

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO

**ESTRATEGIA EDUCATIVA DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES CON
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES PARA FAVORECER LA COMPETENCIA
DE AUTOCUIDADO EN PRESENCIA DE UN ACV EN VENTANA DE TROMBÓLISIS
EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE BOGOTA**

PRESENTADO POR:

GLORIA TATYANA SOTELO DUARTE

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

CHÍA - CUNDINAMARCA

2021

**ESTRATEGIA EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES PARA FAVORECER LA COMPETENCIA
DE AUTOCUIDADO EN PRESENCIA DE UN ACV EN VENTANA DE TROMBÓLISIS
EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE BOGOTA**

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROYECTO

GLORIA TATYANA SOTELO

**PROYECTO DE GESTIÓN PARA OPTAR POR TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO CON ÉNFASIS EN ADULTOS**

PROFESORES ASESORES

JIMMY LEONARDO MENDIETA

GINNA LIZBETH GOMEZ LOPEZ.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

CHÍA - CUNDINAMARCA

2021

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, quien me permite día a día de seguir soñando hasta alcanzar el objetivo tan anhelado de convertirme en una profesional cada vez más preparadas y con más conocimientos para el servicio de mi familia, mi comunidad y de todo aquel que requiera de mis cuidados

A mi familia, quienes son un pilar fundamental en la ejecución de los proyectos personales, siempre demostrando su amor, comprensión y apoyo incondicional en todo el proceso.

A la enfermera profesional Flor Alba Rojas coordinadora del Programa de Rehabilitación Cardiovascular de la sede Clínica Fray Bartolomé de las Casas, por brindarnos sus conocimientos y su interés de innovación por medio de la investigación y el apoyo a los estudiantes, al personal que labora en dicha institución que me brindó el tiempo y espacio para la ejecución de las actividades, a los usuarios que confiaron en mis conocimientos permitiéndome aportar en su autocuidado, y por último, a USS Simón Bolívar en cabeza de Piedad Zuluaga referente de investigación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E por permitirme llevar a cabo nuestro proyecto, y la oportunidad de aplicar el conocimiento adquirido en sus instalaciones.

Finalmente, a la Universidad de La Sabana, a los profesores Jimmy Mendieta y Ginna Lisbeth Gómez quienes guiaron este proyecto, por medio de sus conocimiento y enseñanza haciendo posible el cumplimiento del objetivo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL.....	3
1.1 MISIÓN.....	3
1.2 VISIÓN.....	3
1.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	3
1.4 VALORES INSTITUCIONALES.....	4
1.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES.....	4
1.6 ORGANIGRAMA.....	5
1.7 UNIDAD EN LA QUE SE DESARROLLA EL PROYECTO.....	5
2. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS.....	6
2.1 Directos.....	6
2.2 Indirectos.....	6
3. MARCO CONCEPTUAL.....	7
4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y SU PLANTEAMIENTO.....	10
5. JUSTIFICACIÓN.....	14
6. OBJETIVO GENERAL.....	15
6.2 Objetivos específicos.....	15
7. TEORÍA DE ENFERMERÍA DE SOPORTE.....	15
8. METODOLOGIA.....	21
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
10. PLAN DE ACCIÓN.....	24
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	29
12. RESULTADOS.....	32
13. CONCLUSIONES.....	63
14. RECOMENDACIONES.....	66
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	70

RESUMEN

Introducción: Existen muchos estudios realizados orientados a la rehabilitación de los pacientes que padecen un accidente cerebrovascular; sin embargo, no hay estudios que aporte a los pacientes con antecedentes cardiovasculares a adquirir conocimientos frente a este flagelo tan incapacitante, de grandes costos para el sistema de salud, con altas tasas de morbilidad. *Objetivo:* Diseñar y ejecutar una estrategia educativa para favorecer el autocuidado en los pacientes con antecedentes cardiovasculares en presencia de un Accidente Cerebrovascular en ventana de trombólisis de un hospital de III nivel de complejidad, de la ciudad de Bogotá. *Metodología:* se elaboró una estrategia educativa de enfermería fundamentada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem dirigida a los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer el autocuidado y brindar conocimientos que permitan reconocer un accidente cerebrovascular en ventana de trombólisis. *Resultados:* Se diseñó y ejecutó una estrategia educativa de enfermería dirigida a pacientes con antecedentes cardiovasculares que les permitió favorecer conductas de autocuidado en presencia de un accidente cerebrovascular en ventana de trombólisis.

ABSTRACT

Introduction: There are many studies carried out oriented to the rehabilitation of patients who suffer a stroke; however, there are no studies that contribute to patients with a cardiovascular history to acquire knowledge in the face of this disabling scourge, of great costs for the health system, with high morbimortality rates. *Objective:* To design and implement an educational strategy to promote self-care in patients with a history of cardiovascular disease in the presence of a stroke in the thrombolysis window of a hospital of III level of complexity in the city of Bogota. *Methodology:* a nursing educational strategy based on Dorothea Orem's self-care deficit theory was developed for patients with a history of cardiovascular disease to promote self-care and provide knowledge to recognize a stroke in a thrombolysis window. *Results:* A nursing educational strategy was designed and implemented for patients with a history of cardiovascular disease to encourage self-care behaviors in the presence of a stroke in a thrombolysis window.

Palabras clave DeCS: Educación, Enfermería, Accidente Cerebrovascular, Autocuidado, Rol de la Enfermera.

Key words: Education, Nursing, Stroke, Self-Care, Nurse's Role.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar y ejecutar una estrategia educativa para favorecer el autocuidado en los pacientes con antecedentes cardiovasculares ante un ACV en ventana de trombólisis en un Hospital de III nivel de complejidad, en la ciudad de Bogotá.

Los pacientes con antecedentes cardiovasculares dentro de las complicaciones más comunes que tienen, es el riesgo de padecer un ACV, por ello, esta estrategia educativa está encaminada a fortalecer las competencias de autocuidado para contribuir a la obtención de conductas protectoras y ejercer su rol como cuidadores de sí mismos, brindando conocimientos para identificarlo y acudir a tiempo al servicio de urgencias.

Para el abordaje del autocuidado, este diseño de gestión se fundamenta en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem desarrollado en 5 etapas que se encuentran descritas en cada uno de los objetivos específicos basados en los constructos de la teoría y enmarcados en un paso a paso buscando:

- Identificar los requisitos de desviación de la salud que influyen en el autocuidado de los pacientes como posibles desencadenantes de complicaciones como ACV utilizando el instrumento de valoración de enfermería basado en la teoría de déficit de autocuidado para pacientes con antecedentes cardiovasculares.
- Identificar y fortalecer las conductas de autocuidado teniendo en cuenta los componentes de poder, para ello se implementó un test de preguntas orientadoras de autocuidado donde se identificó las conductas que permiten el mantenimiento de salud; a partir de los dos objetivos anteriores se dio origen a un tercero el cual busca empoderar de conocimiento al agente de autocuidado para mejorar su rol como cuidador, para ello, se diseñó la estrategia educativa con el fin de brindar conocimientos que permitan mitigar aquellos déficits de autocuidado y por otro lado lograr el fortalecimiento de conductas de autocuidado mediante la enseñanza de hábitos saludables y conductas de autocuidado de manera responsable y consciente,
- Vincular a los pacientes con antecedentes cardiovasculares en un sistema de compensación para ejercer su autocuidado, en esta etapa se planteó una matriz de los sistemas de compensación para clasificarlos y así permitirle reconocer sus capacidades como cuidador propio,
- Evaluar la respuesta de los pacientes con antecedentes cardiovasculares frente a la estrategia educativa impartida, en este último, se elaboró una evaluación para verificar los conocimientos adquiridos por los pacientes gracias a esta estrategia, así como también evaluar la utilidad, practicidad y comprensión de las herramientas utilizadas.

1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL

1.1 MISIÓN.

“Somos una Empresa Social del Estado innovadora y socialmente responsable, que presta servicios de salud integrales y de calidad, con participación en la formación de talento humano y desarrollo de la investigación, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población”. (1)

1.2 VISIÓN

En el año 2020 seremos una entidad con reconocimiento a nivel nacional e internacional por su modelo de atención integral, basado en estándares superiores de calidad, con un proceso dinámico en capacitación y formación de talento humano en salud y con desarrollo sostenible de la investigación.” (2)

1.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., pretenderá alcanzar los siguientes objetivos en cumplimiento de su misión: (3)

A. Modernización empresarial de la Subred Norte E.S.E. perspectiva (3).

1. Fortalecer la línea de gestión empresarial operacional – Productividad
2. Desarrollar línea de gestión institucional - Competitividad
3. Desarrollar línea de gestión ambiental – Sostenibilidad

B. Perspectiva financiera (3)

4. Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred Norte E.S.E.

C. Perspectiva clientes (3)

5. Incrementar nivel de fidelización y satisfacción de los usuarios
6. Desarrollar línea de gestión social - Legitimidad
7. Diversificación portafolio de servicios
8. Incrementar portafolio de clientes

D. Perspectiva procesos (3)

9. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
10. Implementar sistemas integrales de gestión en la Subred Norte E.S.E.

E. Perspectiva de innovación y aprendizaje (3)

11. Generar y difundir crecimiento científico en salud
12. Fortalecer competencias del Talento Humano
13. Fortalecer el sistema de información y comunicaciones

1.4 VALORES INSTITUCIONALES

“**Lealtad:** Respetar y hacer respetar los compromisos colectivos”. (4)

“**Trabajo en Equipo:** Coordinar e integrar esfuerzos para el cumplimiento del mismo objetivo de beneficio común”. (4)

“**Disciplina:** Perseverar de manera ordenada e integral con el fin de cumplir metas en común”. (4)

“**Compromiso:** Es la convicción del cumplimiento. Es la capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado”. (4)

“**Cooperación - Competencia:** Comprometer todos los esfuerzos para lograr los objetivos propuestos, pensando en que nosotros somos, hacemos y producimos más tu y yo”. (4)

1.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

“**Ética:** Son el conjunto de normas que vienen del interior con las cuales se define el comportamiento, las conductas y maneras de actuar de las personas”. (5)

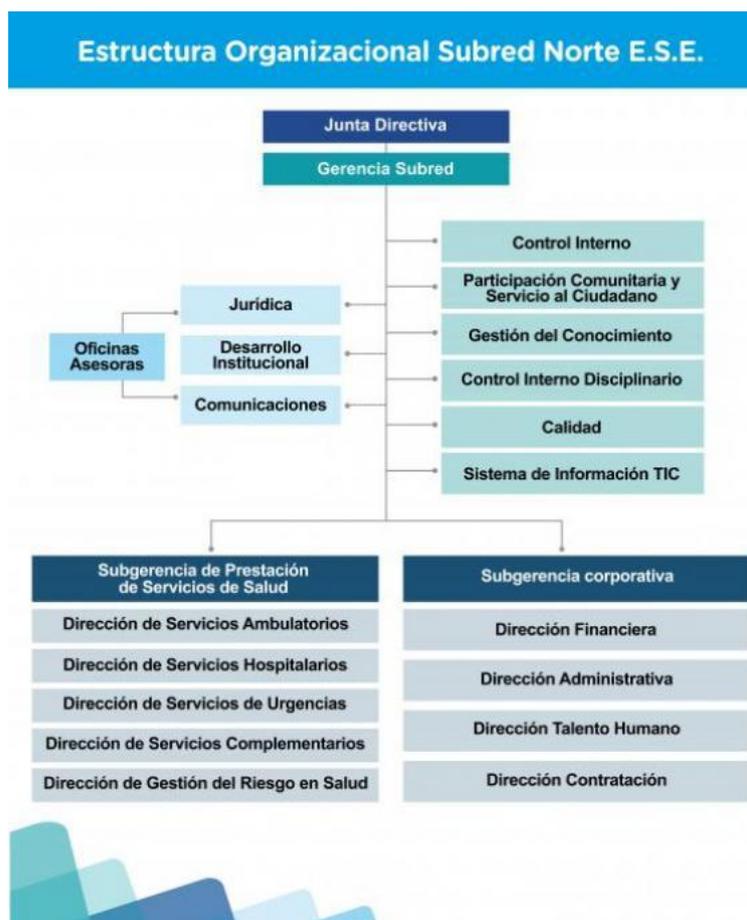
“**Solidaridad:** Ejercicio de colaboración entre las redes, con el ánimo de contribuir a la realización de los proyectos de vida, calidad en salud y satisfacción de las necesidades de los usuarios”. (5)

“**Transparencia:** Es la obligación de los sujetos de hacer del conocimiento público las actuaciones en ejercicio de sus atribuciones; generando un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre la administración y la sociedad de tal forma que los ciudadanos estén informados y conozcan las responsabilidades, procedimientos, reglas, normas y demás información generada por el hospital en un marco de abierta participación social y escrutinio público”. (5)

“**Respeto:** Aceptación y valoración de los otros, como sujetos de derechos y cumplidores de deberes, como base de las relaciones humanas”. (5)

“**Integridad:** Nos hace transparentes en lo que pensamos, decimos y hacemos, nos da credibilidad ante los demás y genera confianza e influencia en otros”. (5)

1.6 ORGANIGRAMA



Organigrama Institucional. Subred Integrada de Servicios de Salud norte E.S.E [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/transparencia/estructura-organica/organigrama>

1.7 UNIDAD EN LA QUE SE DESARROLLA EL PROYECTO.

El presente proyecto se ejecutará en la Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé de las Casas, con los pacientes del Programa de Rehabilitación Cardiovascular, provenientes de toda la Subred Norte que presentan comorbilidades cardiovasculares y son remitidos por los médicos tratantes, desarrollando actividades como seguimiento médico, actividad física orientada por un profesional de terapia física y seguimiento por el personal de enfermería para control de signos vitales, peso, talla, glucometría, educación en la toma de medicamentos y temas de autocuidado enfocados en enfermedades cardiovasculares, además de supervisar la asistencia a citas con especialistas y llevar el control de paraclínicos solicitados durante las sesiones del programa.

En el presente proyecto se tomarán 15 usuarios del Programa de Rehabilitación Cardiovascular que de manera voluntaria y dejando su consentimiento informado quieran participar en la “Estrategia educativa de enfermería a los pacientes con antecedentes

cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un accidente cerebrovascular en ventana de trombólisis”

2. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

2.1 Directos

En nuestro proyecto se ven involucrados directamente los pacientes y/o familiares de los pacientes que tiene antecedentes cardiovasculares como agentes de autocuidado para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ECV, que hacen parte del programa de rehabilitación cardiovascular de la USS Fray Bartolomé de las Casas.



Diagrama 1. Involucrados directos

2.2 Indirectos

Se establecieron como involucrados indirectos de este diseño de gestión al equipo asistencial del Programa de Rehabilitación Cardiovascular el cual está conformado por un médico general, una enfermera profesional, una terapeuta física y una auxiliar de enfermería, así mismo todos aquellos que se vieron involucrados para la elaboración y ejecución del presente proyecto como son USS Fray Bartolomé de las Casas, Referente de Investigación de la Subred Norte, Profesional de docencia de USS Simón Bolívar y USS Fray Bartolomé de las Casas, USS Simón Bolívar y por último los docentes asesores del proyecto de gestión y la Universidad de La Sabana.

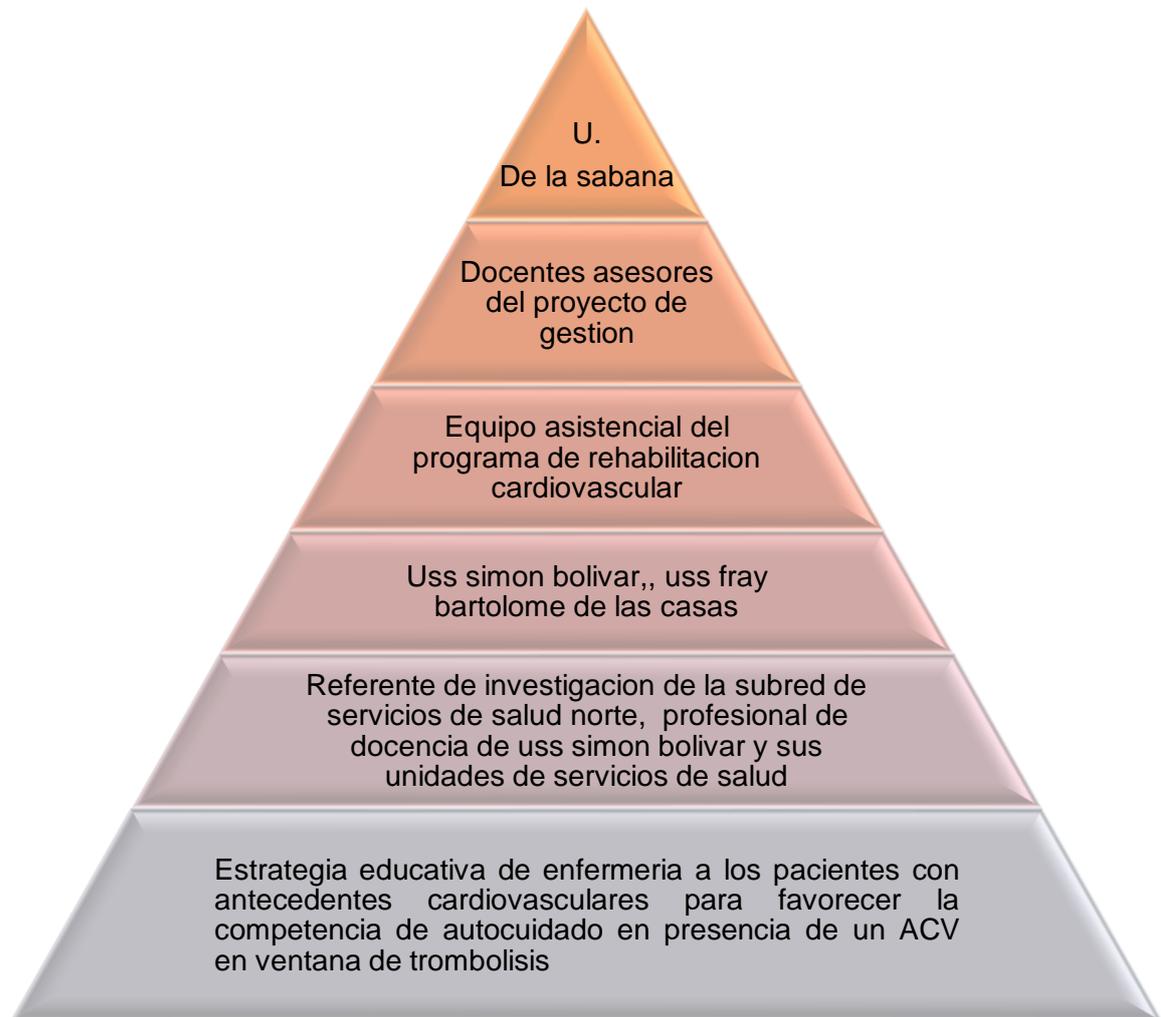


Diagrama 2. Involucrados indirectos

3. MARCO CONCEPTUAL.

La enfermedad cerebrovascular es un grupo de condiciones patológicas en la cual ocurre una disfunción del tejido cerebral por una obstrucción del aporte sanguíneo a todas sus estructuras acarreado consigo focos de hipoxia, isquemia o necrosis. (6)

