerca del infarto, su diagnóstico y tratamiento, cuidados posteriores al evento como dieta, ejercicio y actividad sexual para la generación de dos productos, un video y un folleto.

Luego de la revisión bibliográfica se realizó una validación de la información con el cardiólogo jefe de la unidad cardiovascular, esta validación se realizó en el transcurso de 6 reuniones. Posteriormente se realizó el guión para la elaboración del video y se destinó un día para la grabación, la edición del video abarcó una semana. El video contiene la información de que es el infarto, factores desencadenantes, manejo farmacológico, tratamiento, importancia de adherencia al tratamiento, actividad física, dieta y actividad sexual.

El segundo producto es un folleto con la información necesaria para el egreso para que el paciente pueda consultarlo en casa, contendrá la misma información que el video para que recordarlo sea más fácil.

En el periodo del 1 al 20 de octubre de 2015 se realizó la recolección de la información para la realización del guion del video y del folleto (ANEXO 3), basados en el marco teórico.

RESULTADO

Previa revisión bibliográfica y validación por parte del cardiólogo jefe de la UCV se generó un video con una duración de 22 minutos en total, con la finalidad de ser proyectado al paciente durante su estancia hospitalaria y reforzar posteriormente al egreso de la unidad con la entrega del folleto para consulta en casa.

OBJETIVO 3

- Identificar al paciente y su familia como generadores de acciones que promuevan su bienestar. (Mantener las creencias).

ACTIVIDAD 3

Se brindó educación a los pacientes por medio del video elaborado, este video se presentó en dos momentos, al ingreso y egreso de paciente a la UCV.

La actividad se realizó con 20 pacientes de la Unidad cardiovascular con diagnóstico de Infarto agudo de miocardio, en el periodo del 29 de octubre al 6 de noviembre.

Durante el tiempo de implementación se realizó la captación de los pacientes con IAM que ingresaban a la UCV. Se procedió a revisar el censo de pacientes y posteriormente las historias clínicas para confirmar diagnóstico de IAM, una vez establecido el diagnóstico de IAM, cada una de las integrantes del grupo se hizo cargo de la presentación ante el paciente y familiar, se inició con el nombre y cargo, se continuó con la explicación del plan de egreso y que surgía como parte de un proyecto de gestión de la especialización en cuidado crítico adulto de la universidad de las sabana, luego se procedió a la proyección del video con duración de 22 minutos.

El video contiene información acerca de que le sucedió al paciente, que es un infarto agudo de miocardio, los factores de riesgo o factores desencadenantes del IAM, tratamiento farmacológico como primera intervención, y el posible tratamiento del IAM.

Se hará especial énfasis en el manejo farmacológico y el reposo para lograr una estabilidad y adherencia en esta etapa aguda del IAM. Se le hará énfasis al

paciente en que él es generador de cuidado al tomar la medicación y al guardar reposo durante la etapa aguda del IAM, y al familiar se le reconocerá como red de apoyo fundamental. Se despejaron dudas al paciente y familiar.

Posteriormente se realizó seguimiento a los pacientes, para tener presente el momento de egreso de la UCV, una vez definida la salida del paciente de la UCV, se procedió a realizar el segundo momento para la entrega del folleto que contiene la información brindada en el video con el fin de que los pacientes puedan consultarlo en casa, allí se realizó un refuerzo de educación en medicación y cuidados en casa (actividad física, dieta y actividad sexual).

Posteriormente se aplicó una lista de chequeo para corroborar que se le brindó la educación al paciente y su familia. (ANEXO 5)

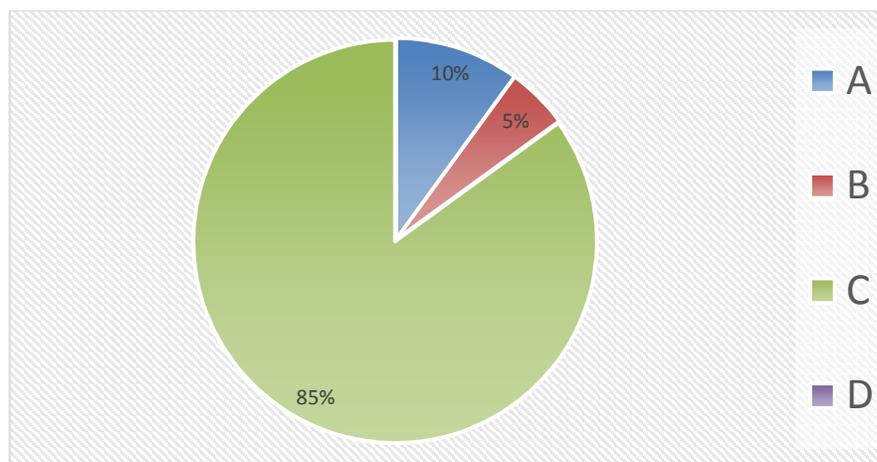
Y finalmente se realizó la aplicación de una evaluación de la educación brindada al paciente para evidenciar que la información suministrada fue clara y correcta. (ANEXO 4) En caso de presentarse dudas se procedió a despejarlas.

De la evaluación de educación se obtuvieron los siguientes resultados:

EVALUACION DE LA EDUCACION

Querido paciente a continuación encontraras una serie de preguntas acerca del infarto agudo de miocardio y cómo prevenirlo, por favor contesta con lo aprendido en la observación e información del video que te acabamos de presentar.