El termino **Enfermedad Cerebrovascular** se usa para describir el proceso de manera general, sea agudo o crónico, isquémico o hemorrágico o se refiera a un individuo o a muchos, usado por epidemiólogos para referirse a un problema de salud o para verificar el comportamiento de la enfermedad en un paciente a lo largo del tiempo. (6)

El **accidente cerebrovascular o ictus** es causado por la oclusión súbita de las arterias que irrigan el cerebro, debido a un trombo que se forma: directamente en el sitio de la oclusión (accidente cerebrovascular isquémico trombótico) o en otra parte del sistema cardiovascular siguiendo al torrente sanguíneo hasta que obstruye las arterias del cerebro produciendo la muerte neuronal, que puede ser causada por trombos, embolismo o hipoperfusión sistémica. (6)

En la trombosis la oclusión arterial se debe a enfermedades como aterosclerosis, disección o displasia fibromuscular. En el embolismo la obstrucción se debe a la formación de un embolo liberado de un lugar lejano y con su desplazamiento por el torrente sanguíneo llega a los pequeños vasos cerebrales donde taponan el vaso e interrumpe el flujo de sangre por este mismo. La hipoperfusión sistémica puede afectar tanto el cerebro como otros órganos por el aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes lo que sucede en entidades como: la hipercoagulabilidad, policitemia vera, anemia drepanocítica y síndrome antifosfolípido. (6)

La OMS define el **accidente cerebrovascular** como una afección neurológica general o focalizada, de aparición súbita, que perdura más de 24 horas y su origen es vascular ya sea isquémico o hemorrágico. (6)

En esta definición se destacan 4 componentes que son:
Una deficiencia o déficit neurológico, de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular.

A su vez, esta definición excluye: el accidente isquémico transitorio (AIT), que se define como la presencia de síntomas neurológicos focales, pero con una duración inferior a 24 horas;

- La hemorragia subdural;
- La hemorragia epidural;
- Las intoxicaciones;
- Los síntomas causados por traumatismos.

“General” se refiere a los pacientes con hemorragia subaracnoidea o coma profundo, pero excluye el coma de origen vascular sistémico como en caso de:

- Choque,
- Síndrome de Stokes-Adams,
- Encefalopatía hipertensiva.

El accidente isquémico transitorio es un defecto circulatorio que produce síntomas focales por menos de 24 horas, también representa una urgencia médica absoluta puesto que puede progresar a un daño mayor e irreversible. (6)

Al hablar de Infarto cerebral se hace referencia a la necrosis del tejido cerebral producida por interrupción del flujo sanguíneo que puede ser de origen isquémico o hemorrágico. (6)

Teniendo en cuenta las anteriores definiciones se deja entre ver que se debe actuar con prontitud en el accidente isquémico transitorio y el accidente cerebrovascular, los cuales tienen un inicio súbito, pero que de avanzar en su proceso oclusivo pueden acarrear consecuencias incapacitantes para el que lo padece, por ello, este diseño de gestión se centrara en esta entidad, con el fin de brindar educación a los pacientes que ya padecen una patología cardiovascular y que por ello presentan un mayor riesgo para cursar con accidentes cerebrovasculares de Novo o a repetición. (6)

FACTORES DE RIESGO (6)

El accidente cerebrovascular tiene unos factores de riesgo que se dividen en dos grupos modificables, no modificables y predisponentes.

Factores no modificables:

- Edad, a partir de los 55 años la incidencia se duplica con cada década,
- La raza negra es más prevalente que en población hispana.

Factores modificables: hipertensión (HTA), fumar, dietas poco saludables, la falta de ejercicio, diabetes, dislipidemias.

DIAGNOSTICO (6)

Signos y síntomas. El Ictus se presenta con la pérdida de súbita comúnmente unilateral de la fuerza muscular en las extremidades o en la cara, además de hemiparesia, confusión, afasia, disartria y comprensión de lo que se dice, problemas visuales, dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio, cefalea, debilidad o pérdida de la conciencia.

Las siglas FAST, usadas por la American Stroke Association, lo maneja así:

F: Face drooping El cual evalúa si un lado de la cara se ve caído o entumecido.

A: Arm weaknees. Uno de los brazos tiene menor o ninguna fuerza de lo normal

S: Speech difficulty. Tiene dificultad para articular palabras o no se entiende lo que habla.

T: Time to call. Tiempo en que demora en detectar los síntomas y comunicarse con la línea de emergencias.

TRATAMIENTO (6)

El objetivo es evitar o disminuir a toda costa la penumbra isquémica, ya que las áreas de penumbra son recuperables aun varias horas después del comienzo de la isquemia, el cual se puede tratar con activador de plasminógeno tisular (tPA), el cual tiene un tiempo de 4,5 horas para ser administrado después del inicio de los síntomas, por lo que lo hace una constante dependiente del tiempo, lo que limita su uso, pero que representa una gran ayuda para disminuir los síntomas actuales.

Por ello, cuando la persona con síntomas de AIT y que, por imagen de tomografía axial computarizada, se comprueba que es de origen isquémico, consulta luego de las 4,5 horas de tiempo al servicio de emergencias, se considera que se encuentra en tiempo fuera de ventana para la administración de terapia antitrombótica. (6)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y SU PLANTEAMIENTO.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares por el proceso de la enfermedad tanto en tiempo como en repercusiones sistémicas presentan un riesgo elevado de presentar un accidente cerebrovascular de tipo isquémico en cualquier momento de su vida y con más frecuencia que una persona sana, pero además de ello lidiar con las complicaciones que deja por ser una enfermedad incapacitante o incluso la muerte, genera gran importancia de cómo abordar aquellos pacientes con el fin de brindar educación y favorecer competencias de autocuidado que sean útiles para enfrentar dicha enfermedad o crear barreras para impedir padecerla

Es allí, donde radica la importancia de y favorecer competencias de autocuidado en las personas que padecen alguna enfermedad cardiovascular, brindando educación clara y concisa de cómo identificar los signos y síntomas del inicio de un ACV, reconociendo la importancia de consultar en el tiempo de ventana y tengan la oportunidad de acceder al tratamiento de trombólisis, para menguar las complicaciones que incapacitan y disminuyen la funcionalidad para las actividades de la vida diaria.

Árbol de problemas



Figura 1. Árbol de problemas, elaborado por Sotelo G, 2021

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES PARA DETECTAR SIGNOS DE ECV EN VENTANA DE TROMBOLISIS.

El panorama a nivel mundial de las enfermedades no trasmisibles es desalentador entre ellas se encuentra el accidente cerebrovascular el cual es responsable de ser la segunda causa de muerte en adultos de mediana edad y ancianos. (7)

La OMS evidencio que en 2005 hubo 5,7 millones de defunciones por accidente cerebrovascular, lo que represento el 9.9% de todas las muertes en el mundo. Además, observo que las principales causas de muerte son cardiopatía isquémica y el accidente cerebro vascular, causando 15 millones de defunciones en 2015. (7)

A su vez, el Accidente Cerebro Vascular (ACV), tiene una incidencia promedio de 200 casos por cada 100.000 habitantes por un año y prevalencia de 600 casos por cada 100.000 habitantes, pero muchas personas sobreviven a un accidente cerebrovascular con algún tipo de discapacidad que dificulta la realización de sus actividades de la vida diaria, acarreando consigo otros problemas de salud, los cuales se convierten en una mella para el sistema de salud. (7)

El Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles 2013-2020 tiene como objetivo reducir para 2025 el número de muertes prematuras asociadas a ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares. (8)

Se evidencio mayor mortalidad masculina con tasas de 1.07% en 1998 y de 1,10 en 2001 demostrando que del total de fallecidos 323.027 fueron hombre (51,4%). Se evidencio mayor mortalidad masculina con tasas de 1.07% en 1998 y de 1,10 en 2001 demostrando que del total de fallecidos 323.027 fueron hombre (51,4%). (8)

El accidente cerebrovascular también llamado ictus se presenta en 45.000 colombianos cada año de los cuales un alto porcentaje de casos no es identificado ni atendido de manera oportuna provocando secuelas graves en las personas e incluso la muerte. (8)

Según el Instituto Nacional de Salud, en Colombia la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad, demostró que durante el periodo 1998 – 2011 las muertes por ECV fueron de 628.630 que corresponden al 23,5% del total de las muertes en Colombia, dicha tasa para 2011 se incrementó al 25,4%. (8)

Los departamentos con mayor tasa se encuentra Tolima, Caldas, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Norte de Santander, Huila, Valle del Cauca y Antioquia y a los que se agregan Santander, Bogotá y Atlántico en 1998 y Tolima, Meta, Cundinamarca, Arauca, Boyacá y Casanare en 2011. (8)

El Sistema de Información Territorial en Accidente Cerebrovascular (SITAC), entre los años 2011 y 2015, anuncio que Bogotá presento la mayor tasa de casos atendidos con un total de 14.266, con un mayor impacto en mujeres de 50 a 85 años. (8)

El tratamiento indicado para enfrentar el accidente cerebrovascular isquémico es la terapia de trombólisis, sin embargo, solo en 112 de los 2.852 casos presentados en Bogotá, recibieron dicho tratamiento. (8)

En el 2014 el ACV ocasionó 1.002 muertes, y en el 2015 esta cifra se elevó hasta las 1.075. Lo anterior demuestra desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y problemas para acceder a un tratamiento efectivo dentro del sistema de salud. (8)

A partir de la evidencia se han creado instituciones y programas encargados de educar al personal de salud para la atención oportuna del accidente cerebrovascular para dar un tratamiento oportuno con el fin de disminuir las secuelas incapacitantes de la enfermedad y contribuir a mejorar la calidad de vida posterior al evento agudo, entre ellas se encuentra la iniciativa Angels que es un programa el cual ayuda a médicos y enfermeras a reconocer el proceso ideal desde que un paciente reconoce síntomas hasta que llega al hospital y es tratado, el cual está basado en la metodología Angels propuesta por la European Stroke Organisation (ESO), por medio de la capacitación a los hospitales y a los servicios de emergencias para aplicar su metodología, con el fin de mejorar los procesos de atención rápida y efectiva del ACV, así mismo, configurar y optimizar las redes de Accidente Cerebrovascular, con el apoyo de sociedades internacionales y locales de Accidente Cerebrovascular. (9)(10)(11)

Dentro de los pilares que trata este programa se encuentra (11)

- Por cada 15 minutos ganados en la aplicación del tratamiento, disminuye la mortalidad en un 4 % y aumenta otro 4 % la probabilidad de sobrevivir al ictus sin secuelas.
- La probabilidad de un resultado favorable es mayor si se ganan 30 min. al inicio de los síntomas que si se gana ese mismo tiempo más tarde.
- Que el equipo de emergencias pueda elegir el hospital más adecuado para tratar a los pacientes con terapia de recanalización y unidad de ictus es clave.
- Cada 30 minutos un paciente con ictus que podría haberse salvado muere o queda con una discapacidad permanente, no solo a causa del ictus sino también por no recibir tratamiento en un hospital adecuado.

Lo anterior permite evidenciar cada minuto transcurrido sin tratamiento disminuye las posibilidades de recuperación y explica las consecuencias de no recibir tratamiento como son (11)

- Sin síntomas.
- Sin discapacidad importante. Capaz de realizar todas las actividades y tareas habituales, aunque presenta algunos síntomas.
- Discapacidad leve. Incapaz de realizar todas las actividades previas pero capaz de ocuparse de sus tareas habituales sin ayuda.
- Discapacidad moderada. Necesita alguna ayuda, pero puede caminar por sí mismo.
- Discapacidad moderadamente grave. Incapacidad tanto para caminar como para ocuparse de sus necesidades básicas sin ayuda.
- Discapacidad grave. Encamado, con incontinencia y precisa atención y asistencia profesionales de manera constante.

En un estudio realizado en Estados Unidos donde se evidenció que el tratamiento trombolítico más temprano de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo se asoció con una deambulación independiente más frecuente al alta y el alta domiciliaria, y con una reducción de la mortalidad y hemorragia intracraneal sintomática. Estos hallazgos respaldan los esfuerzos intensivos para acelerar la presentación del paciente y optimizar los sistemas regionales y hospitalarios de atención del accidente cerebrovascular agudo para reducir los tiempos de OTT. (12), (13).

En Colombia el panorama también es desalentador, ya que el accidente cerebrovascular también llamado ictus se presenta en 45.000 colombianos cada año de los cuales un alto porcentaje de casos no es identificado ni atendido de manera oportuna provocando secuelas graves en las personas e incluso la muerte, según el Instituto Nacional de Salud.

El Sistema de Información Territorial en Accidente Cerebrovascular (SITAC), entre los años 2011 y 2015, anunció que Bogotá presentó la mayor tasa de casos atendidos con un total de 14.266, con un mayor impacto en mujeres de 50 a 85 años.

Debido a las secuelas de esta enfermedad tan incapacitante para las personas y de su impacto en el sistema de salud, se puede evidenciar que es necesaria la educación dirigida a la población para que logren identificar los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular y consulten durante las 3 a 4.5 horas del inicio de los síntomas para evitar daños severos o salvar su vida. (12), (13)

La OMS misma ha resaltado la importancia de educar a la población sobre los accidentes cerebrovasculares como el folleto educativo titulado “Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, No sea una víctima, protéjase”; el cual está dividido en dos partes: la primera parte trata de lo que tiene que saber el usuario, explicando los signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares entre ellas el accidente cerebrovascular y la segunda parte lo que puede hacer, el cual destaca los comportamientos que se pueden cambiar para disminuir los riesgos de padecerlo. (12) (13)

Así mismo, se evidencia que las personas con enfermedades cardiovasculares de base presentan un riesgo mayor de padecer de ECV. (12) (13).

Sin embargo, aún hay mucho camino que recorrer por parte de enfermería en brindar educación de autocuidado para la prevención de un ACV en pacientes con antecedentes cardiovasculares, pues mucho se ha investigado y se han realizado guías y protocolos en cuanto al cuidado posterior a la enfermedad, pero no hay mucha evidencia de educación para prevenirla, el cual debería ser un pilar fundamental para impedir que enfermedades tan incapacitantes como el ACV ataquen a la población por falta de conocimientos frente a esta.

5. JUSTIFICACIÓN.

Considerando las cifras estadísticas presentadas sobre la prevalencia de manifestación del AVC a nivel mundial y nacional, adicional a las complicaciones que presentan estos pacientes a nivel funcional y en las distintas esferas psicosociales del mismo, se hace relevante desarrollar intervenciones de cuidado con el fin de impactar de forma positiva a los pacientes que sufren esta patología, previniendo así, la adquisición de discapacidades permanentes.

Por otro lado, la educación en salud es una herramienta fundamental para la promoción de la salud individual y colectiva, prevención de la enfermedad, y para la creación consiente de hábitos de vida saludable, que se podrían convertir en modelos de autocuidado, con el fin de apuntar a la prevención la presencia de un accidente cerebrovascular.

En este sentido, se justifica la realización de estrategias educativas que favorezcan las competencias de autocuidado de las personas con antecedentes cardiovasculares para lograr la prevención del ACV, junto con el adecuado actuar en caso de presentar manifestaciones clínicas asociadas a la enfermedad, es por esto, que se fundamenta la intervención a través de la teoría del déficit de autocuidado planteada por la teorista de enfermería Dorothea Orem, quien maneja este aspecto y lo ve como base fundamental de la salud.

El proyecto "*Estrategia educativa de enfermería a los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ACV en ventana de trombólisis*" pretende brindar educación de autocuidado a los pacientes del Programa de Rehabilitación Cardiovascular de la USS Fray Bartolomé de las Casas, para fortalecer dicha competencia de autocuidado, pero además apunta a brindar educación con el fin de reconocer las manifestaciones clínicas de un ACV con el fin de reconocer el momento específico en que debe consultar a urgencias para poder acceder al tratamiento de trombólisis, pero más allá pretende crear autocuidado para la prevención del mismo.

Cabe destacar que esta estrategia va de la mano con los objetivos de la institución con la que se aplica y que pretende generar una necesidad de educar a los pacientes con antecedentes cardiovasculares, por parte del personal de enfermería como estrategia para disminuir la presencia de complicaciones que generen enfermedades incapacitantes como lo es el ACV, buscando así no solo colaboran en aspectos propios del paciente y su familia sino aportar en el desarrollo del conocimiento de enfermería y del cuidado de pacientes que presentan ACV.

6. OBJETIVO GENERAL

Diseñar y ejecutar una estrategia educativa de enfermería para favorecer la competencia de autocuidado en pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares en presencia de un ECV en ventana de trombólisis de una institución de tercer nivel de atención en salud en la ciudad de Bogotá.