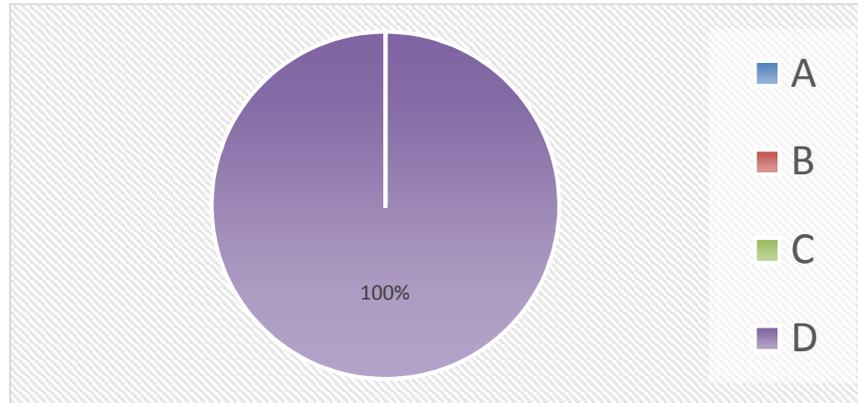
1. ¿Cuál consideras que es la respuesta más correcta sobre qué es un infarto cardiaco o infarto del miocardio?



- A. Una picada en el pecho con desmayo
- B. Tener maluquera
- C. Obstrucción de una de las arterias del corazón. (Arterias coronarias)
- D. Que se le abre el pecho en dos

El 85% de la población encuestada acertó que el infarto agudo de miocardio es la obstrucción de una de las arterias coronarias. El 10% consideró que el IAM es tener una picada en el pecho con desmayo y el 5% respondió que un IAM es tener maluquera. Con los pacientes que contestaron erróneamente la pregunta se realizó una retroalimentación en caliente, aclarando de manera sencilla lo que es el infarto.

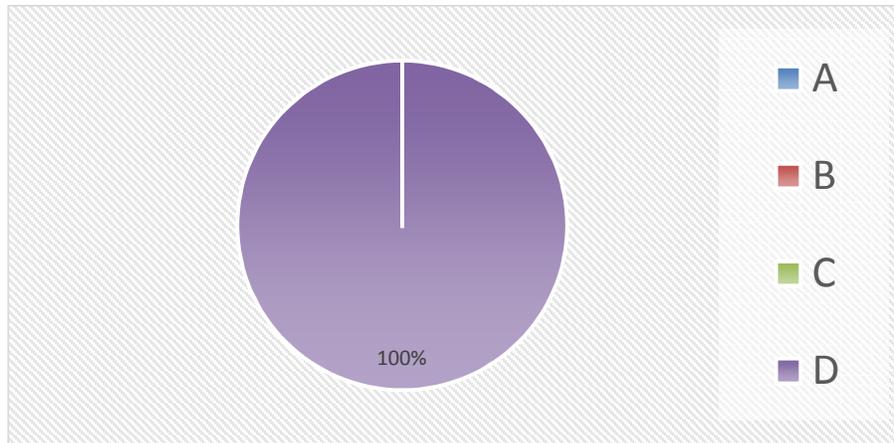
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes condiciones pueden hacer que me dé un infarto del corazón:



- A. Presión arterial no controlada
- B. Azúcar en la sangra alta (Diabetes).
- C. Colesterol elevado en la sangre
- D. Todas las anteriores.

El 100% de la población identifico correctamente que todas las opciones son factores de riesgo que pueden llevar a presentar un IAM.

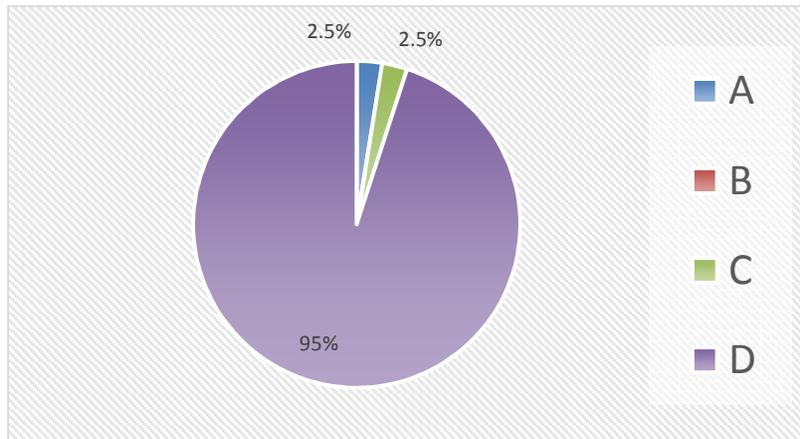
3. ¿De las siguientes recomendaciones sobre el estilo de vida cuál NO es correcta?



- A. Caminar 10.000 pasos diarios
- B. Bajo consumo de alimentos ricos en azúcares.
- C. Dieta rica en vegetales y frutas.
- D. Fumar

El 100% de la población reconoció que el fumar no es considerado un estilo de vida saludable, lo cual nos demuestra que la educación recibida logró uno de los objetivos que es el fomentar estilos de vida saludables y evitar aquellos que son inadecuados para la salud, especialmente aquellos que contribuyen a la aparición de un nuevo infarto agudo de miocardio como lo es el fumar.