6.2 Objetivos específicos

1. Identificar los requisitos de desviación de la salud que influyen en el autocuidado de los pacientes con antecedentes cardiovasculares como posibles desencadenantes de complicaciones como ACV
2. Identificar y fortalecer las conductas de autocuidado teniendo en cuenta los componentes de poder de los pacientes con antecedentes cardiovasculares.
3. Vincular a los pacientes con antecedentes cardiovasculares en un sistema de compensación que le permita adquirir conductas de autocuidado que compensan el déficit en salud.
4. Empoderar de conocimiento al agente de autocuidado para mejorar su rol como cuidador.
5. Evaluar la respuesta de los pacientes con antecedentes cardiovasculares frente a la estrategia educativa impartidas en los pacientes con antecedentes cardiovasculares.

7. TEORÍA DE ENFERMERÍA DE SOPORTE

TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, establece el autocuidado como el "acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos". (14)

A su vez desarrolló la Teoría de Autocuidado involucra 3 teorías relacionadas entre sí: (14)

1. La teoría del autocuidado
2. La teoría del déficit del autocuidado y
3. La teoría de los sistemas de enfermería

Esta teoría define el autocuidado como una acción deliberada intencionada y calculada, condicionada por el conocimiento y las habilidades que posee el individuo. (14)

Desarrolla la **premisa** que los individuos son conscientes de cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones que pueden realizar para suplir dicha necesidad y que además pueden escoger la conducta más apropiada para superar dicho momento. (14)

Además, tiene como **supuesto** que “el autocuidado no es innato” debido a que puede ser transformado y estar en constante cambio puesto que se aprende y se modifica durante toda la etapa del crecimiento y desarrollo del ser humano. (14)

Los actos propios aprendidos por el individuo son acciones utilizadas para cuidar de sí mismo, las cuales son intencionadas para controlar factores internos o externos en los que se vea comprometida su vida o su posterior desarrollo, y está influenciado por factores condicionantes culturales, creencias, hábitos, costumbres, edad, etapa del desarrollo, estado socioeconómico, círculo social, grado de escolaridad, patrones de vida y el mismo estado de salud. (14)

Dorothea además define unos factores condicionantes básicos, como aquellos que interfieren en las capacidades de la persona para ejercer su autocuidado y que son inseparables en el individuo, estos factores son: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. (14)

La teoría habla del **agente** como la persona que está encargada del cuidado y que es capaz de comprometerse con el mismo, por lo que propone 3 roles importantes: (14)

- **Agente de autocuidado:** la persona que puede llevar a cabo su propio cuidado
- **Agente de autocuidado al dependiente** siendo una persona externa que se encarga de proveer el cuidado a otra persona que presenta limitaciones para realizar su propio cuidado.
- **Agente de autocuidado terapéutico:** la persona que brinda cuidado es el profesional de enfermería.

La teoría del autocuidado establece los requisitos de autocuidado cómo necesidades para el buen funcionamiento y desarrollo humano, los cuales hacen parte fundamental de la valoración del paciente, dichos requisitos son: (14)

- **Requisito de autocuidado universal:** son aquellas actividades que son comunes para todas las personas desarrolladas como conservación del agua, conservación del aire, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos, e interacción de la actividad humana. (14)
- **Requisito del autocuidado del desarrollo:** son aquellas actividades que buscan promover las condiciones necesarias para el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la vejez, previniendo y mitigando la presencia de condiciones adversas de cada una de las etapas del desarrollo humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez. (14)
- **Requisito de autocuidado de desviación de la salud:** surgen del estado de salud, aplicados a aquellas personas que padecen una enfermedad o una lesión, incluye los defectos y las incapacidades. (14)

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. ● Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. ● Proporción de cuidados asociados con la eliminación ● Prevención de peligros. ● Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. ●Atención a los resultados del estado patológico. ●Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. ●Atención a los efectos molestos de la terapia médica. ●Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. ●Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)

Tabla 1. tomada textualmente Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Rev. cienc. ciudad. [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 11 de marzo de 2021];4(1):28-5. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>

METAPARADIGMAS DE LA TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Persona: es un todo integral dinámico que funciona a partir de escenarios como biológico, simbólico y social para tener conciencia sobre su estado de salud con el fin de orientar sus acciones al autocuidado. Según Dorothea, esta persona está dotada de capacidades, actitudes, raciocinio y dominio para llevar a cabo su proceso de autocuidado y que va evolucionando con su proceso de desarrollo. (15)

En otras literaturas relacionada con la Teoría del Autocuidado, lo interpretan como organismo biológico, racional y pensante que se encuentra influenciado por el entorno para realizar acciones predeterminadas y que le permiten desarrollar condiciones y estilos de vida con el fin de llevar a cabo su autocuidado. (15)

Entorno: es el medio donde se desarrollan diversas circunstancias que están influenciadas por un conjunto de factores externos ya sean físicos, químicos, biológicos, sociales, que influyen sobre las decisiones de la persona y en consecuencia en su manera de actuar y consigo de adoptar o no conductas de autocuidado. En este campo se vislumbra la influencia que tiene la cultura de la persona para asumir comportamientos de autocuidado, ya que se trata del contexto social en el cual se mueven las creencias para aprender o desaprender conductas de autocuidado. (15)

Enfermería: es el servicio humano provisto de conocimiento, métodos y técnicas que se encaminan para brindar cuidado a una persona que presenta dificultades para preservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y de hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas, por medio de actividades compensadoras o

educativas para fortalecer las conductas de cuidado, las cuales se pueden desarrollar de manera individual o multipersonal.

Salud: es el estado o condición total o integral normal de los componentes biológico, simbólico y social de los seres humanos el cual le permite establecer una percepción de bienestar, satisfacción o placer en el cual influyen factores físicos, interpersonales, sociales y psicológicos, para establecer una conducta de promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de la enfermedad o prevención de complicaciones y cualquier desviación de las funciones normales se denomina ausencia de salud. En el funcionamiento normal tienen influencia los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales que son aspectos inseparables del ser humano.

Orem describe que pueden existir diversos estados de bienestar o salud en los cuales las personas pueden pasar de uno al otro, pero la constancia de las condiciones internas o externas se asocian con la salud.

CONCEPTOS

Autocuidado: son las actividades que puede desempeñar una persona por sí misma para contribuir con su salud y bienestar. (16)

Deficiencia de autocuidado: falta de capacidad del individuo para llevar a cabo actividades necesarias para el mantenimiento de la salud. (16)

Necesidades de autocuidado: necesidades universales o relacionadas con la obtención u obstaculización de la salud. (16)

Demanda de autocuidado: medidas terapéuticas requeridas para satisfacer las necesidades. (16)

Ser humano: unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente. (16)

Requisitos: son todas aquellas necesidades que presenta el individuo para el mantenimiento del bienestar y la salud y que contribuyen al desarrollo del mismo. (16)

Requisitos de Autocuidado Universal: son necesidades presentadas por el organismo para su funcionamiento normal. (16)

Requisitos del desarrollo: son aquellas necesidades derivadas del desarrollo y dependientes del ciclo vital que pueden afectar positiva o negativamente en el crecimiento. (16)

Desviación de la salud: son requisitos que crean una demanda específica para el individuo que requiere atención diferencial para enfrentar la alteración presentada. (16)

Componentes de poder: hace referencia a las capacidades mentales del individuo tales como: atención, raciocinio, capacidad para tomar decisiones, aprender y hacerlo operativo, con el fin de organizar acciones de autocuidado que conlleven a integrar operaciones de la vida diaria.

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	EDUCATIVO DE APOYO
Realiza el autocuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoya y protege al paciente.
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro.

Tabla 2. tomada textualmente de Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 11 de marzo de 2021];4(1):28-5. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>

De estos requisitos de autocuidado se desprende el nombre de *demanda de autocuidado* los cuales están agrupados en tres tipos:

- ***Demanda de autocuidado terapéutico*** el cual hace referencia a las medidas sanitarias tomadas en momentos concretos a lo largo de un periodo de tiempo. Los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo están directamente relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y se conocen como demandas de autocuidado para la prevención primaria. (17)
- ***Demanda de autocuidado para la prevención secundaria***, los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de salud están directamente relacionados para prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad. (17)
- ***Demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria***, la cual tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio del individuo según las posibilidades con las que se cuente. (17)
- ***Demanda terapéutica de autocuidado***: la cual se lleva a cabo si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de autocuidado y se desarrollan métodos más adecuados para atender dichas necesidades, diseñando e implementando un plan de acción que debe ser evaluado, y esto es el proceso de enfermería. (17).

Teoría del déficit de autocuidado

La capacidad de la persona para desarrollar acciones que le ayuden a mantener su propio cuidado y detectar demandas de cuidado terapéutico hacen parte del autocuidado, pero cuando esta capacidad está afectada o no es adecuada para enfrentar la demanda se dice que presenta un déficit de autocuidado. (17)

Cuando las demandas de autocuidado implican más habilidades para cubrirlas que las que posee el individuo es ahí donde se conecta la labor de enfermería supliendo dichos faltantes. (17)

Teoría de los sistemas de enfermería

Nace como respuesta a la teoría del déficit de autocuidado en el cual el enfermero profesional realiza las acciones deliberadas para compensar de manera responsable el déficit que presenta el individuo frente a su autocuidado, por medio de intervenciones de enfermería. (17)

Orem clasificó dichas acciones en 5 modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente: (17)

- Actuar en lugar de la persona.
- Ayudar a orientar.
- Apoyar física y psicológicamente.
- Enseñar.
- Procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona los cuidados de enfermería se orientan en sistemas bien definidos: (17)

Sistema totalmente compensatorio: cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona.

Sistema parcialmente compensatorio: cuando la enfermera y el paciente realizan en conjunto las actividades de autocuidado.

Actividad educativa: cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir conductas de autocuidado por medio de conocimientos y habilidades relacionados con su autocuidado.

En este sentido, la enfermería actúa al reconocer la incapacidad del individuo de ejercer su autocuidado y debe estar dirigida a la conservación de salud, prevención de la enfermedad, y el restablecimiento de la salud por medio de habilidades que le permitan ejercer su autocuidado, según la planeación de las intervenciones de enfermería, incluyendo estrategias de educación. (17) (18)

El profesional al activar alguno de estos sistemas debe considerar los componentes de poder que la persona o grupo posee, dichos componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimientos y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de objetivos, realizar e integrar operaciones de autocuidado en la realización de las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. (17) (18)

8. METODOLOGIA

El marco lógico describe el proceso de diseño del proyecto centrado en el orden y la ejecución del mismo con el fin de dar alcance a los objetivos que se fijaron.

8.1. Matriz de marco lógico

	Componentes	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir al conocimiento de competencias de autocuidado para los pacientes con antecedentes cardiovasculares e n presencia de un ACV en ventana de trombólisis.			
Objetivo general	Diseñar y ejecutar una estrategia educativa de enfermería para favorecer la competencia de autocuidado en pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares en presencia de un ACV en ventana de trombólisis de una institución de tercer nivel de	Estrategia de enfermería diseñada y ejecutada.	Instrumentos elaborados para cada uno de los objetivos de la estrategia educativa.	Disponibilidad de tiempo de los usuarios para participar en el proyecto

	atención en salud en Bogotá.			
Objetivos específicos				
Objetivo 1	Identificar los requisitos de desviación de la salud que influyen en el autocuidado de los pacientes con antecedentes cardiovasculares como posibles desencadenantes de complicaciones como ACV.	Requisitos de desviación de la salud identificados que influyen en el autocuidado de los paciente con antecedentes cardiovasculares	Instrumento de valoración de los requisitos de desviación de la salud	Dificultades presentadas en la elaboración del instrumento de valoración de los requisitos de desviación de la salud
Objetivo 2	Identificar y fortalecer las conductas de autocuidado teniendo en cuenta los componentes de poder de los pacientes con antecedentes cardiovasculares.	Conductas de autocuidado identificadas y fortalecidas	Test de preguntas orientadoras de autocuidado	Dificultades presentadas en la elaboración del test de preguntas orientadoras
Objetivo 3	Vincular a los pacientes con antecedentes cardiovasculares en un sistema de compensación para ejercer su rol de autocuidado.	Pacientes vinculados a un sistema de compensación	Matriz de los sistemas de compensación.	Competencia del paciente para reconocer sus capacidades y limitaciones
Objetivo 4	Empoderar de conocimiento al agente de	Agentes de autocuidado empoderados de conocimiento	Herramientas educativas para fortalecer el autocuidado.	

	autocuidado para mejorar su rol como cuidadores	para mejorar su rol como cuidadores		
Objetivo 5	Evaluar la respuesta de los pacientes con antecedentes cardiovasculares frente a la estrategia de enfermería impartida.	Pacientes con antecedentes cardiovasculares evaluados frente a la estrategia de enfermería	Evaluación de la estrategia educativa.	Asistencia del total de participantes para la aplicación de la evaluación

9. ASPECTOS ÉTICOS

Haciendo referencia a las consideraciones éticas, es necesario considerar que este es un proyecto con un objetivo netamente académico, no se contemplan procesos de investigación propios, ni se aplican modelos ni normativas de participación de individuos en experimentación, además, no pretende emitir juicios de valor hacia las actividades desarrolladas por el personal y los usuarios de la institución de salud en que se aplica; por lo tanto, no se revelarán nombres ni ningún tipo de información persona o de los participantes del proyecto.

Teniendo en cuenta el marco legal de la ley 266 de 1996, la cual sustenta que la práctica de enfermería “*tiene como fin brindar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno*” (19) se evidencia una relación directa con la finalidad de este proyecto, ya que consiste en favorecer la salud de los individuos que cursan por una patología específica, instruyéndole en el autocuidado y búsqueda de atención temprana para así mismo disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones. Por otro lado, se cumple con los principios deontológicos que plantea la Ley 911 del 2004 en su artículo 1o del Capítulo I. Sobre la declaración de principios y valores éticos. (20)

10. PLAN DE ACCIÓN

Estrategia educativa de enfermería a los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ACV en ventana de trombólisis.

<p>Objetivo general: Diseñar y ejecutar una estrategia educativa de enfermería para favorecer la competencia de autocuidado en pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares en presencia de un ACV en ventana de trombólisis de una institución de tercer nivel de atención en salud en Bogotá.</p>			
Actividades y sub actividades	Recursos	Indicador de evaluación (resultado de la evaluación aplicada por actividad)	Medios de verificación
A.1 Revisión de la teoría del autocuidado y su aplicación en el presente proyecto	Recursos humanos Estudiante que elabora el proyecto Tatyana Sotelo	I.1 Teoría de autocuidado revisada y aplicada en el proyecto	Marco teórico donde se describe la teoría de autocuidado
A.1.2 Revisión de bibliografía en fuentes como internet	Recursos Materiales Internet Computador	I.1.2 Bibliografía revisada	Bibliografía del presente trabajo
<p>Objetivo Especifico N° 1. Identificar los requisitos de desviación de la salud que influyen en el autocuidado de los pacientes con antecedentes cardiovasculares como posibles desencadenantes de complicaciones como ACV.</p>			
A.1.1 Reconocer los elementos de la Teoría para realizar la valoración de desviación de la salud	Recursos humanos	I.1.1 Elementos identificados en la teoría para realizar la valoración	Instrumento de valoración de enfermería basado en la teoría de

	Estudiante que elabora el proyecto Tatyana Sotelo Enfermera Flor Alba Rojas Participantes		déficit de autocuidado para pacientes con antecedentes cardiovasculares de USS Simón Bolívar
A1.2 Revisar los componentes de los requisitos de desviación de la salud que apliquen al sistema cardiovascular.	Recursos Materiales Internet Computador Impresora Hojas Esferos Mesa Sillas	I.1.2 Componentes de desviación de la salud revisados	
A.1.3. Elaborar un instrumento de valoración de los requisitos universales de salud enfocados en el sistema cardiovascular.		I.1.3 Instrumentos de valoración elaborados con los requisitos de desviación de la salud que influyen en el autocuidado	
A.1.4. Aplicar el instrumento de valoración		I.1.5 Instrumentos de valoración aplicados	Instrumentos aplicados
A.1.5. Analizar los requisitos universales de salud que presentan mayor déficit de autocuidado en los pacientes		I.1.6 Número de requisitos universales de salud analizados que presentaron déficit de autocuidado	Base de datos con la información tabulada y graficada obtenida del instrumento de valoración

Objetivo Especifico N° 2. Identificar y fortalecer las conductas de autocuidado teniendo en cuenta los componentes de poder de los pacientes con antecedentes cardiovasculares.			
A.2.1 Diseñar un test de preguntas orientadoras de autocuidado para reconocer las conductas de autocuidado frente a un ACV en ventana de trombólisis de los pacientes con antecedentes cardiovasculares	Recursos Humanos Estudiante que elabora el proyecto Tatyana Sotelo Enfermera Flor Alba Rojas Participantes	I.2.1 Test de preguntas orientadoras de autocuidado diseñados para reconocer las conductas de autocuidado frente a un ACV en ventana de trombólisis	Test de preguntas aplicado para reconocer las conductas de autocuidado frente a un ACV en ventana de trombólisis de los pacientes con antecedentes cardiovasculares
A.2.2 Aplicar el test de preguntas orientadoras de autocuidado	Recursos Materiales	I.2.2 Test de preguntas orientadoras de autocuidado aplicados	
A.2.3 Realizar la recopilación y análisis del test de preguntas orientadoras para orientar la estrategia educativa de autocuidado	Internet Computador Impresora Hojas Esferos Sillas Mesa	I.2.3 Recopilación y análisis del test de preguntas orientadoras de autocuidados realizados	Base de datos con la información tabulada y graficada obtenida del test de preguntas orientadoras de autocuidado.
Objetivo Especifico N°3. Vincular a los pacientes con antecedentes cardiovasculares en un sistema de compensación para ejercer su autocuidado.			
A.3.1 Revisión de la teoría de los sistemas de Dorothea Orem	Recursos Humanos	I.4.1 Revisión bibliográfica revisadas de la Teoría de los	Marco teórico con la revisión de la