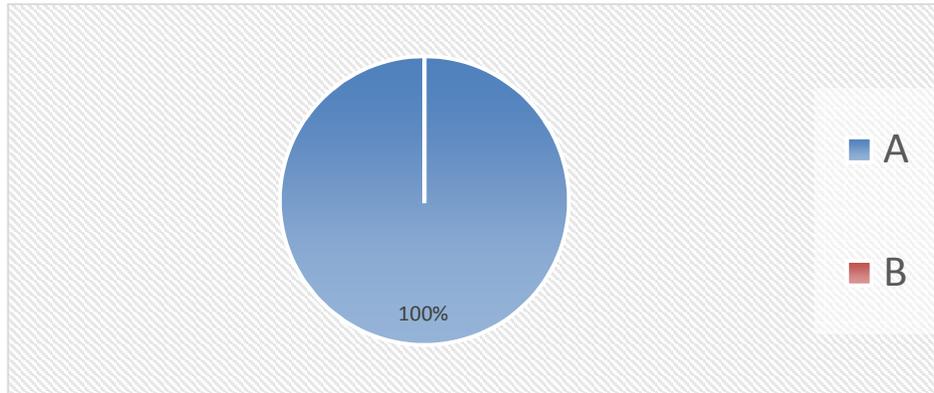
4. ¿Cuáles son los posibles tratamientos que realizamos para cuando una persona sufre de un infarto cardiaco?



- A. Angioplastia coronaria
- B. Revascularización Miocárdica
- C. Tratamiento farmacológico
- D. Todos los anteriores

El 95% de la población respondió correctamente a la pregunta de cuáles son los posibles tratamientos para el IAM , la información dada en el video fue efectiva alcanzando un alto porcentaje, sin embargo un 2.5% respondió que el tratamiento para IAM es la angioplastia coronaria y otro 2.5% el tratamiento farmacológico, lo cual también es correcto pero al presentarse las tres opciones de angioplastia, RVM y tratamiento farmacológico la respuesta indicada es todas las anteriores, se realizó una retroalimentación en caliente.

5. ¿Considera usted que es importante la adherencia al tratamiento farmacológico para no incurrir en un infarto?



- A. SI
- B. NO
- C.

El 100% de la población contestó acertadamente esta pregunta, lo cual nos refleja que el paciente y familia reconocieron que es muy importante la adherencia al tratamiento farmacológica para no volver a presentar un infarto. Realmente si el paciente se adhiere al tratamiento las complicaciones y reingresos disminuirán, el resultado es muy satisfactorio ya que evidencia la efectividad de la educación.

OBJETIVO 4

- Promover el interés por parte del personal profesional de enfermería en la importancia de brindar educación al paciente y familia en el proceso de hospitalización. (Posibilitar).

ACTIVIDAD 4

Se realizó una segunda socialización con el personal de enfermería. La actividad se realizó en horario laboral de las 22 horas a las 22:40, en el salón social de la unidad cardiovascular, se convocó al personal por medio de una cartelera informativa,

Se realizó en dos fechas, una para el personal del turno de la noche 1 y otra para el personal del turno de la noche 2. Se contó con un total de 14 profesionales de enfermería, 7 profesionales por cada noche, más las 2 profesionales expositoras.

Se socializaron los dos productos, el video y el folleto educativo.

De igual manera se presentaron los resultados obtenidos de la evaluación para demostrar la importancia de brindar educación al paciente y familia, se demostró que la educación genera cambios en el proceso de la enfermedad y damos herramientas al paciente para conocer su patología y así mismo poder generar acciones que logren un bienestar y una mejor calidad de vida.

El personal de enfermería durante la socialización de los productos y resultados se mostró muy receptivo y al finalizar la socialización se mostró interesado en brindar la educación al paciente y familia como parte del proceso de atención de enfermería al paciente con IAM. (ANEXO 6)

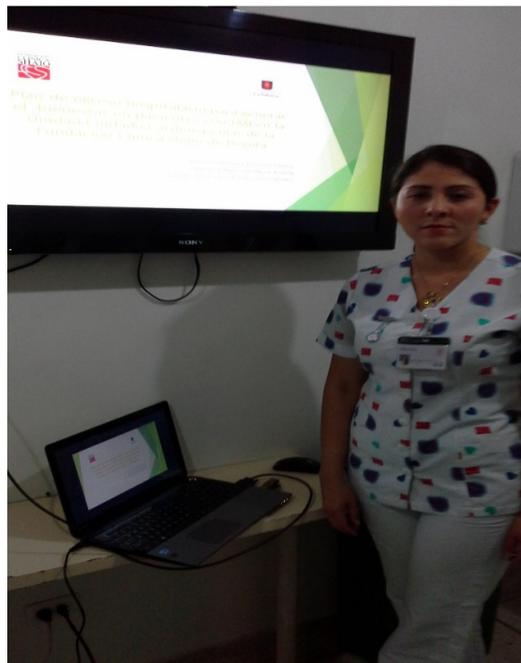
También se les socializó como acceder al video en el computador portátil de la UCV.

Se ofreció un refrigerio (sándwich con gaseosa).

MEDIOS DE VERIFICACION



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal



Archivo Fuente Personal

10. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	MESES					
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1- Revisión Literatura.						
2- Identificación del Problema.						
3- Formulación Objetivos.						
4- Elaboración Plan de Acción.						
5- Recolección de Información Video-Folleto.						
6- Elaboración Video-Folleto.						
7- Taller sensibilización Personal de Enfermería.						
8- Aplicación Educativa a Pacientes (Video)						
9- Aplicación de Evaluación a Pacientes.						
10- Aplicación Educativa a Pacientes (Folleto-Check List).						
11- Socialización de los Productos Video-Folleto.						
12- Análisis de Resultados.						
13- Asesoría Proyecto.						
14- Evaluación.						

11. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO			
ACTIVIDAD		TIPO DE RECURSO	COSTO
1	REVISION BIBLIOGRAFICA	TRANSPORTE R HUMANO	\$ 100.000
2	ELABORACION DEL VIDEO	EDICION VIDEO FILMACION VIDEO TRANSPORTE R HUMANO	\$ 500.000
3	ELABORACION DEL FOLLETO	DISEÑO FOLLETOS IMPRESIÓN FOLLETOS TRANSPORTES R HUMANO	\$ 500.000
4	TALLER SENSIBILIZACION	REFRIGERIOS R HUMANO	\$ 50.000
5	TALLER SOCIALIZACION INSTRUMENTOS	REFRIGERIOS R HUMANO	\$ 50.000
6	APLICACIÓN EDUACION PACIENTE Y CHECK LIST	FOTOCOPIAS	\$ 20.000
7	ANALISIS DATOS	FOTOCOPIAS TRANSPORTES	\$ 50.000
TOTAL			\$ 1.270.000

12. CONCLUSIONES

- El plan de egreso ayuda a realizar la transición entre la hospitalización y los cuidados en casa, brindando herramientas para favorecer el bienestar de nuestros pacientes. Se logró elaborar el plan de egreso hospitalario por medio de la educación con soporte en la teoría de mediano rango de Kristen Swanson.
- La sensibilización al personal de enfermería es un mecanismo efectivo para despertar el interés por brindar educación personalizada al paciente teniendo en cuenta sus necesidades y dudas. Se logró realizar la sensibilización acerca de la importancia de generar espacios de comunicación.
- La unificación de criterios es importante para hablar todos en un mismo idioma y brindar la misma información todas la veces que sea necesario a nuestros pacientes, por consiguiente consideramos que por medio de la generación del video y el folleto se unificaron los conceptos ya que siempre se va a acceder a los mismos recursos para brindar la educación a nuestros pacientes y favorecer su bienestar.
- Por medio de la evaluación de la educación se pudo identificar al paciente como generador de acciones que contribuyan a su bienestar, esto por medio del conocimiento y manejo de factores de riesgo y necesidad de estilos de vida saludable. Así mismo la familia se confirmó como red de apoyo importante en el proceso de enfermedad.
- Al realizar la socialización de resultados de la evaluación de la educación se evidenció que la educación es una herramienta fundamental en el plan de egreso hospitalario, con estos resultados se logró concientizar al

personal de enfermería en la importancia de brindar educación al paciente y familia.

- Pudimos compartir con el paciente y su cuidador el proceso de enfermedad por el cual cursaban, resolviendo dudas e inquietudes que se generaron de este evento y de esta manera permitir la expresión de sentimientos. (Estar con).
- Se realizaron intervenciones de educación con el paciente y cuidador haciendo énfasis en las necesidades expresadas durante su hospitalización, actuando con competencia y respetando su dignidad. (Hacer por).
- Se facilitó el proceso de transición de la enfermedad explicando aspectos desconocidos del IAM, como factores de riesgo, nutrición, ejercicio, tratamiento farmacológico, generando alternativas que contribuyan a la adquisición de estilos de vida saludable. (Posibilitar).
- Se contribuyó a mejorar la capacidad de mantener su bienestar por parte del paciente para superar la enfermedad, enseñando los cuidados que debe tener en casa para no incurrir en un nuevo evento coronario. (Mantener las creencias).
- Para el profesional de enfermería fue muy gratificante volver a retomar el proceso de educación, que en ocasiones ha pasado a un segundo plano por dedicarnos a otro tipo de actividades o simplemente por la complejidad de los pacientes que nos lleva a preocuparnos por la parte fisiológica y dejando en segundo plano la educación que es uno de los pilares fundamentales para la enfermería.
- La práctica del cuidado de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, es un proceso que requiere conocimientos científicos, aplicación de planes de cuidado para tomar decisiones y

realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a las necesidades del paciente y/o familia.

- La aplicación del plan de egreso en enfermería es una de las formas para fomentar el bienestar y la reintegración del paciente a la sociedad, ya que nos proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente y de los cuidados que requiere para disminuir las complicaciones en el hogar, disminuir los reingresos hospitalarios y proporcionar una mejor calidad de vida tanto para el paciente como su cuidador.
- La propia disciplina de enfermería es quien genera las bases para desarrollar planes de acción que mejoren el proceso de atención involucrando al paciente y familia en búsqueda de su bienestar.
- Contribuimos a lo largo de la aplicación de nuestro proyecto con la institución a generar espacios de comunicación con los pacientes acerca de una de las principales patologías que se trata en la Fundación Clínica Shaio (IAM), explicando amplia y detalladamente cada proceso de la enfermedad tanto al paciente como al cuidador, de igual manera se logró sensibilizar al personal de enfermería de la unidad cardiovascular acerca de la importancia del proceso de educación para disminuir los reingresos hospitalarios y/o futuras complicaciones en los pacientes.

13. LIMITACIONES

- Corto tiempo para desarrollo e implementación del plan de egreso. Se desearía poder implementar el trabajo de gestión con más pacientes para obtener una muestra más grande de resultados de la educación y del plan de egreso.
- Imposibilidad de seguimiento a los pacientes en su domicilio, así sea con una llamada telefónica, para verificar que la educación ha perdurado por más de 1 ó 3 meses.
- Imposibilidad de seguimiento a la adherencia de tratamiento y estilos de vida saludables.
- Imposibilidad para saber al cabo de 6 meses o más si el paciente siguió recomendaciones dadas y así se disminuyó el reingreso hospitalario a largo plazo.
- La imposibilidad para realizar este seguimiento radica en que para realizarlo y solicitar datos de contacto a los pacientes se debe diligenciar consentimiento informado y el trámite para solicitar la aprobación del consentimiento informado en nuestra institución exige un estudio exhaustivo por parte del comité de ética y el proceso es extenso en tiempo, así contemos con el apoyo del departamento de enfermería, gerencia y comité de ética.