	<p>Estudiante que elabora el proyecto</p> <p>Tatyana Sotelo</p> <p>Enfermera Flor Alba Rojas</p> <p>Participantes</p>	<p>Sistemas de Dorothea Orem.</p>	<p>teoría de los sistemas.</p>
<p>A.3.2 Clasificar a los pacientes en alguno de los Sistemas de Compensación según la información obtenida del instrumento de valoración y del test de preguntas orientadoras</p>	<p>Recursos Materiales</p> <p>Internet</p> <p>Computador</p> <p>Impresora</p> <p>Hojas</p> <p>Esferos</p> <p>Sillas</p> <p>Mesa</p>	<p>I.4.2 Pacientes clasificados en los sistemas de Compensación</p>	<p>Escala de Barthel aplicadas</p>
<p>A.3.3 Elaboración de una matriz para la clasificación de los pacientes dentro de los sistemas compensatorios</p>		<p>I.3.3 Matriz elaborada de los pacientes clasificados en los sistemas compensatorios</p>	<p>Base de datos y gráficos de la escala de Barthel</p>
<p>Objetivo específico N° 4: Empoderar de conocimiento al agente de autocuidado para mejorar su autocuidado.</p>			
<p>A.4.1 Organizar los resultados del test de preguntas orientadoras y del instrumento de valoración para orientar las herramientas educativas.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <p>Estudiante que elabora el proyecto</p> <p>Tatyana Sotelo</p>	<p>I.4.1 Resultados del test de preguntas orientadoras e instrumento de valoración organizados para orientar las herramientas educativas.</p>	<p>Base de datos y gráficos del análisis del instrumento de valoración y del test de preguntas orientadoras</p>

A.4.2 Revisión de bibliografía de enfermedades cardiovasculares y de ACV	Enfermera Flor Alba Rojas Participantes	I.4.2 Bibliografía revisada y seleccionada para la elaboración de las temáticas de educación.	Bibliografía
A.4.4 Diseñar las herramientas educativas para fortalecer el autocuidado	Recursos Materiales Internet Computador Impresora Hojas Rotafolio Sillas Mesa	I.4.4 Herramientas educativas diseñadas para fortalecer el autocuidado	Rotafolio Educativo y video
A.4.5 Implementación de las herramientas educativas diseñadas para fortalecer el autocuidado		I.4.5 Herramientas educativas implementadas	
Objetivo Especifico N°5: Evaluar la respuesta de los pacientes con antecedentes cardiovasculares frente a la estrategia educativa impartida.			
A.5.1 Diseñar la prueba de evaluación de la estrategia educativa	Recursos Humanos Estudiante que elabora el proyecto Tatyana Sotelo Enfermera Flor Alba Rojas Participantes	I.5.1 Evaluación de la estrategia educativa diseñada	Evaluación aplicada a los pacientes que recibieron la estrategia educativa.
A.5.2 Ejecutar la evaluación de la estrategia educativa		I.5.2 Pacientes que evaluaron la estrategia educativa	
A.5.3 Recopilar los datos obtenidos en la evaluación de la estrategia educativa	Recursos Materiales Internet Computador	I.5.3 Datos obtenidos en la evaluación de la estrategia educativa.	Base de datos y gráficos del análisis del instrumento de valoración

A.5.4 Análisis de los resultados obtenidos de la evaluación de la estrategia educativa	Impresora Hojas Rotafolio Sillas Mesa	I.5.4 Resultados analizados de la evaluación de la estrategia educativa	y de la evaluación
---	---	--	--------------------

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Duración	Fecha Inicio	Fecha Final	Recursos	Lugar
Presentación del proyecto grupo 1	15 minutos	14/09/2021	14/09/2021	Participantes Área de actividad física	USS F.B.C
Diligenciamiento del consentimiento informado Grupo 1	15 minutos	14/09/2021	14/09/2021	Documento Esferos Participantes Área de actividad física Sillas	
Aplicación del instrumento de valoración	30 minutos	14/09/2021	14/09/2021	Documento esferos Participantes Actividad física sillas	
Presentación del proyecto Grupo 2	15 minutos	15/09/2021	15/09/2021	Participantes Área de actividad física Sillas	
Diligenciamiento del consentimiento informado	15 minutos	15/09/2021	15/09/2021	Documento Esferos Área de actividad física Sillas	
Aplicación test de	20 minutos	16/09/2021	16/07/2021	Documento Esferos	

preguntas orientadoras Grupo 1				Área de actividad física Sillas	
aplicación de la escala de barthel Grupo 1	10 minutos	16/09/2021	16/09/2021	Documento Esferos Área de actividad física Sillas	USS F.B.C
Implementación de educación para fortalecer el autocuidado	45 minutos	16/09/2021	16/09/2021	Presentación Educativa Participantes Área de actividad física Sillas	
Aplicación test de preguntas orientadoras Grupo 2	20 minutos	16/09/2021	16/07/2021	Documento Esferos Área de actividad física Sillas	
Aplicación de la escala de Barthel Grupo 2	10 minutos	17/09/2021	17/09/2021	Documento Esferos Sillas Área de actividad física	USS F.B.C
Implementación de educación para fortalecer el autocuidado Grupo 2	45 minutos	17/09/2021	17/09/2021	Presentación Educativa Participantes Área de actividad física Sillas	

Video de autocuidado sobre ACV Grupo 1	10 minutos	20/09/2021	20/09/2021	Computador portátil Sillas Video Participantes	
Aplicación de la prueba posttest Grupo 1	20 minutos	20/09/2021	20/09/2021	Documento Esferos Sillas Participantes Área de actividad física	
Aplicación de la evaluación de la estrategia educativa Grupo 1	10 minutos	20/09/2021	20/09/2021	Documento Esferos Sillas Área de actividad física	
Agradecimientos y despedida Grupo 1	10 minutos	20/09/2021	20/09/2021	Participantes Sillas Área de actividad física	
Video de autocuidado sobre ACV Grupo 2	10 minutos	21/09/2021	21/09/2021	Computador portátil Sillas Video Participantes	
Aplicación de la prueba posttest Grupo 2	20 minutos	21/09/2021	21/09/2021	Documento Esferos Sillas Participantes Área de actividad física	USS F.B.C
Aplicación de la evaluación	10 minutos	21/09/2021	21/09/2021	Documento	

de la estrategia educativa Grupo 2				Esferos Sillas Área de actividad física	
Agradecimientos y despedida Grupo 2	10 minutos	21/09/2021	21/09/2021	Participantes Sillas Área de actividad física	

12. RESULTADOS

Estrategia educativa de enfermería en los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ACV en ventana de trombólisis

La presente Estrategia Educativa de enfermería nace del gran porcentaje de personas que anualmente sufren un ACV y por falta de conocimiento no acuden al servicio de urgencias o consultan varias horas o días después del inicio de los síntomas, haciendo que no alcancen a recibir tratamiento de trombólisis y queden con secuelas irreversibles e incapacitantes.

Además, se sabe que las personas con mayor predisposición para sufrir un accidente cerebrovascular son aquellas que tienen antecedentes cardiovasculares como la hipertensión, la fibrilación auricular, los problemas cardíacos entre las más destacados.

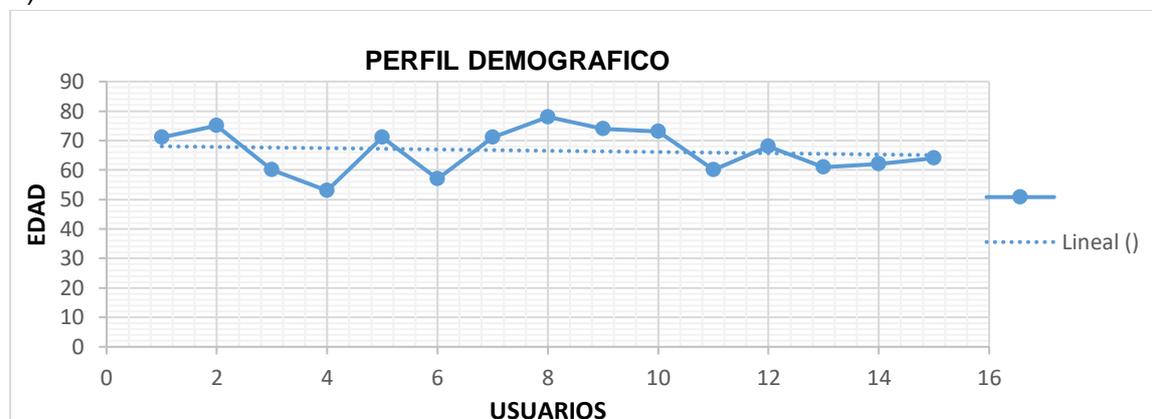
Mucho se conoce sobre la educación y rehabilitación que se les brinda a las personas que han padecido un ACV, pero hay poca bibliografía que evidencie la educación a los pacientes con antecedentes cardiovasculares que les permita entender que las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo de padecer un Accidente Cerebrovascular y que por ello deben conocer e identificar los síntomas para acudir a tiempo al servicio de urgencias y alcanzar al tratamiento de trombólisis.

Para ello se realizó una revisión de las teorías de enfermería en internet buscando en revistas de investigación como Scielo, Portal de revistas institucionales de la Universidad Francisco de Paula Santander y los libros en red Conceptual bases of professional nursing, Bases históricas y teóricas de la Enfermería, escogiendo para la aplicación de la estrategia de enfermería la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem la cual establece el autocuidado como la capacidad de la persona para desarrollar acciones que le ayuden a mantener su propio cuidado y detectar demandas de cuidado terapéutico, pero cuando esta capacidad está afectada o no es adecuada para enfrentar la demanda se dice que presenta un déficit de autocuidado. (17)

Esta estrategia educativa de enfermería que se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual tiene como objetivo favorecer todas aquellas conductas de autocuidado que ya poseen los pacientes con antecedentes cardiovasculares y brindarles otros conocimientos que les permita identificar los síntomas de un accidente cerebrovascular y cuando consultar al servicio de urgencias en el tiempo de ventana para que alcancen a recibir el tratamiento de trombólisis de manera oportuna y así prevenir secuelas incapacitantes, que tienen un impacto a nivel personal, familiar, social, socioeconómico, cultural, político, entre otros.

Además, se implementó en la Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé de las Casas que pertenece a la Subred Norte de la ciudad de Bogotá, a un grupo de 15 usuarios del Programa de Rehabilitación Cardiovascular liderado por la Enfermera Flor Alba Rojas Camelo y con quien se coordinó el cronograma de trabajo, así como la información de las sesiones educativas.

Para el desarrollo de la estrategia fue necesario la elaboración de un consentimiento informado, exigido por la oficina de investigación de la Subred Norte, en el cual cada participante otorgo su aprobación de ser partícipe de este proyecto. (Anexo 9).



Dentro del perfil demográfico se encontró de los 15 participantes, 9 son mujeres y 6 hombres, la edad promedio de los participantes es de 63 años, (78;53),

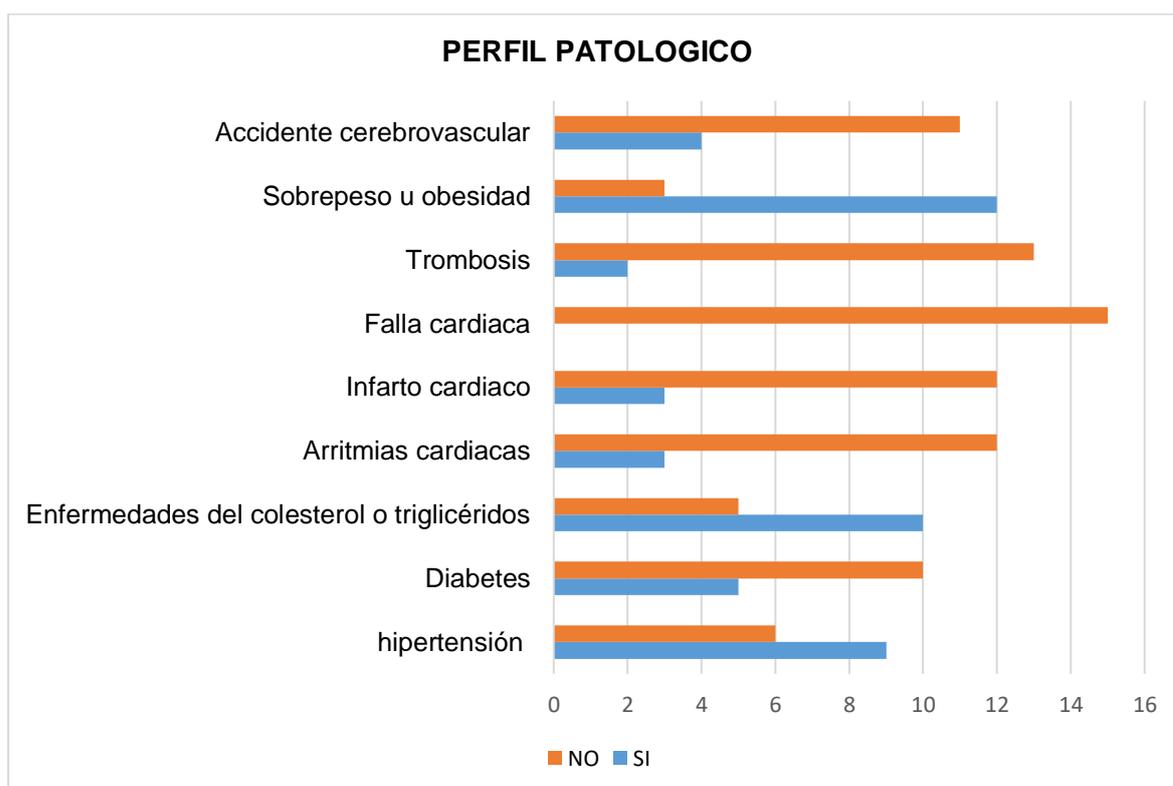
Objetivo 1. Requisitos de desviación de la salud identificados que influyen en el autocuidado de los pacientes con antecedentes cardiovasculares como posibles desencadenantes de complicaciones como ACV

Para este objetivo se desarrolló el *Instrumento de valoración de enfermería basado en la teoría de déficit de autocuidado para pacientes con antecedentes cardiovasculares de USS Simón Bolívar*, (Anexo 3), el cual se aplicó en la sede Fray Bartolomé de las casas con los pacientes participantes del Programa de Rehabilitación Cardiovascular el cual contiene información como datos personales, factores de condicionamiento básicos, estado de desarrollo y 105 preguntas que se clasificaron en los siguientes grupos para ser tabulados así :

- Estado de salud,
- Perfil patológico,

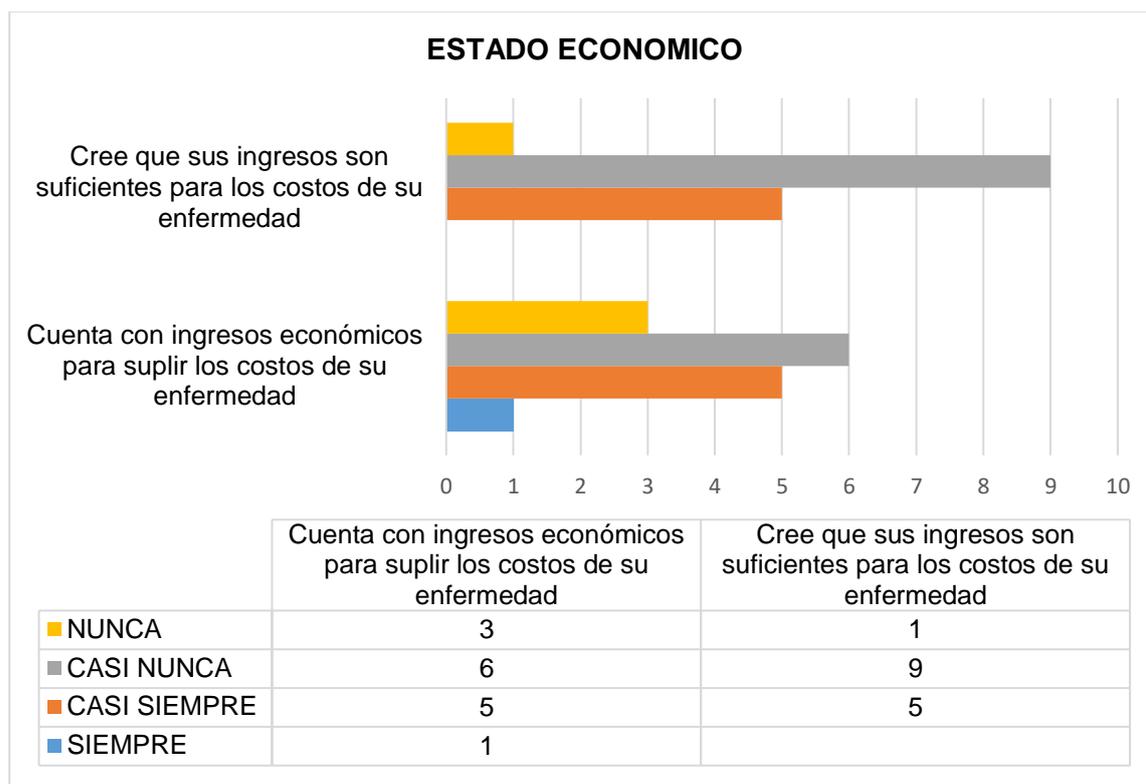
- Estado económico,
- Estado laboral,
- Capacidades cognitivas,
- Limitaciones cognitivas,
- Capacidad de cuidar de sí mismo,
- Capacidad para realizar acciones,
- Limitaciones para realizar acciones
- Nutrición

Dichas preguntas tenían las opciones de respuesta: siempre, casi siempre, casi nunca y nunca.



En el perfil patológico se obtuvo que la enfermedad más frecuente es el sobrepeso u obesidad (12,15), en este punto no se discriminó el porcentaje de pacientes con uno u otro ya que los dos hacen parte de los factores de riesgo para padecer una enfermedad cardiovascular, en segundo lugar, se encontró la enfermedad del colesterol o triglicéridos (10,15), igual al ítem anterior no se discriminó el porcentaje de pacientes con hipercolesterolemia u hipertrigliceridemia ya que los dos hacen parte de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, y en tercer lugar la hipertensión arterial (9,15) en este punto no se detalló el porcentaje de hombres frente a mujeres ya que no era un dato relevante.

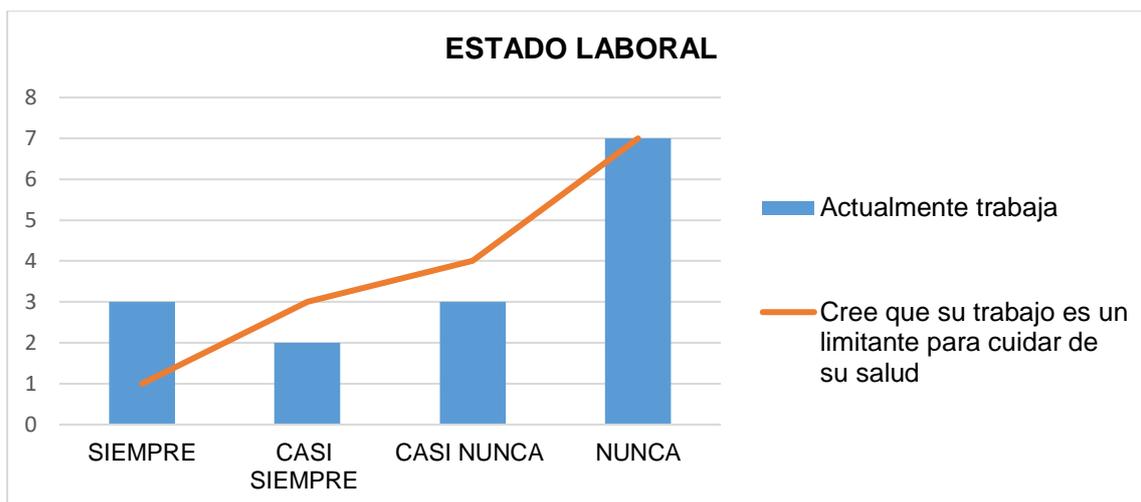
Aunque las otras patologías se encontraron en menor porcentaje era necesario conocer el perfil patológico del grupo para lograr clasificar la información que se brindaría en la sesión educativa.



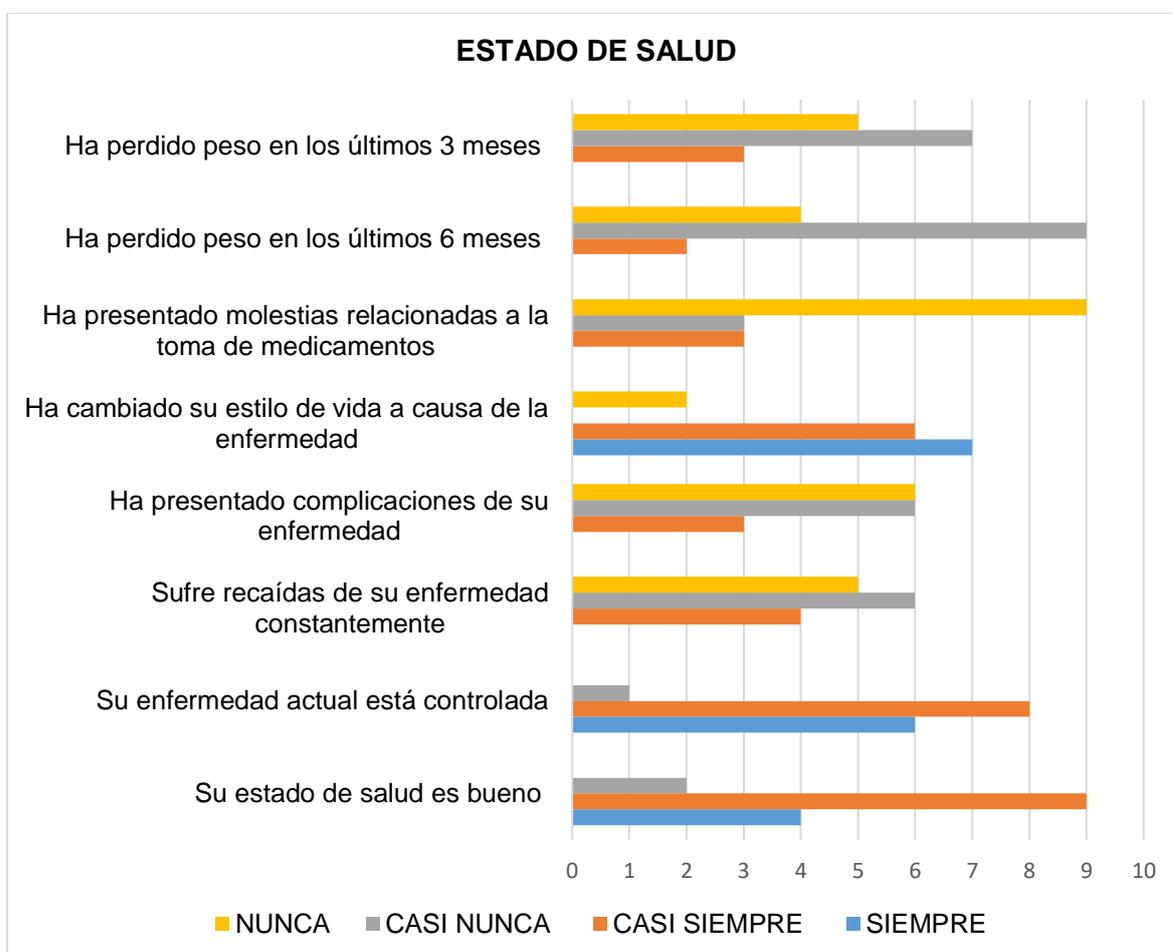
Dentro del estado económico el 40% (6,15) de los participantes casi nunca cuenta con ingresos económicos para suplir los costos de la enfermedad frente al 33,3% (5,15) creen que casi siempre tienen los ingresos para suplir los costos de su enfermedad, mientras que solo el 6,6% (1,15) considera que siempre tienen los ingresos económicos para suplir los costos de su enfermedad

Mientras que el 60% (9,15) cree que no siempre los ingresos económicos son suficientes para los costos de la enfermedad, frente a un 33,3% (5,15) que consideran que casi siempre cuentan con los ingresos económicos suficientes.

Frente al aspecto económico se debe tener en cuenta que entre más avanzada se encuentre la patología los costos de la misma son más elevados debido a los desplazamientos, el número de exámenes al mes, el número de controles, el tipo de dieta, entre otros aspectos, el cual se podría tener en cuenta en próximos proyectos, sin embargo, la falta de recursos económicos hace que los pacientes no cuiden favorablemente de su salud.



En cuanto al estado laboral se tuvo en cuenta los trabajos que realizó o realiza actualmente, de los cuales se puede descifrar que 46,6% (7,15) considera que su trabajo nunca fue una limitante para cuidar de su salud, seguido de un 26,6% (4,15) que considera que casi nunca su trabajo limitó su cuidado de la salud solo un 6,6% (1,15) consideró que su trabajo si fue una limitante para cuidar de su salud.



En cuanto al estado actual de salud se puede evidenciar que 60% (9,15) considera que *casi siempre* es bueno, mientras que 26,6% (4,15) considera que *siempre* es bueno y solo un 13,3% (2,15) considera que *casi nunca* su estado de salud es bueno. La enfermedad *casi siempre* está controlada en un 53,3% (8,15) mientras que 40% (6,15) considera que *siempre* está controlada y solo un 6,6% considera que *nunca* tiene su enfermedad controlada.

Las recaídas constantes de la enfermedad el 40% (6,15) considera que *casi nunca* tiene recaídas, mientras que 33,3% (5,15) considera que *nunca* han presentado recaídas de su enfermedad, y solo un 26,6% (4,15) consideran que *casi siempre* han sufrido recaídas de su enfermedad.

En cuanto a las complicaciones se presenta una igualdad entre los que *nunca* han presentado complicaciones con un 40% (6,15) frente a los que *casi nunca* han presentado complicaciones y un 26,6% (4,15) consideran que *casi siempre* han presentado complicaciones de su enfermedad.

Frente al cambio en el estilo de vida 46,6% (7,15) consideran que *siempre* cambio su estilo de vida a causa de la enfermedad, un 60% (6,15) *casi siempre* cambio su estilo de vida y solo un 13,3% (2,15) considera que *nunca* tuvieron un cambio en su estilo de vida.

En cuanto a las molestias generadas por la toma de medicamentos el 60% considera que *Nunca* han sentido molestias relacionadas con la enfermedad, mientras que hay una igualdad entre los que consideran que *casi siempre* y *casi nunca* presentan molestias por la toma de medicamentos con un 20% (3,15).

En cuanto a la pérdida de peso se presenta que *casi nunca* el 60% (9,15) en los últimos 6 meses y 46,6% (7,15) para los últimos 3 meses, mientras que *nunca* el 33,3% (5,15) en los últimos 3 meses y 26,6% (4,15) en los últimos 6 meses, y solo un 20% (3,15) *casi siempre* perdió peso en los últimos 3 meses y 13,3% (2,15) perdió peso en los últimos 6 meses.

El siguiente gráfico se tabuló las respuestas sobre las capacidades cognitivas de los pacientes como la influencia de los problemas familiares, laborales o personales en el apetito en el cual 20% (3,15) considera que *casi siempre* afectan el apetito, mientras que 66,6% (10,15) considera que estos *nunca* afectan su apetito. Se valoró capacidades como la comprensión de lectura en el cual el 80% (12,15) considera que *nunca* han presentado problemas de comprensión de lectura frente al 20% (3,15) manifiestan que *casi siempre* tienen problemas de comprensión de lectura.

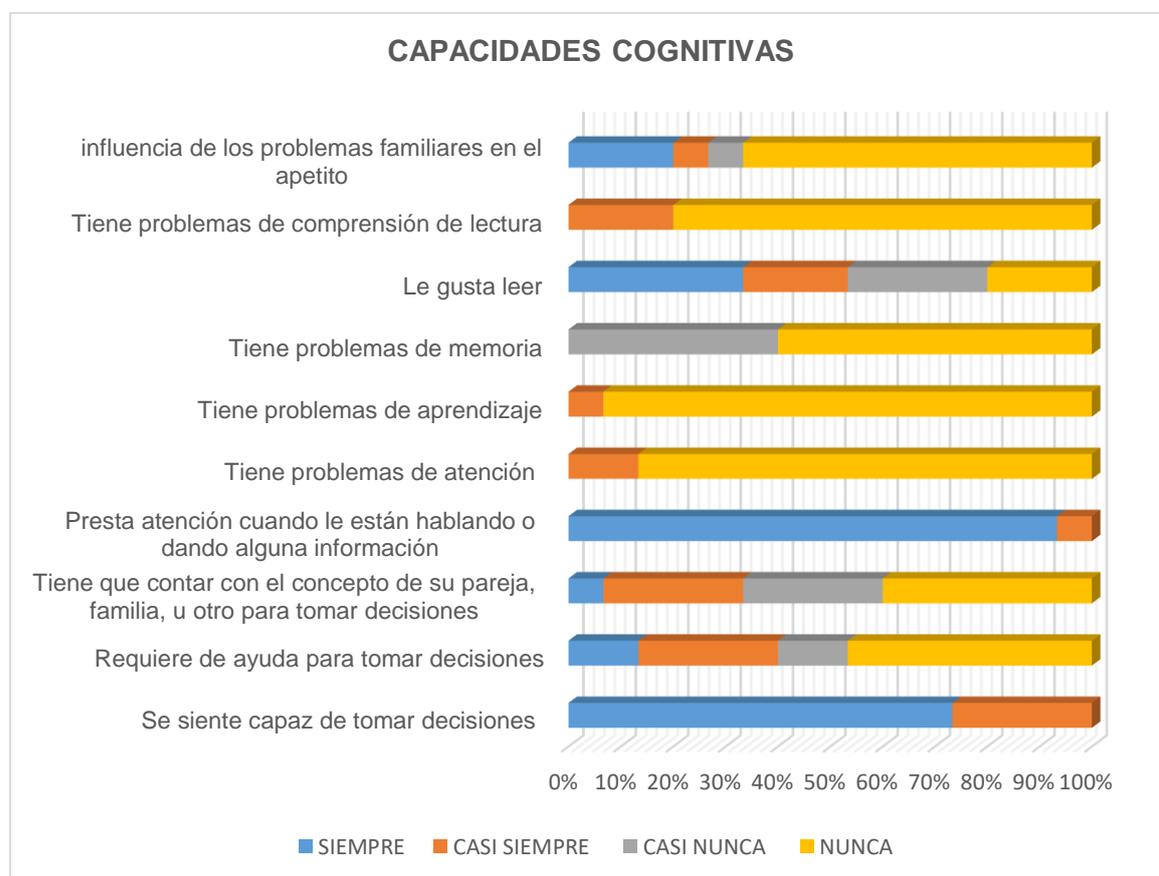
La memoria, 60% manifiestan *nunca* han tenido problemas de memoria mientras que un 40% manifiesta que *casi nunca* han presentado problemas de memoria.

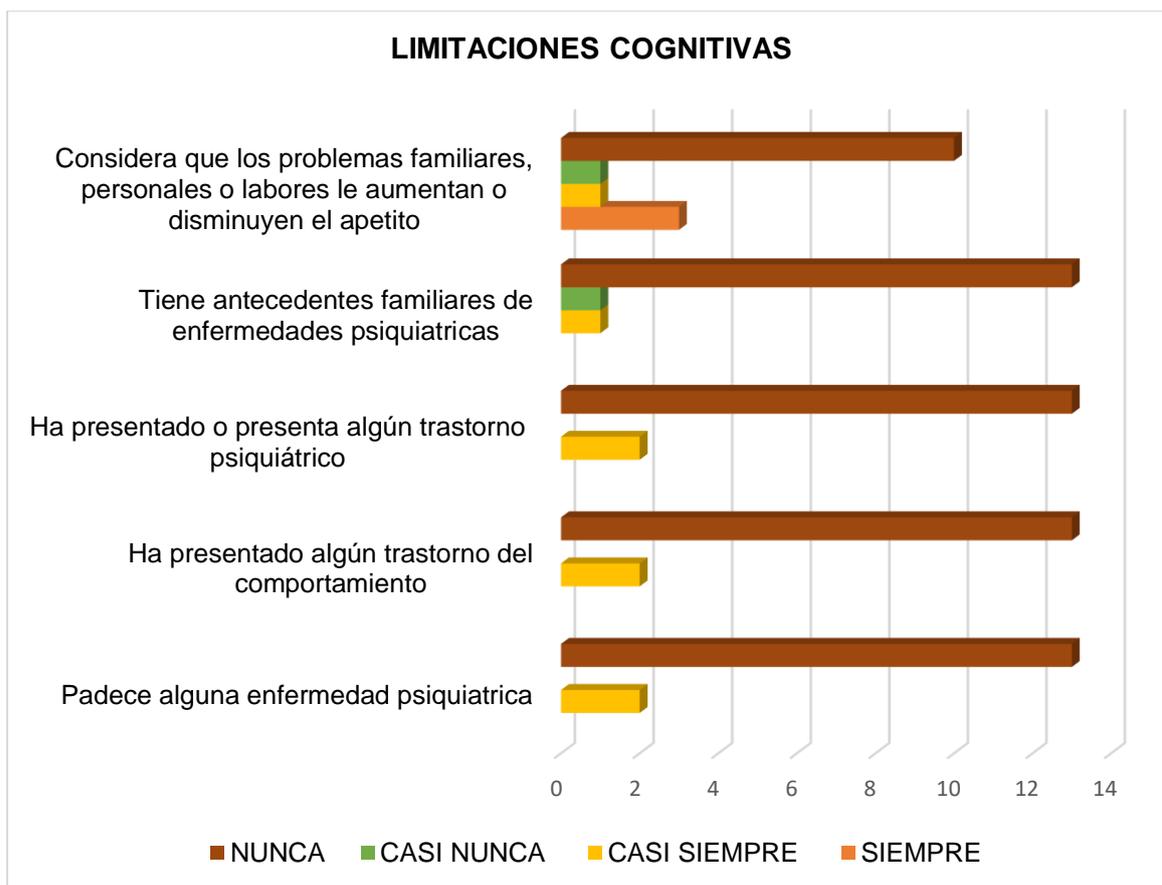
El aprendizaje 93,3% (14,15) consideran que *nunca* han presentado problemas de aprendizaje frente al 6,6% (1,15) considera que *casi siempre* tiene problemas de aprendizaje.

Respecto a la atención el 86,6% (13,15) consideran *nunca* han presentado problemas de atención mientras el 13,3% (2,15) considera que casi siempre han presentado problemas de atención, además se evaluó si presta atención cuando se le brinda alguna información obteniendo que 93,3% (14,15) *siempre* prestan atención y solo 6,6% (1,15) mencionó *casi siempre* presta atención.

La toma de decisiones 40% (6,15) considera que *nunca* ha necesitado contar con el concepto de alguien de la familia, mientras que hay igualdad entre casi siempre y casi nunca con un 26,6% (4,15) requieren el concepto de alguien de la familia para la toma de decisiones.

El 46,6% (7,15) refiere que *nunca* requiere ayuda para tomar decisiones frente a un 26,6% que refiere *casi siempre* requiere de ayuda, pero al indagar por la capacidad de tomar decisiones por sí mismo se obtuvo un 73,3% (11,15) en el cual *siempre* pueden tomar decisiones frente a un 26,6% *casi siempre* es capaz de tomar decisiones por sí mismo.