Al contar con poco tiempo para la implementación del trabajo de gestión y la muestra de resultados no fue posible realizar dicha solicitud, así mismo los resultados obtenidos después del año de haber realizado la intervención tampoco podrían plasmarse en el presente trabajo.

14. RECOMENDACIONES

- Continuar implementando el plan de egreso desde el ingreso ya que demostró tener resultados positivos en la educación del paciente y familiar.
- Capacitar al todo el personal nuevo acerca del proceso del plan de egreso y como acceder a los videos.
- El plan de egreso de podría extender al servicio de hospitalización para así poder tener más tiempo brindando educación al paciente y reforzar conocimientos y hábitos de vida saludables.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cassiani C. Síndromes coronarios agudos, epidemiología y diagnóstico. Revista salud Uninorte. (Revista en línea) 2009. (Acceso 14 de mayo de 2012)25(1): 118-134.
- Marín F, Ospina L. Infarto Agudo del Miocardio en adultos jóvenes menores de 45 años. Revista Colombiana de cardiología. 2000., 11 (4) : 193-204
- Cano García MA, Castillo Martínez L , Orea Tejada A, Escamilla Mondragón J, Gonzales Treviño O , Ascencio la fuente E, Dorantes Gracia J , Prevalencia de cardiopatía isquémica , demostrada mediante tomografía por emisión de fotón único (SPECCT) Tc 99 m sestemibi en menores de 40 años y su asociación con factores de riesgo. Med in Mex. 2005., 21 (4) :247-54
- OPS.(1994).Las condiciones de salud de las Americas.V.2,pp.113-127
- El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. Colombia, revista u.d.c.a. actualidad y divulgación científica issn: 0123-4226,2014 vol: 17 fasc.1 págs. 13-23. Autores Beatriz Sánchez herrera, Barrera Ortiz Lucy, Gloria Mabel carrillo González.
- Ministerio de la protección social, resolución número 1466 de 8 de mayo de 2006 por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud pública, pagina 23.
- Raile, A. Martha. Tomey, M. Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. (p. 741-750)
- Ley 266 de 5 de febrero de 1996. Diario oficial No 42.710 Ministerio de educación nacional.

- Thygesen, k., alpert, j. s., jaffe, a. s., simoons, m. l., chaitman, b. r., white, h & wood, d. (2013). documento de consenso de expertos. tercera definición universal del infarto de miocardio. *revista española de cardiología*, 66(2), 132-e1
- Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, Armstrong PW, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Ger. *Circulation* [Internet]. 2007 May 15 [cited 2015 Jul 27];115(19):2549–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502590>
- Messelken M, Kehrberger E, Dirks B, Fischer M. The quality of emergency medical care in baden-württemberg (Germany): four years in focus. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2010 Jul [cited 2015 Sep 7];107(30):523–30. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2925343&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Papalexopoulou N, Young CP, Attia RQ. What is the best timing of surgery in patients with post-infarct ventricular septal rupture? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 Sep 7]; 16(2):193–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3548527&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- La habana provincia de ciudad de la Habana, Cuba. (acceso 15 de mayo de 2012) Fonseca, K. Síndrome coronario agudo. Comportamiento clínico epidemiológico en cuidados intensivos.
- Bogotá D. C., Jan. 29 de 2014 - Agencia de Noticias UN- Muertes por enfermedades coronarias aumentarán casi al doble en 2021. Revisar cómo se cita un artículo de la web-noticia
- Rev. Es Cardiel. 2012; 65:414-20. - Vol. 65 Núm.05 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.09.009. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años

- Reyes Morales C, Barbón Clemente J. Atención de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados coronarios.
- OPS.(1994).Las condiciones de salud de las Americas.V.2,pp.113-127
- Alonso Metrchan. (1993).Infarto agudo de miocardio. Urgencias cardiovasculares. Colección de Educación Médica, v.12, Fundación Clínica Shaio, Escuela Colombiana de Medicina, Editorial Kimpres Ltda.P.41.
- Nursing. (1994).Lucha contra reloj. Salvar el corazón con fármacos Trombolíticos. Edición española.V.12.pp.8-16.
- Critical Care Nursing. (1998)Myocardial infarction. Review of Clinical Trials and Treatment Strategies.V.18.No.2, p.44.
- A.R.GRUNTIG,R.K.MYLER, HANNA ES, et al. (1997). Trasluminal Angioplasty of Coronary Artery Stenosis Circulation.
- B.ROSE. Transluminal percutánea.Nursing 93. Septiembre.PP.21-25.
- www.icba.com.ar/hemodinamia/angioplast_02.jpg
- Guía para el paciente acerca de la ACTP, Departamento de comunicaciones de Mercadeo de Advanced Cardiovascular Systems, Inc. (ACS).
- Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardiaco en el posoperatorio de cirugía cardiaca. Noviembre 2011.
- Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardiaco en el posoperatorio de cirugía cardiaca. Noviembre 2011.
- Fundación Clínica Shaio, Plataforma Estratégica, 2015

16. ANEXOS

ANEXO 1

(ENCUESTA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN)



1. Considera usted como prioritaria la educación al paciente con IAM al momento del egreso?

SI NO

2. Qué puntos considera que se deben abordar a la hora de brindar educación al paciente con IAM y su familia?

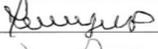
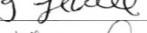
- A) Que es el infarto
- B) Tratamiento del IAM
- C) Factores de riesgo
- D) Adherencia a medicación.
- E) Dieta
- F) Actividad física
- G) Actividad sexual
- H) Todos los anteriores

3. Considera que se puede aprovechar la estancia del paciente con IAM en la UCV para iniciar la educación desde el ingreso.