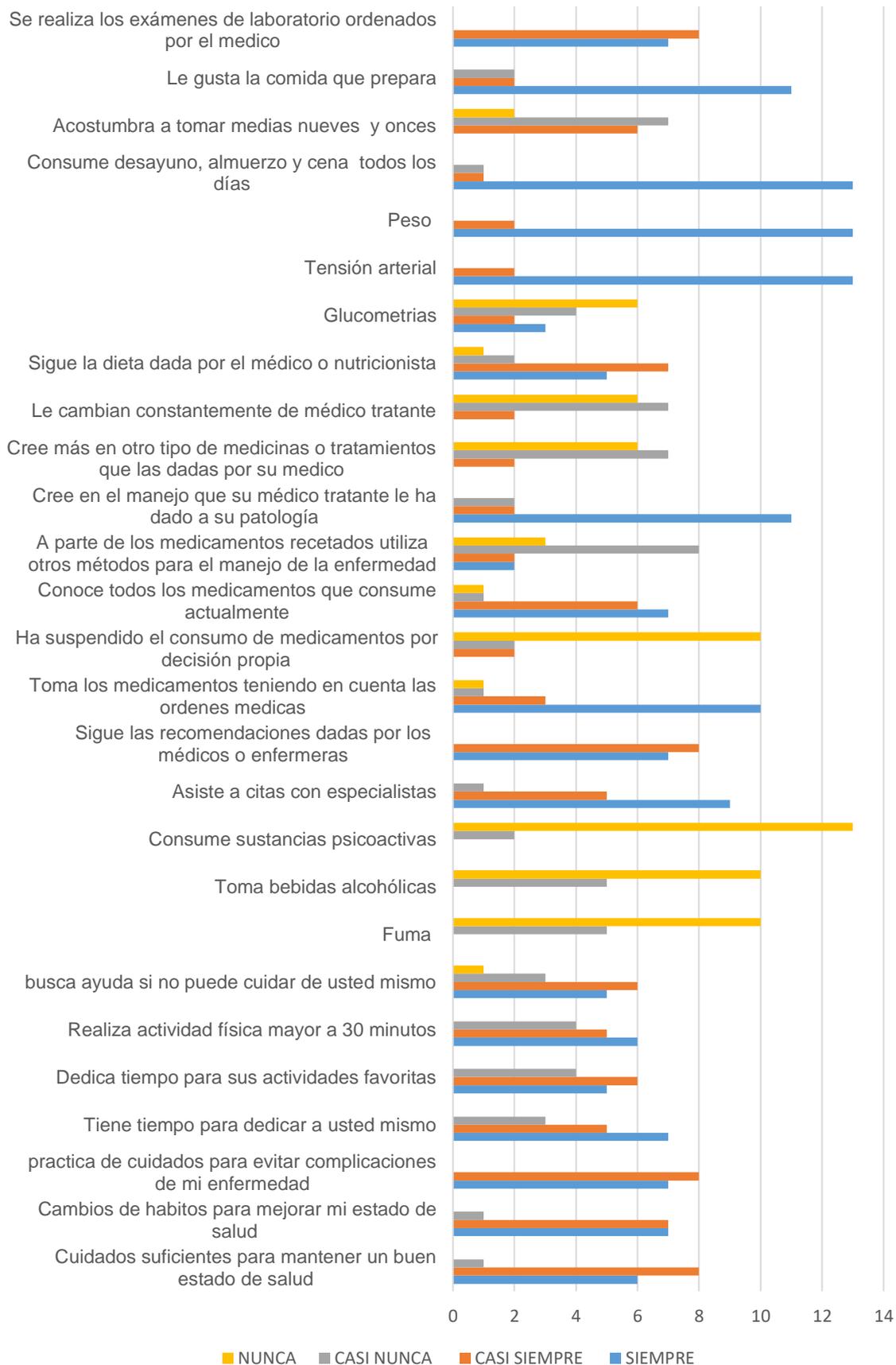


En este gráfico se representaron las limitaciones cognitivas en el cual el 66,6% (10,15) considera que los problemas familiares, personales o laborales *nunca* han disminuido su apetito, frente a un 20% que considera que *siempre* estos influyen en su apetito.

En cuanto a los antecedentes familiares 86,6% (13,15) *nunca* han tenido familiares con enfermedades psiquiátricas y un 86,6% *nunca* han presentado trastornos psiquiátricos, frente al 13,3% que clasificaron *casi siempre* presentan una enfermedad psiquiátrica entre las cuales está la depresión y el trastorno afectivo bipolar TAB.

En cuanto al comportamiento 86,6% (13,15) *nunca* ha presentado trastornos del comportamiento frente al 13,3% (2,15) quienes indicaron que *casi siempre* han presentado algún trastorno del comportamiento.

CAPACIDAD DE CUIDAR DE SI MISMO



En cuanto a las capacidades que presenta cada usuario para cuidar de sí mismo se evaluó 27 ítems como:

Considera que los cuidados son suficientes para mantener un buen estado de salud en el cual el 53,3% (8,15) considera que *casi siempre* tiene los cuidados suficientes, mientras el 40% (6,15) considera que *siempre* tiene los cuidados suficientes para cuidar su salud, y solo el 6,6% (1,15) considera que *casi nunca* tiene los cuidados suficientes para cuidar de su salud.

El cambio de hábitos para mejorar el estado de salud hubo igualdad entre las opciones *siempre* y *casi siempre* con un 46,6% (7,15), y solo el 6,6% (1,15) considero que *casi nunca* presenta un cambio de hábitos para cuidar de su salud.

Conoce y aplica cuidados para evitar complicaciones el 53,3% (8,15) considera que *casi siempre* conoce y aplica los cuidados, frente al 46,6% *siempre* conoce y practica cuidados para evitar complicaciones.

Respecto al tiempo que dedica para sí mismo el 46,6% (7,15) *siempre* tiene tiempo para dedicarse a sí mismo mientras el 33,3% (5,15) lo hace *casi siempre* y solo un 26,6% (4,15) *casi nunca* dedica tiempo para sí mismo, enfrentado al tiempo que dedica a sus actividades favoritas el 40% (6,15) *casi siempre* dedica tiempo a dichas actividades, el 33,3% (5,15) *siempre* dedica tiempo a sus actividades favoritas, frente a un 26,6% (4,15) *casi nunca* dedican tiempo a estas actividades.

Realiza actividad física un 40% (6,15) *siempre*, el 33,3% (5,15) *casi siempre* frente al 26,6% (4,15) *casi nunca* realizan actividad física mayor a 30 minutos.

Capacidad para buscar ayuda si no puede cuidar de sí mismo el 40% (6,15) *casi siempre*, el 33,3% (5,15) *siempre*, mientras el 20% *casi nunca* y solo el 6,6% (1,15) *nunca* ha buscado ayuda cuando no puede cuidar de sí mismo.

En cuanto a los hábitos como fumar y consumo de bebidas alcohólicas el 66,6% (10,15) *nunca* fumó o tomó, mientras que el 33,3% (5,15) *casi nunca*, aceptando que lo hace ocasionalmente, frente al consumo de sustancias psicoactivas el 86,6% (13,15) *nunca* ha consumido sustancias, mientras el 13,3% (2,15) *casi nunca*, teniendo en cuenta que lo realizo alguna vez en la vida, mas no como un hábito.

Los hábitos saludables como asistir a citas médicas con especialistas el 60% (9,15) *siempre* asiste, mientras el 33,3%(5,15) *casi siempre*, y solo el 6,6% (1,15) *casi nunca* asiste a las citas con especialistas, frente a las recomendaciones dadas por el médico o la enfermera el 53,3% (8,15) *casi siempre* sigue las recomendaciones, la toma de medicamentos el 67,6% (10,15) *siempre* toma los medicamentos teniendo en cuenta las ordenes médicas, mientras el 20% (3,15) *casi siempre*, y se evidencia igualdad del 6,6% (1,15) entre *casi nunca* y *nunca* toman los medicamentos según la orden médica, sin embargo hay igualdad del 13,3% (2,15) entre los usuarios que *casi nunca* y *casi siempre* han suspendido el consumo de los medicamentos por decisión propia. También se evidencia que el 46,6% (7,15) *siempre* sabe todos los medicamentos que consume, mientras el 40% (6,15) *casi siempre* conoce todos los medicamentos que consume,

mientras que el 6,6% *casi nunca y nunca* conocen los medicamentos que consumen, sin embargo hay quienes acostumbran a tomar otro tipo de remedios por lo que se indagó el uso de otros métodos para el tratamiento de la enfermedad el 53,3% (8,15) *casi nunca* utiliza otros métodos para el manejo de la enfermedad, y un 20% (3,15) *nunca* ha utilizado otros métodos, mientras que el 13,3% (2,15), *presentan igualdad entre el casi siempre y siempre* han usado otros métodos para el manejo de la enfermedad.

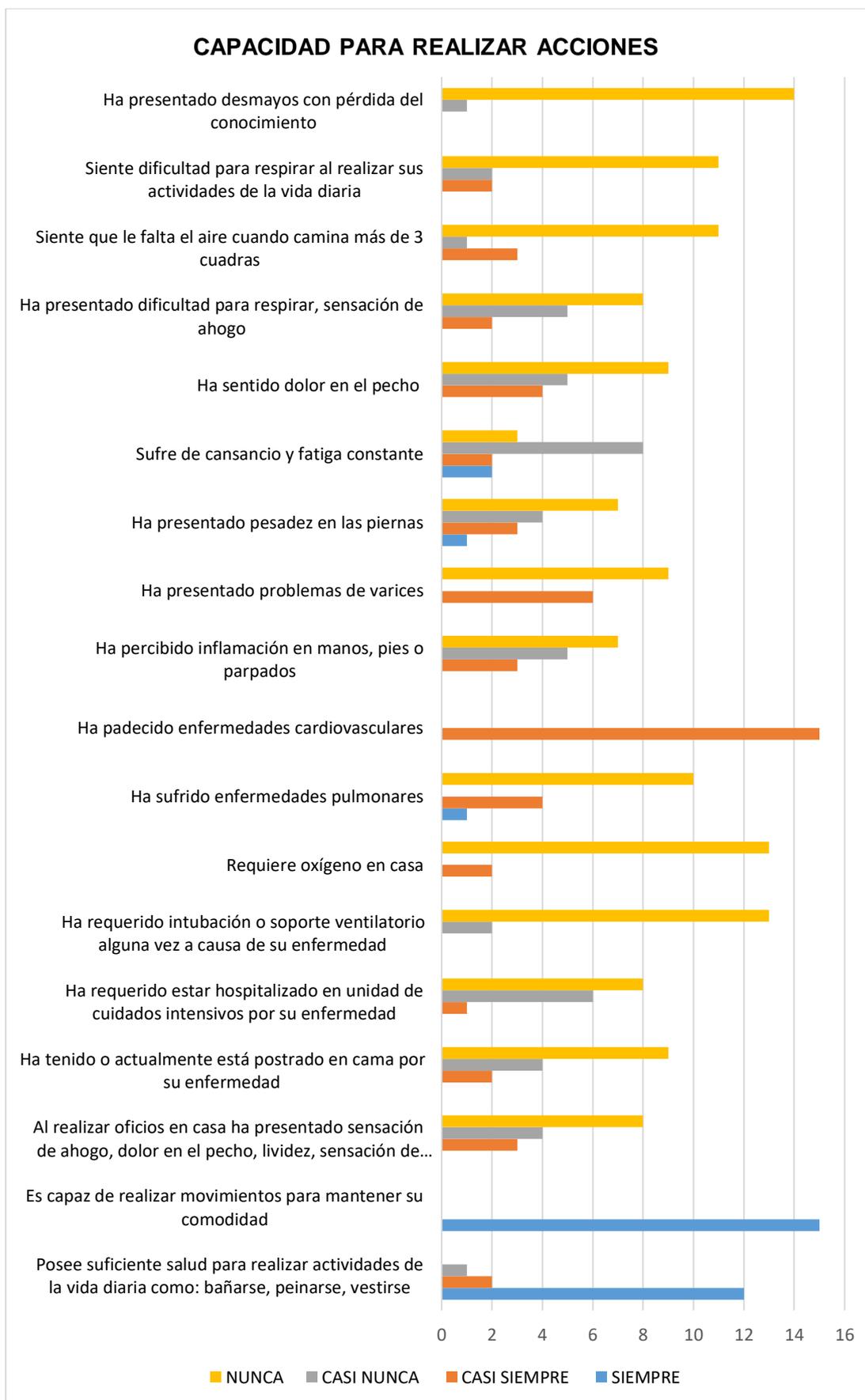
En cuanto al seguimiento de los paraclínicos el 53,3% (8,15) *casi siempre* se realiza los exámenes médicos ordenados, mientras que el 46,6% (7,15) *casi nunca* se realizan los exámenes de laboratorio.

Es importante entender la creencia que tienen las personas en el tratamiento o el médico tratante encontrando que el 73,3% (11,15) *siempre* cree en el manejo del médico, frente a una igualdad del 13,3% (2,15) entre *casi siempre y casi nunca*, los usuarios creen en el tratamiento dado por el médico tratante.

Además, se debe saber si cambian constantemente al médico tratante a lo que respondieron el 46,6% (7,15) *casi nunca*, mientras que el 40% (6,15) *nunca* le han cambiado al médico tratante.

Los controles como peso y la tensión arterial el 86,6% (13,15) se realiza controles periódicos frente al 13,3% (2,15) *casi siempre* se realiza controles del peso y tensión arterial, pero el control glucométrico el 40% (6,15) *nunca* se ha realizado controles de glucometría, mientras el 26,6% *casi nunca* se ha realizado, y solamente un 20% (3,15) *siempre* se realiza controles glucométricos.

Por último, dentro de la parte alimenticia el 86,6% (13,15) *siempre* consume desayuno, almuerzo y cena, mientras que hay una igualdad entre *casi siempre y casi nunca* con un 6,6% cada uno que consumen desayuno, almuerzo y cena, en cuanto a las medias nueves y onces el 46,6% *casi nunca* consumen medias nueves y cena frente al 40% (6,15) *casi siempre* consumen medias nueves y cena y solo un 13,3% (2,13) *nunca* como este tipo de alimentos.



En cuanto a las capacidades para realizar acciones se tuvo en cuenta aspectos relacionados con el requisito de un aporte suficiente de aire y mantenimiento suficiente de un aporte suficiente de agua que se relacionan directamente con la valoración del paciente cardiovascular en la cual se indagó:

Posee suficiente salud para realizar actividades de la vida diaria como: bañarse, peinarse, vestirse, el 80% (12,15) *siempre* posee suficiente salud, frente al 13,3%(2,15) considera que *casi siempre* y solamente el 6,6% (1,15) considera que *casi nunca* posee suficiente salud para realizar actividades de la vida diaria.

En cuanto a la capacidad para realizar movimientos para mantener la comodidad el 100% posee la capacidad de hacerlo.

Para la realización de los oficios en casa el 53,3% (8,15) *nunca* ha presentado sensación de ahogo, dolor en el pecho, lividez o sensación de desmayo, un 26,6% (4,15) *casi nunca* los ha presentado, entiendo que alguna vez en la vida ha sentido estos síntomas, frente al 20% que refiere *casi siempre* sentirlos, comprendiendo que constantemente ha presentado estas molestias.

Frente a la capacidad de movilidad también se tuvo en cuenta si se encuentra o estuvo postrado en cama evidenciando que el 60% (9,15) *nunca* ha estado postrado en cama, el 26,6% (4,15) *casi nunca*, por el contrario, el 13,3% (2,15) *casi siempre* ha estado postrado en cama por su enfermedad.

Evaluando complicaciones de la enfermedad se indago si ha tenido hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos a lo cual 53,3% (8,15) manifestaron *nunca* haber requerido hospitalizaciones en unidad de cuidado intensivo, el 40% (6,15) *casi nunca* y solo el 6,6% (1,15) *casi siempre* ha tenido hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos, precisamente de las hospitalizaciones en cuidados intensivos también se indagó la necesidad de intubación orotraqueal a causa de su enfermedad el 86,6% (13,15) *nunca* ha requerido soporte ventilatorio, frente al 13,3% (2,15) que *casi nunca* lo ha requerido, tomando este último como requerimiento de ventilación mecánica por lo menos una vez en la vida debido a complicaciones de la enfermedad.

Evaluando la oxigenación se evaluó si requiere oxígeno en casa de los cuales el 86,6% (13,15) *nunca* ha requerido, frente 13,3% (2,15) *casi siempre* requiere oxígeno en casa. También se tuvo en cuenta si han padecido de enfermedades pulmonares el 66,6% (10,15) *nunca*, 40% (6,15) *casi siempre* y solamente el 6,6% (1,15) *siempre* ha sufrido enfermedades pulmonares.

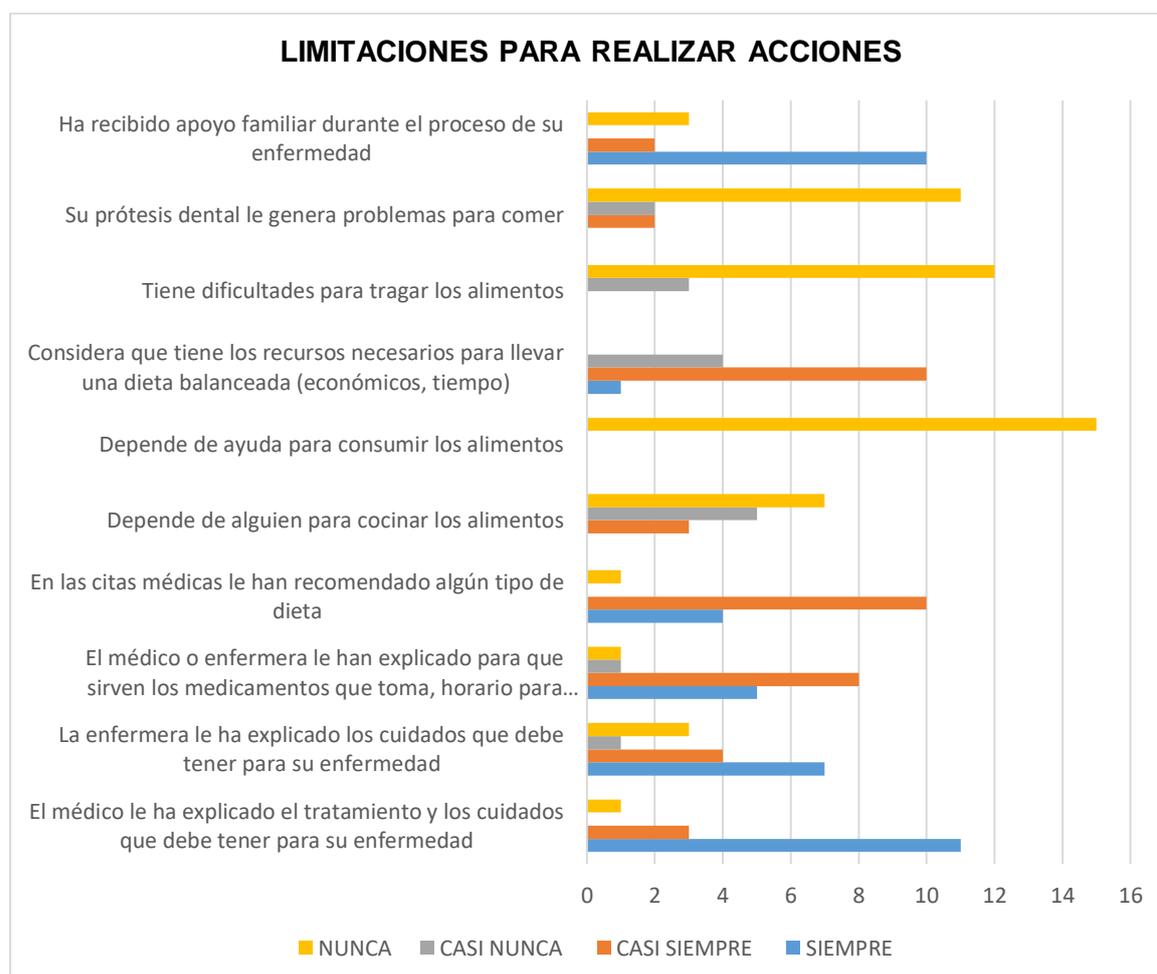
En cuanto patrón cardiovascular se indagó la percepción de manos, parpados o pies inflamados evidenciando el 46,6% (7,15) *nunca*, el 33,3% (5,15) *casi nunca* y solo un 20% (3,15) manifiesta que *casi siempre* experimenta estas inflamaciones.

Problemas de varices el 60% (9,15) *nunca* ha presentado frente al 40% (6,15) que manifiestan *casi siempre* presentar problemas de varices. Adicional se indagó por la pesadez en las piernas donde el 46,6% (7,15) *nunca* ha tenido pesadez, seguido del

26,6% (4,15) *casi nunca*, frente al 20% (3,15) *casi siempre* y solo el 6,6% (1,15) *siempre* ha presentado pesadez en las piernas.

Para el ítem sufre de cansancio y fatiga constante se obtuvo que 53,3% (8,15) *casi nunca* han experimentado cansancio o fatiga de manera constante, mientras el 20% (3,15) *nunca* ha presentado estos síntomas, sin embargo, hay igualdad entre *siempre* y *casi siempre* con el 13,3% (2,15) cada uno en el cual los pacientes si han experimentado alguno de dichos síntomas.

Para los síntomas como dolor en el pecho el 60% (9,15) *nunca* ha presentado este síntoma frente al 26,6% (2,15) que *casi siempre* han presentado este síntoma, en cuanto a la dificultad para respirar y sensación de ahogo 53,3% (8,15) *nunca* han presentado este síntoma, mientras el 13,3% (2,15) *casi siempre* ha presentado este síntoma. Para el ítem le falta de aire al caminar más de 3 cuadras el 73% (11,15) expresa *nunca* ha presentado este síntoma, mientras un 20% (3,15) *casi siempre* ha sentido este síntoma; mientras que para el ítem siente dificultad para respirar al realizar actividades de la vida diaria 73,3% (11,15) *nunca* han presentado este síntoma, mientras que existe una igualdad entre *casi nunca* y *casi siempre* con un 13,3% (2,15) cada uno, y por último, la presencia de desmayos con pérdida del conocimiento el 93,3% (14,15) *nunca* ha presentado desmayos y el 6,6% (1,15) *casi nunca* ha presentado este síntoma.

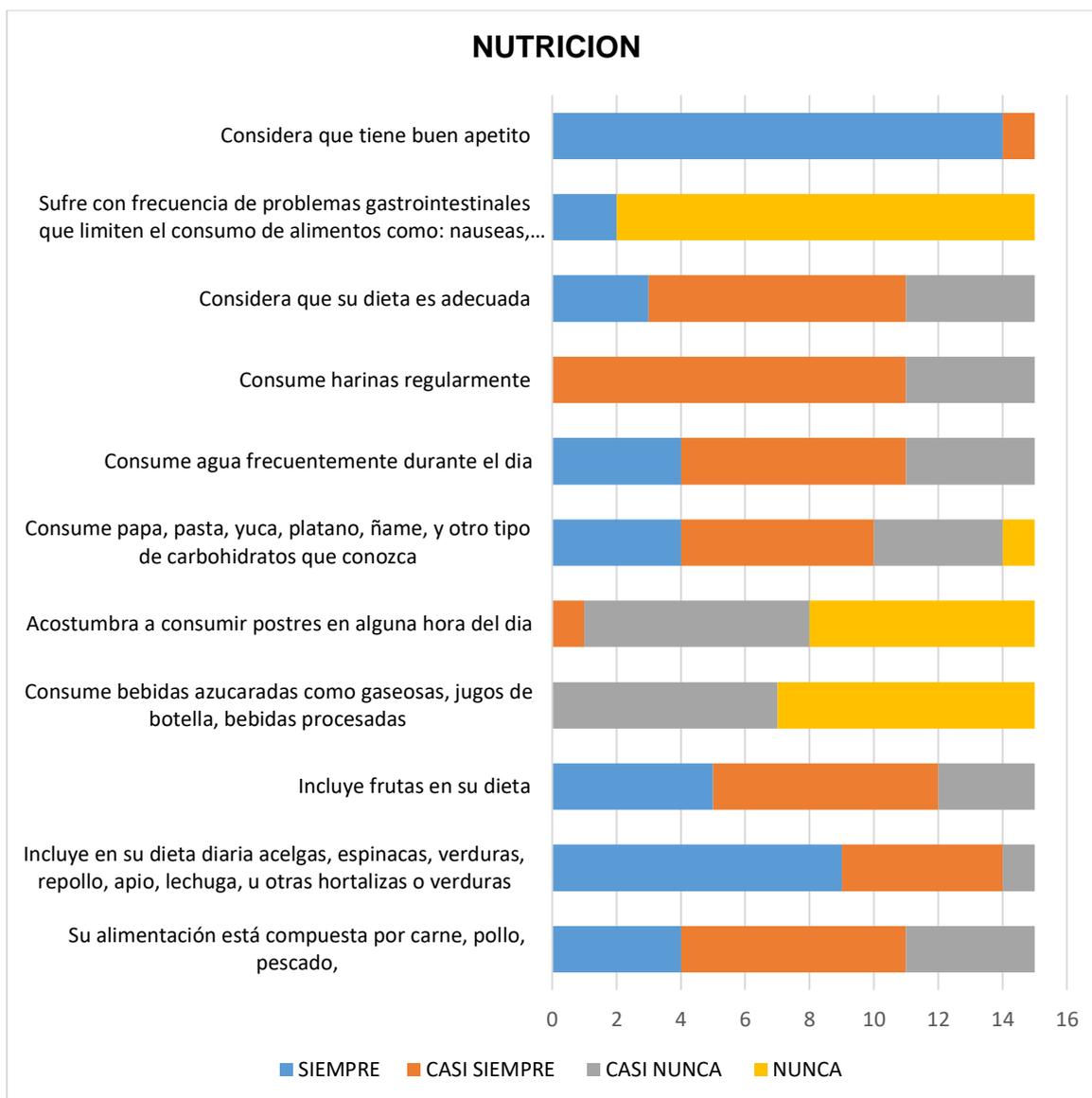


Para la valoración de limitaciones para realizar acciones se indagó el apoyo familiar recibido donde el 66,6% (10,15) *siempre* cuenta con el apoyo familiar, frente al 20% que refieren *nunca* cuentan con apoyo familiar para el proceso de su enfermedad.

También se indagó limitaciones para la nutrición como la prótesis dental le genera problemas para comer, el 73,3% (11,15) considera que *nunca* le ha generado problemas, frente a una igualdad entre *casi siempre* y *casi nunca* de 13,3% (2,15) cada uno.

En el ítem tiene dificultades para tragar los alimentos el 80% *nunca* tiene problemas para tragar, frente al 30% (3,15) *casi nunca* tiene problemas para tragar los alimentos, considera que tiene los recursos necesarios para llevar una dieta balanceada en donde el 66,6% (10,15) *casi siempre* cuentan con los recursos para una dieta balanceada, frente al 13,3% (2,15), consideran *casi nunca* cuentan con los recursos para una dieta balanceada. En cuanto a la independencia para consumir los alimentos el 100% *nunca* requiere de ayuda para consumir sus alimentos, así mismo el 46,6% (7,15) *nunca* dependen de ayuda para consumir alimentos, mientras que el 20% (3,15) *casi siempre* dependen de alguien para consumir sus alimentos.

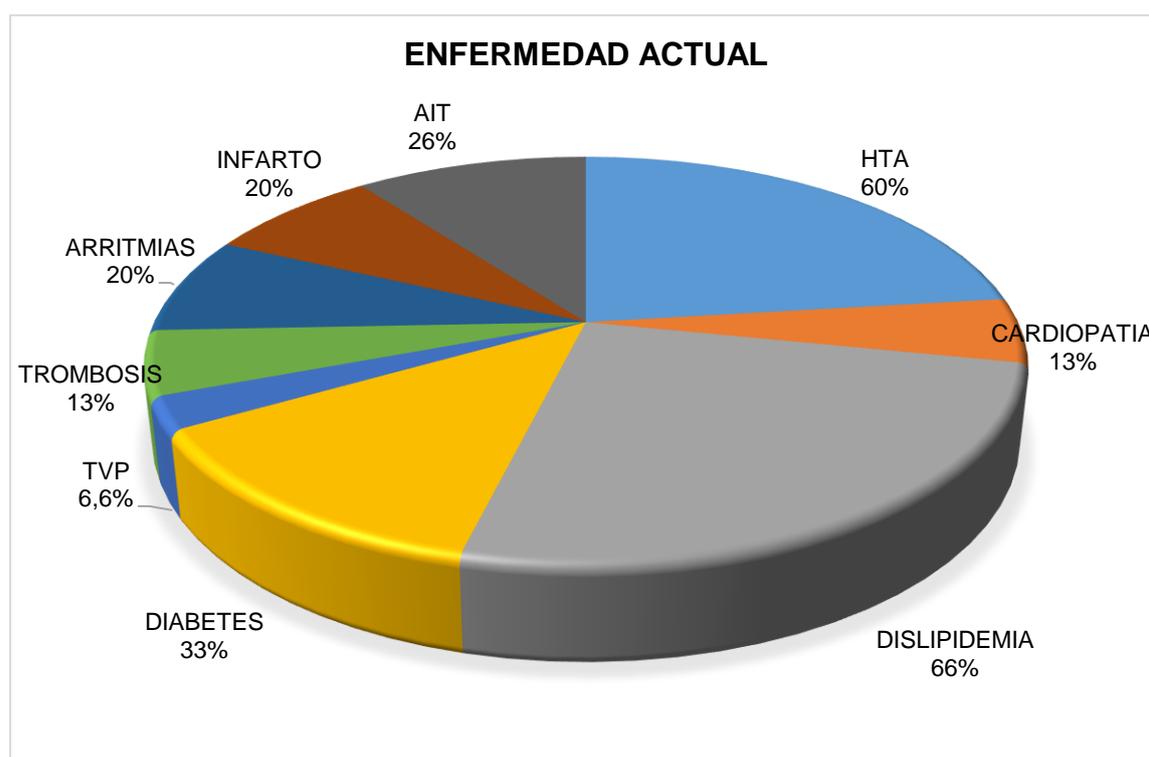
También se indagó la asistencia de los profesionales de salud frente a la enfermedad del paciente y los tratamientos recomendados como la dieta que el 66,6% (10,15) *casi siempre* sigue la dieta recomendada en las citas médicas, además el 53,3% (8,10) y el 46,6% (7,10) considera que *casi siempre* y *casi siempre respectivamente* el médico o la enfermera le explican para que sirven los medicamentos que toma, el horario, y efectos adversos. Además, el 46,6% (7,15) consideran que *siempre* la enfermera explica los cuidados para su enfermedad frente al 20% (3,15) considera que *nunca* la enfermera le explica los cuidados de su enfermedad, seguido a esto el 73,3% (11,15) considera que el médico *siempre* le explica el tratamiento y los cuidados para su enfermedad y solo el 6,6% (1,15) percibe que *nunca* el médico le explica el tratamiento y los cuidados de su enfermedad.



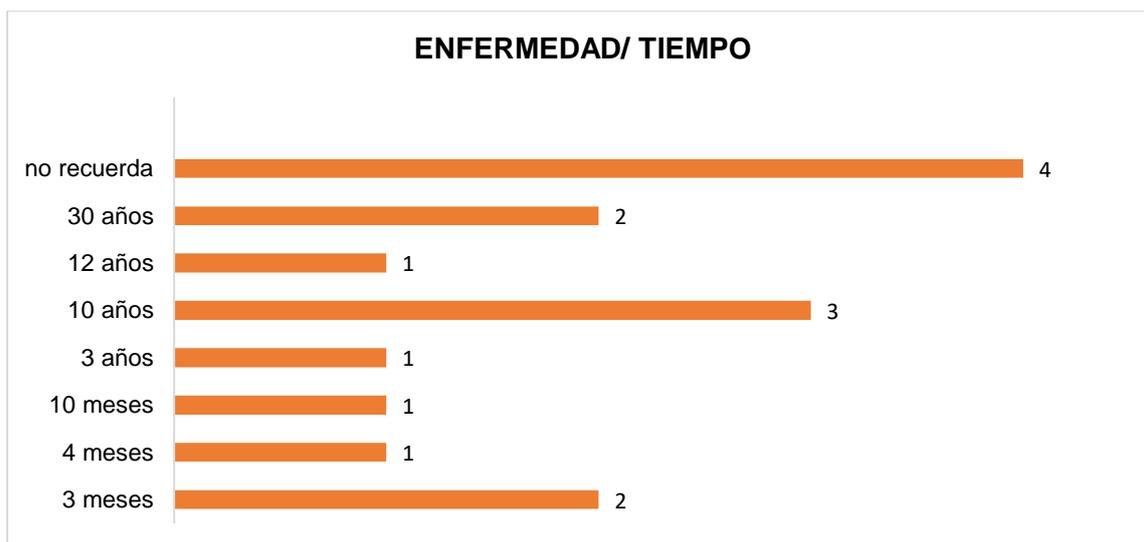
Se indagó el aspecto nutricional ya que tiene gran relevancia en el patrón cardiovascular el 93,3% (14,15) considera que *siempre* tiene buen apetito, el 86,6% (13,15) considera que *nunca* ha sufrido problemas gastrointestinales que limiten el consumo de alimentos como: nauseas, vomito, reflujo, estreñimiento, diarrea, flatulencias, intolerancia a la lactosa, alergias alimentarias, intoxicaciones e intolerancia al gluten, además el 53,3% (8,15) considera que su dieta *casi siempre es adecuada*, frente al 26,6% (4,15) considera que *casi nunca* su dieta es adecuada, el 73,3% (11,15) *casi siempre* consume harinas regularmente frente al 26,6% (4,15) que *casi nunca* consumen harinas regularmente, en cuanto al consumo de agua 46,6% (7,15) *casi siempre* consumen agua, mientras existe una igualdad entre el consumo de agua *siempre* y *casi nunca* con un 26,6% (4,15) respectivamente; en el consumo de postres 46,6% (7,15) *nunca* y *casi nunca* consumen postres con el mismo porcentaje, y solo el 6,6% (1,15) *casi siempre* consume postres en alguna hora del día, el 46,6% (7,15) *casi siempre* incluye fruta en su dieta frente al 33,3% (5,15) *siempre* incluyen fruta en la dieta, además el 60% (9,15) *siempre* incluyen en su dieta acelgas y verduras junto con el 33,3% (5,15) que *casi siempre* consume acelgas y verduras en la dieta, por último, el 46,6% (7,15) *casi siempre* incluye en su dieta carne, pollo o pescado frente a un 26,6% de *siempre* y *casi nunca* cada uno.