SI

4. Considera que enfermería tiene un papel relevante en la educación al paciente con IAM y su familia?

ANEXO 2 (LISTAS DE ASISTENCIA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN)

	FORMATO DE SOCIALIZACIÓN	Código: RE-2.4.2-11 Versión: 02 Página: ___ de ___				
TEMA O DOCUMENTO QUE SE SOCIALIZA: <u>Socialización Proyecto: "Plan de Egreso hospitalario para generar el bienestar en pacientes con IAM en la Unidad Cardiovascular"</u> FECHA: DD / MM / AA						
OBJETIVO DE LA SOCIALIZACIÓN: <u>Taller de Sensibilización</u>						
HORA INICIAL: <u>22h</u> HORA FINAL: <u>22:40</u> LUGAR: <u>Intercambio</u> DEPENDENCIA RESPONSABLE: <u>Enfermería</u>						
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACIÓN: <u>Maritza Meza</u> CARGO: <u>Enfermera</u>						
No	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	TURNO	SERVICIO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alejandra Chavez Piravayuen	Enfermera	TN2	UCC	mandy.chavez@shato.org	
	Janneth Hondzo	Enfermera	TN2	UCC		
	Martha Liliana Páez Gómez	Enfermera	TN2	UCC	martha.paez@shato.org	
	Judy Rodríguez Bohórquez	Enfermera	TN2	UCC	judy.rodriguez@shato.org	
	Alejandra Collaños Sotomonte	Enfermera	TN2	UCC	alejandra-collaños@shato.org	
	Liliana Garzón Moreno	Enfermera	TN2	UCC	liliana.garzon@shato.org	
	Paola Fabiana Páez Páez	Supervisora Enfermería	TN2	Departamento Enfermería	Paola.paez@shato.org	
OBSERVACIONES						

ANEXO 3 (FOLLETO)

OBESIDAD

La obesidad y el sobrepeso contribuyen en forma importante con muchas alteraciones que facilitan la aparición de enfermedad aterosclerótica de las arterias y la aparición de infarto de miocardio.



Tu meta en obesidad abdominal es:
Perímetro abdominal



Menor a 94 cm
Hombres

Menor a 88 cm
Mujeres

RECOMENDACIONES PARA EL ALTA HOSPITALARIA

Querido paciente al egresar de la institución debes tener en cuenta que una dieta equilibrada es clave para la recuperación cardiovascular y el mantenimiento de la salud. Además la actividad física regular y el ejercicio juegan un papel importante en tu rehabilitación y prevención de un nuevo evento cardiovascular como el infarto que presentaste, por lo tanto debes tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

UNA DIETA SALUDABLE DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- El consumo de ácidos grasos saturados debería ser < 10% del total de la ingesta energética.
- Ácidos grasos trans-insaturados: Deben ser la menor cantidad posible, preferiblemente no de origen de alimentos procesado.
- < 5 g de sal por día
- 30-45g de fibra por día, proveniente de granos integrales, Frutas y verduras.
- 200gr de fruta por día (2-3 porciones)
- 200gr de verduras por día. (2-3 porciones).
- Pescado al menos dos veces por semana.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe ser limitado a dos vasos por día (20gr/día) para hombres, y para mujeres un vaso por día (10gr/día)



ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO

El tiempo ideal para dedicar al ejercicio es de aproximadamente treinta minutos diarios es decir el equivalente a 10.000 pasos diarios, cinco veces a la semana.

ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO

30 minutos



5 DIAS

10.000 PASOS



• Los adultos saludables de todas las edades deben realizar semanalmente entre 2.5 a 5 horas de actividad física o practicar ejercicio aeróbico de intensidad moderada. O realizar entre 1 a 2.5 horas a la semana de ejercicio de alta intensidad.

• Los pacientes con antecedente de IAM, RVM, intervención coronaria percutánea, angina de pecho estable o insuficiencia cardíaca crónica estable deben someterse a entrenamiento aeróbico de intensidad moderado a vigoroso más de tres veces por semana y cada sesión de 30 minutos. Los pacientes sedentarios deben ser motivados a comenzar programas de ejercicios con una intensidad leve después de una adecuada estratificación del riesgo relacionado con el ejercicio

ACTIVIDAD SEXUAL

- Se podría iniciar trascurridos de 10 a 14 días del alta hospitalaria siempre y cuando no exista contraindicación por cualquier otra causa.
- No debe desarrollarse actividad sexual cuando se sienta cansado, tras la ingesta moderada de alcohol o comidas, después de emociones fuertes como enfado o euforia o después de haber realizado algún esfuerzo de importancia.
- Debe elegir con su pareja el momento más adecuado, lo más relajado posible, evitando estrés y ansiedad, preferiblemente después de descanso o siesta.
- Si durante la actividad sexual apareciera un cuadro de dolor en el pecho, la primera actuación es concluir la actividad

“¿ LO QUE ESTAS HACIENDO HOY, TE ACERCA AL LUGAR EN EL QUE QUIERES ESTAR MAÑANA?”

FUNDACION
CLINICA
SHAIO



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO



¿QUE ME SUCEDIÓ?

Querido paciente tu has presentado un infarto agudo al corazón, por esta razón te encuentras actualmente en **vigilancia continua** en la unidad coronaria para proceder a tu tratamiento y prevenir complicaciones.

QUE ES UN INFARTO

Un infarto es una lesión de una o varias partes del tejido del corazón provocada por la interrupción de irrigación sanguínea generada a raíz de una obstrucción en alguna arteria que irrigan el corazón llamadas arterias coronarias.

Y AHORA QUE SIGUE PARA MI TRATAMIENTO?

Tu tratamiento el cual ya se empezó desde el mismo momento de tu ingreso a la clínica, consiste en tres estrategias fundamentales:

1. Vigilancia y cuidado continuo para detectar tempranamente posibles complicaciones y tratarlas.

2. Tratamiento farmacológico que consiste en medicamentos para prevenir un nuevo infarto y lograr frenar la progresión del trombo formado en tus arterias coronarias limitando o deteniendo el daño sobre tu músculo cardiaco.

Este tratamiento farmacológico consiste en:

A. Aspirina + Clopidogrel o Ticagrelor o Prasugrel: impiden la formación de nuevos trombos

B. Anticoagulación: (Heparina, Enoxaparina o Fondaparina) impiden junto con la aspirina y el clopidogrel que se forme nuevo trombo para producir o empeorar el infarto que se viene presentando.

C. Betabloqueadores : (Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol o Nebivolol) ayudan a disminuir la frecuencia cardiaca para que el corazón trabaje mas suave

D. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II o Bloqueadores de receptores de angiotensina II como captopril-enalapril: previenen que el corazón se agrande

E. Estatinas: como por ejemplo (Atorvastatina o Rosuvastatina) estos medicamentos disminuyen el colesterol malo en la sangre.

F. Antagonistas de la aldosterona: (Espironolactona o Eplerenone) impiden que el corazón se agrande, además disminuyen la formación de mas cicatrices en el corazón después del infarto.

•G. Nitroglicerina intravenosa: se usa para dilatar la arteria coronaria y mejorar su flujo



3. El cateterismo con o sin angioplastia.

QUE ES UN CATETERISMO CARDIACO

Es un procedimiento en el cual se introduce un catéter por la pierna o por la muñeca y llega hasta la entrada del corazón y desde allí se aplica un medio de contraste dentro de las arterias del corazón y se filma una película de rayos x que nos muestra exactamente donde están los sitios de obstrucción de la arteria que presento el infarto y como están las otras arterias del corazón también.

QUE ES UNA ANGIOPLASTIA

Es un procedimiento en el cual se comprime contra la pared del vaso el exceso de colesterol y se realiza el implante de un stent que impide la reobstrucción de la lesión

FACTORES DE RIESGO

"Ya voy a ser dañado de alta pero tengo algunas inquietudes que quisiera resolver"

¿Qué factores me causaron la aparición de enfermedad coronaria?

Existen un número de factores de riesgo que claramente se han asociado a la presencia de enfermedad coronaria precoz y que si son intervenidos o controlados podrán reducir la posibilidad de presentar un nuevo infarto.

Ellos son:



HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, silenciosa, que se caracteriza por elevación de las cifras de presión arterial.

Hipertensión arterial= Presión arterial > 140/90 mmHg.

Tu meta : menor de 140/90

Recuerda : "La hipertensión arterial es una enfermedad que no se cura solo se controla por tanto no debes suspender nunca la medicación indicada por tu medico".

COLESTEROL ELEVADO

El colesterol elevado especialmente el denominado colesterol malo (LDL), cuando se encuentra en exceso y ayudado por otros factores de riesgo asociados como presión arterial elevada o tabaquismo etc., son factores que contribuyen marcadamente con la aparición temprana de enfermedad aterosclerótica la aparición de el infarto de miocardio.

El colesterol elevado es una enfermedad que no se cura pero si se puede controlar en Forma exitosa con dieta y tratamiento.



•TU META

•Metas de colesterol para reducir el riesgo de infarto:

- COLESTEROL TOTAL :
Menor de 200 mgr%
- HDL ("Colesterol Bueno"):
Mayor de 40mgr%
Mayor de 50 mgr%
- LDL ("Colesterol Malo"):
Menor a 70 mgr%
- TRIGLICÉRIDOS.
Menor a 150 mgr%

Por tanto debes recordar que el tratamiento para reducir el colesterol y prevenir un nuevo infarto es para toda la vida.

CIGARRILLO

El cigarrillo daña las paredes de las arterias y facilita que se pegue colesterol malo en ellas y además espesa la sangre y facilita la formación de trombos dentro de las arterias coronarias produciendo un infarto.

TU META NO FUMAR

DIABETES O ALTERACIÓN DE LA GLUCOSA

La diabetes es una enfermedad que cursa con elevación persistente de el azúcar en la sangre en niveles mas altos que los que normalmente se deben tener. El azúcar elevado produce muchos daños en el organismo entre otros aterosclerosis de arterias coronarias y la aparición de un infarto de mio cardio.

TU META

Hemoglobina glicosilada: menor a 7%
Glicemia en ayunas : menor a 100 mgr%

ANEXO 4 (EVALUACION DE EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIA)



EVALUACION DE LA EDUCACION

Querido paciente a continuación encontraras una serie de preguntas acerca del infarto agudo de miocardio y cómo prevenirlo, por favor contesta con lo aprendido en la observación e información del video que te acabamos de presentar.

1. ¿Cuál consideras que es la respuesta más correcta sobre que es un infarto cardiaco o infarto del miocardio?

- A. Una picada en el pecho con desmayo
- B. Tener maluquera
- C. Obstrucción de un de las arterias del corazón. (Arterias coronarias)
- D. Que se le abre el pecho en dos

2. Cual o cuales de las siguientes condiciones pueden hacer que me de un infarto del corazón:

- A. Presión arterial no controlada
- B. Azúcar en la sangra alta (Diabetes).
- C. Colesterol elevado en la sangre
- D. Todas las anteriores.

3. ¿De las siguientes recomendaciones sobre el estilo de vida cual NO es correcta?

- A. Caminar 10.000 pasos diarios
- B. Bajo consumo de alimentos ricos en azúcares.
- C. Dieta rica en vegetales y frutas.
- D. Fumar.

4. ¿Cuáles son los posibles tratamientos que realizamos para cuando una persona sufre de un infarto cardíaco?

- A. Angioplastia coronaria
- B. Revascularización Miocárdica
- C. Tratamiento farmacológico
- D. Todos los anteriores

5. Considera usted que es importante la adherencia al tratamiento farmacológico para no incurrir en un infarto?

- D. SI
- E. NO

ANEXO 5

(LISTA DE CHEQUEO PACIENTE Y FAMILIA)

	EDUCACION AL PACIENTE Y O SU FAMILIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	
Sticker de identificación del paciente:		Edad:
		Cama:
Fecha de ingreso a la unidad:		
Diagnóstico:		
Nombre del familiar:	Cédula:	Parentesco:

LE BRINDARON EDUCACION ACERCA DE:

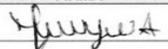
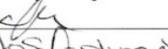
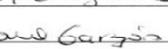
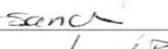
TEMAS:	SI	NO
• Qué es un infarto?		
• Factores de riesgo		
• Tratamiento Farmacológico		
• Manejo del diagnóstico		
• Recomendaciones generales para el alta		
SE RESOLVIERON SUS DUDAS E INQUIETUDES?		
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS		

FIRMA DEL PACIENTE Y O FAMILIAR

NOMBRE DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOMBRE Y SELLO DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERIA

ANEXO 6 LISTA DE ASISTENCIA SOCIALIZACION DE INSTRUMENTOS)

	FORMATO DE SOCIALIZACIÓN	Código: RE-2.4.2-11 Versión: 02 Página: ___ de ___				
TEMA O DOCUMENTO QUE SE SOCIALIZA: <u>Plan de Egreso hospitalario para generar Bienestar en pts con IAM...</u> FECHA: <u>09 NOV 15</u>						
OBJETIVO DE LA SOCIALIZACIÓN: <u>Socializar instrumentos de educación</u>						
HORA INICIAL: <u>13:30</u> HORA FINAL: <u>2+15am</u> LUGAR: <u>Tinjacá</u> DEPENDENCIA RESPONSABLE: <u>Enfermería</u>						
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACIÓN: <u>Maritza Marcela Mesa Rueda</u> CARGO: <u>Enfermera</u>						
No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	TURNO	SERVICIO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alejandra Chavez Pruvoguen	Enfermera	TN2	UCC	alejandra.chavez@shaio.org	
2	Yumbet Carvajal Calderín	Enfermera	TN2	UCIU	yumbet.carvajal@shaio.org	
3	Josefa Armenth	Enfermera	TN2	UCC	Josefa.armenth@shaio.org	
4	Judy Rodriguez Bohorquez	Enfermera	TN2	UCC	Judy.rodriguez@shaio.org	
5	Liliana Garzon Moreno	Enfermera	TN2	UCC	Liliana.garzon@shaio.org	
6	Erica Marcela Sanchez Alvarez	Enfermera	TN2	UCC	Erica.sanchez@shaio.org	
7	Franck Milena Ramirez Pinzon	Enfermera	TN2		Franck.Ramirez@shaio.org	
OBSERVACIONES						



FORMATO DE SOCIALIZACIÓN

Código: RE 2.4.2-11

Versión: 00

Página: de

TEMA O DOCUMENTO QUE SE SOCIALIZA: Socialización resultados "Plan de egreso hospitalario para generar bienestar..." FECHA: 10 nov 15

OBJETIVO DE LA SOCIALIZACIÓN: Socializar instrumentos de educación

HORA INICIAL: 1+30am HORA FINAL: 2+15am LUGAR: UCV Tinkardero DEPENDENCIA RESPONSABLE: Enfermería

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACIÓN: Leiof Sanchez - Ximena Doroso CARGO: Enfermera

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	TURNO	SERVICIO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Paola Legizorcas Casallas	Enfermera	TN ₁	UCC	sandya.legizorcas@shato.org	Paola
	Amundi Romero P	Enfermera	TN ₁	UCI	amundi.romero@shato.org	Amundi
	Nancy Romero P	Enfermera	TN ₁	UCC	nancy.romero@shato.org	Nancy
	Alejandro Castro	Enfermera	TN ₁	UCC	alejandro.castro@shato.org	Alejandro
	Andrea Villanueva R	Enfermera	TN ₁	UCC	andrea.villanueva@shato.org	Andrea
	CLAUDIA FOLLETO	Enfermera	TN ₁	SPN	claudia.folletto@shato.org	Claudia
	Nelcy Mariela Aceiro	Enfermera	TN ₁	UCV	nelcy.aceiro@shato.org	Nelcy Aceiro

OBSERVACIONES