Objetivo 2. Conductas de autocuidado identificadas y fortalecidas teniendo en cuenta los componentes de poder de los pacientes con antecedentes cardiovasculares

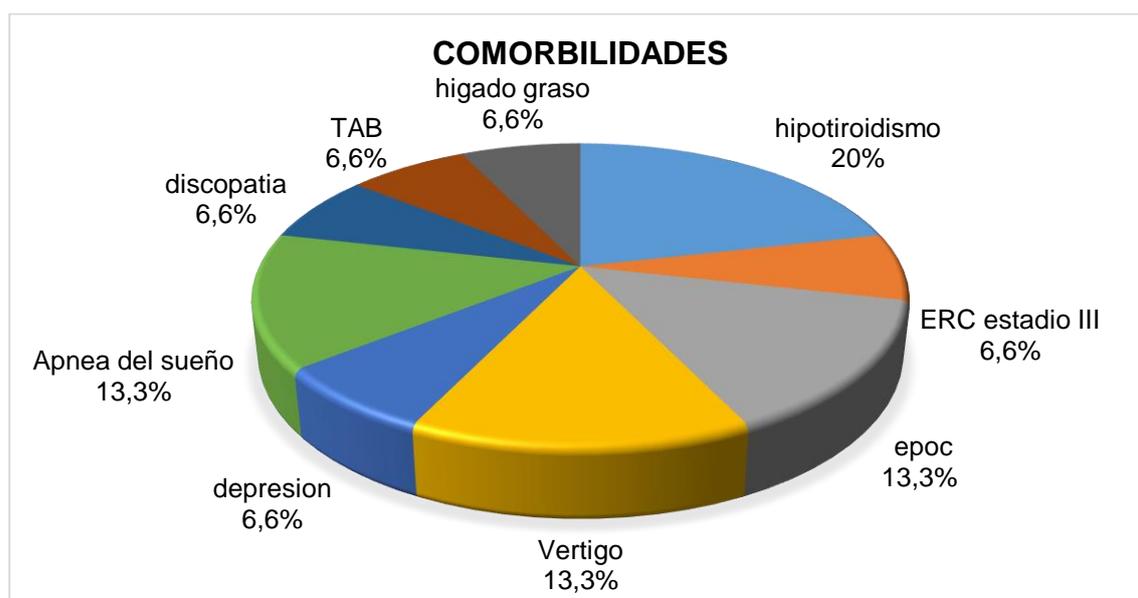
En el test de preguntas orientadoras está diseñado teniendo en cuenta los aspectos que describe Dorothea Orem en su Teoría del Autocuidado como factores de condicionamiento básico compuesto por el estado del desarrollo, en donde se resaltó los conocimientos y conductas que tienen los pacientes frente a su enfermedad cardiovascular y los cuidados que practica compuesta por 12 preguntas, mientras que las siguientes 9 preguntas indagan los conocimientos de los pacientes sobre el Accidente Cerebrovascular



En cuanto a la enfermedad actual, se obtuvo que la más frecuente, se encontró la dislipidemia (10,15), no se discriminó el porcentaje de pacientes con hipercolesterolemia u hipertrigliceridemia ya que los dos hacen parte de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, siguiendo la hipertensión arterial (9,15) en este punto no se detalló el porcentaje de hombres frente a mujeres ya que no se consideró un dato relevante, siguiendo con la diabetes un 33% (5,15), el accidente isquémico transitorio AIT 26% (4,15), infarto agudo de miocardio 20% (3,15), en la misma proporción las arritmias cardiacas 13% (2,15), luego las cardiopatías 13% (2,15) en la misma proporción la trombosis 13% (2,15) y en último lugar la trombosis venosa profunda TVP 6,6% (1,15) Estas son las enfermedades actuales de los 15 participantes del proyecto, creando así el perfil patológico de este.



La relación del tiempo y la enfermedad se tuvo en cuenta ya que con el paso de los años las enfermedades cardiovasculares la mayoría de veces van dejando secuelas o presenta complicaciones entre ellos tenemos 2 participantes con 30 años de evolución de la enfermedad, seguido de 1 participante con 12 años de evolución, 3 participantes con 10 años de evolución, la mayoría de estos pacientes con larga data padecen de hipertensión arterial, seguido de 1 participante con 3 años de evolución, corresponde más a los pacientes con diabetes, luego las enfermedades recientemente instauradas, 1 participante con 10 meses de evolución de la enfermedad, esta corresponde a pacientes con trombosis y TVP, y 1 participante con 4 meses de evolución y 2 participantes con 3 meses de evolución corresponde a los pacientes que han padecido infartos.

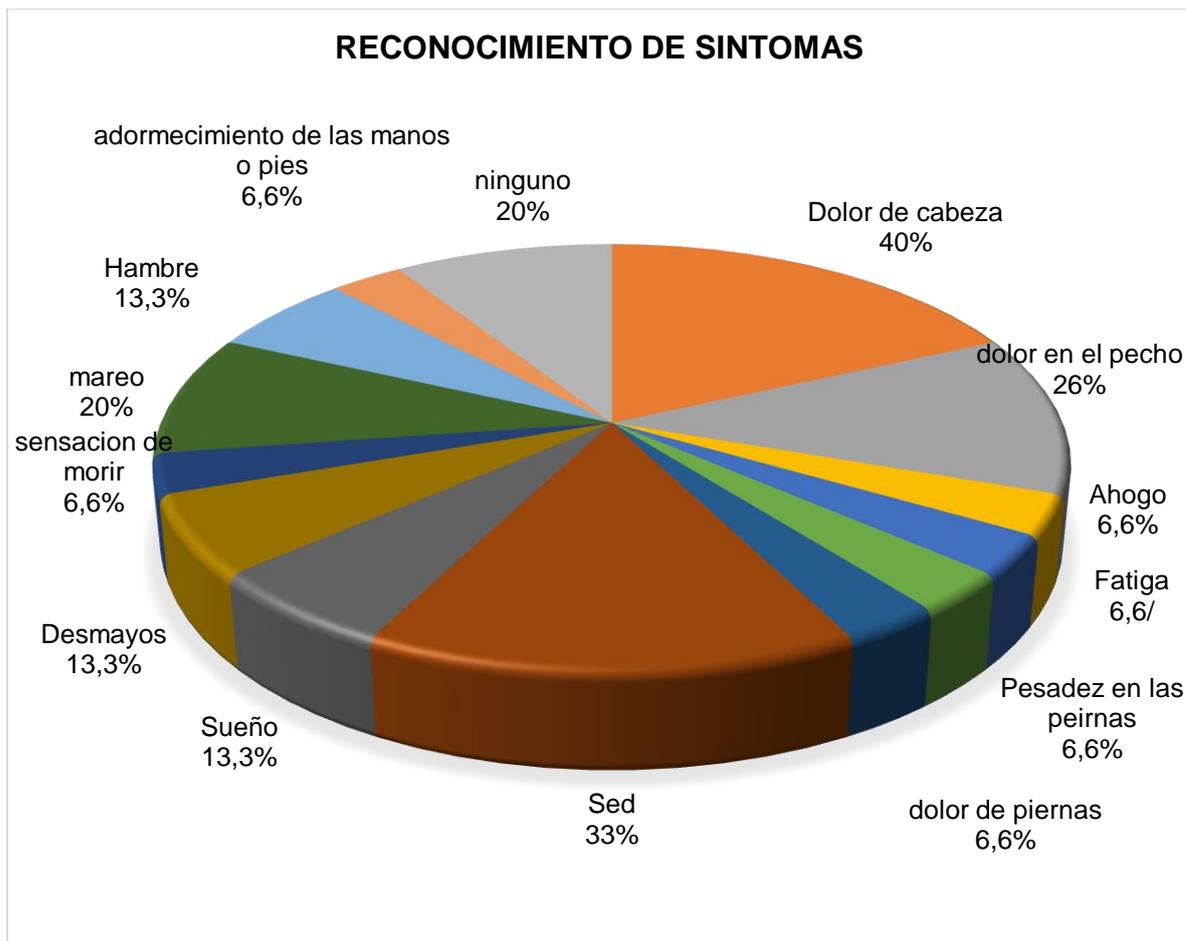


Se indago sobre las comorbilidades ya que estas también juegan un papel importante en el comportamiento del autocuidado del paciente, así mismo, revela las posibles complicaciones que este cursando el paciente por su patología cardiovascular de base entre ellas en la muestra se encontró: hipotiroidismo 20% (3,15), seguido de EPOC 13%(2,15), Apnea del sueño 13% (2,15) y vértigo 13% (2,15), seguido de otras

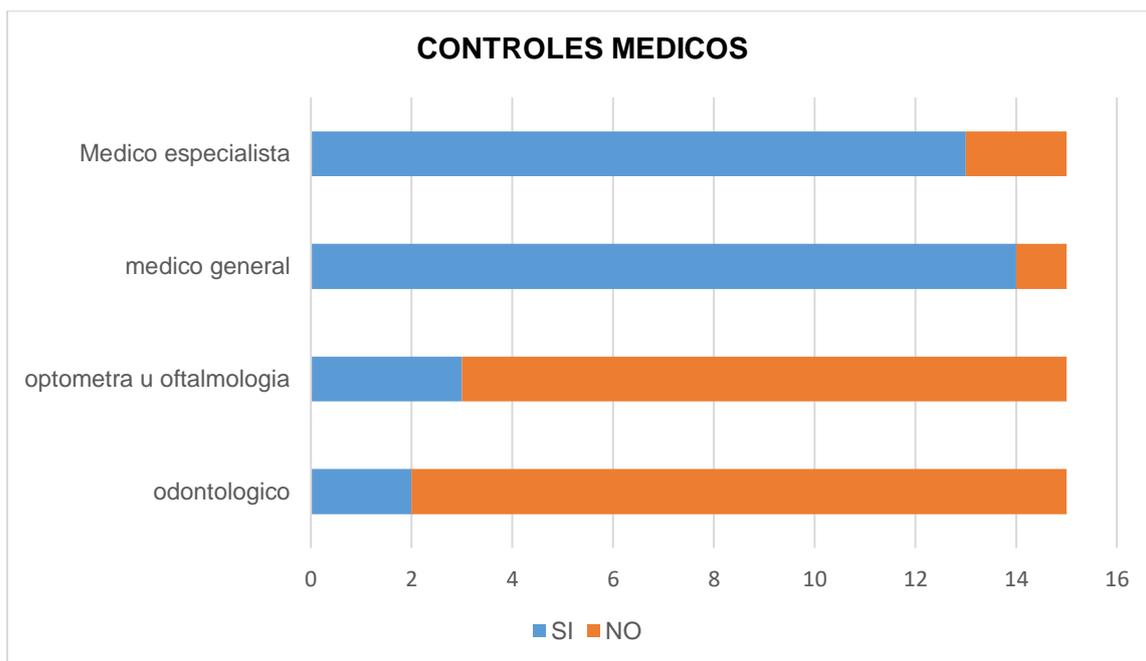
patologías en menor proporción como ERC estadio III 6,6% (1,15), depresión 6,6% (1,15), discopatía 6,6% (1,15) trastorno afectivo bipolar TAB 6,6% (1,15) y por último hígado graso 6,6% (1,15).



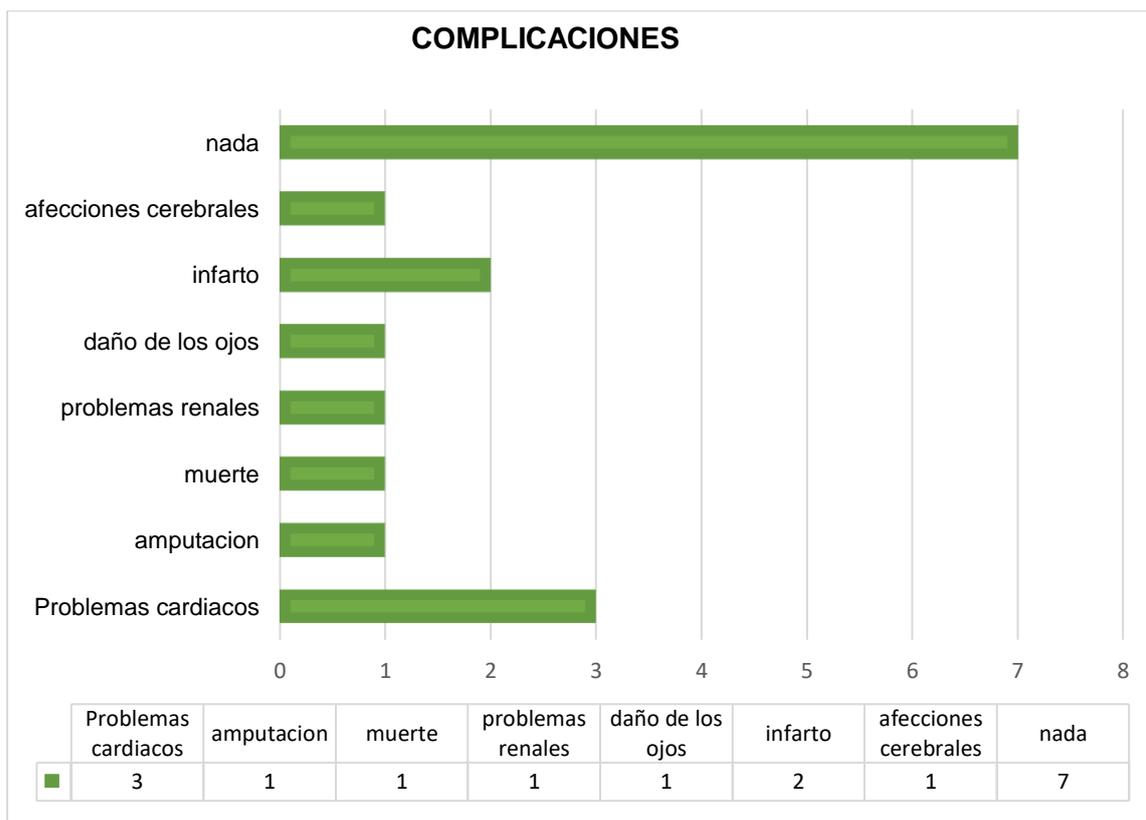
Dentro de los cuidados que los pacientes practican nombraron los siguientes, según el gráfico: dieta 73% (11,15), tomar los medicamentos es otro cuidado que mencionaron con 46% (7,15), seguido de la asistencia a la terapia de rehabilitación cardiovascular 26% (4,15), ejercicio 20% (3,15) reconocer las habilidades físicas 6,6% (1,15) y por último ninguna practica de autocuidado 6,6% (1,15).



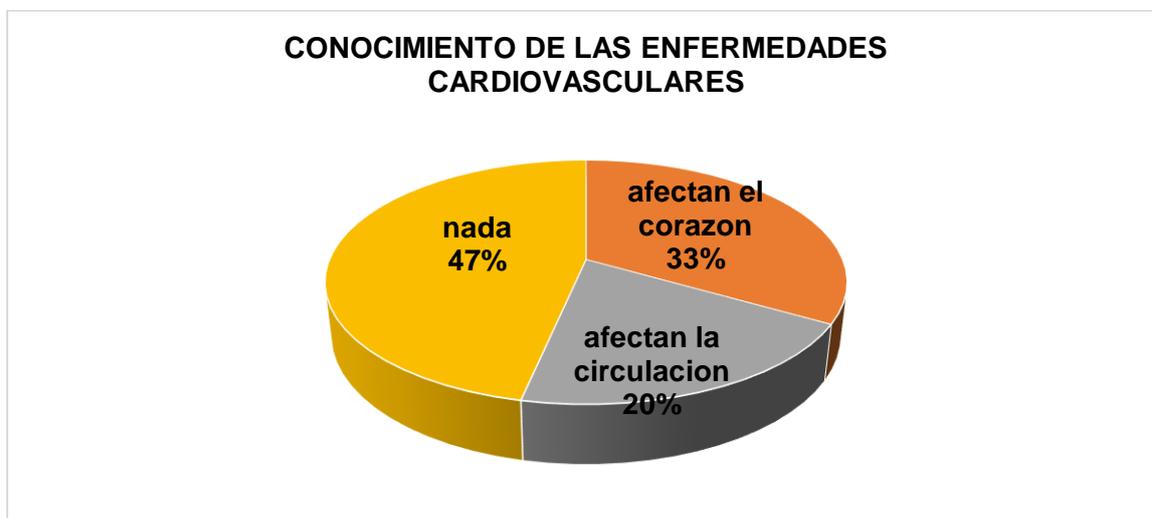
Dentro de las prácticas de autocuidado también es importante que reconozcan los síntomas de la enfermedad que padecen dentro de las cuales mencionaron dolor de cabeza 40% (6,15), sed 33% (5,15), dolor en el pecho 26% (4,15), mareo 20% (3,15) hambre 13,3% (2,15), desmayos 13,3% (2,15), sueño 13,3% (2,15), y por último, ahogo 6,6% (1,15), fatiga 6,6% (1,15), pesadez en las piernas 6,6% (1,15), dolor en las piernas 6,6% (1,15), sensación de morir 6,6% (1,15), y adormecimiento de las manos 6,6% (1,15), sin embargo el 20% (3,15) no conoce ningún tipo de síntomas de sus patologías.



La asistencia a los controles médicos también juega un papel importante en el autocuidado del cual se obtuvo que la citas con medicina general son las más asistidas con un 93,3% (14,15), seguido de la asistencia a las citas con especialistas 86,6% (13,15) por último los controles de optometría y oftalmología con un 20% (3,15), y con menor importancia para los participantes los controles odontológicos con un 13,3% (2,15).



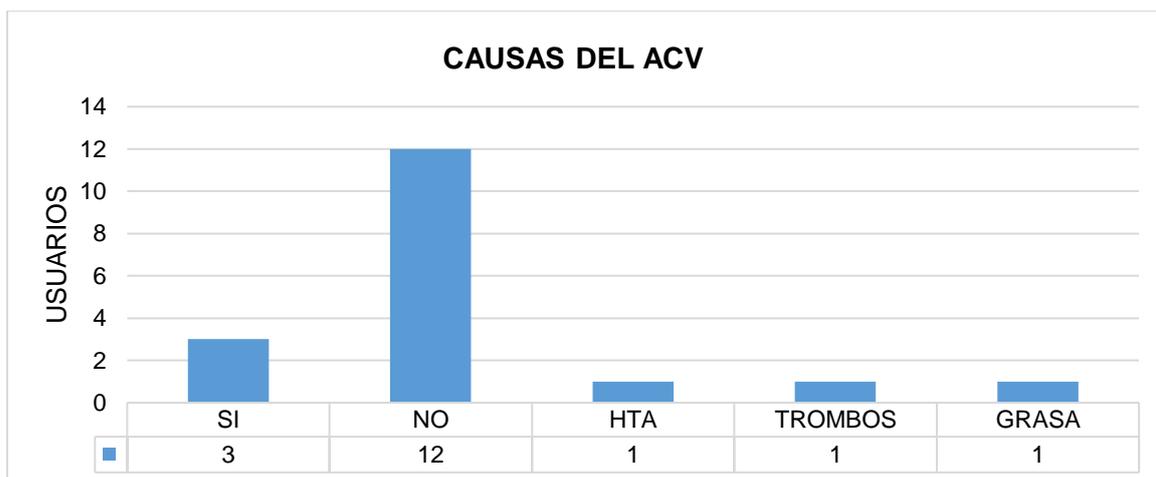
dentro de las complicaciones surgió que el 46,6% (7,15) no conoce ninguna complicación de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, algunos mencionaron complicaciones como problemas cardiacos 20% (3,15), infarto 13,3% (2,15), y otras como amputación 6,6% (1,15), muerte 6,6% (1,15), problemas renales 6,6% (1,15), daño de los ojos 6,6% (1,15) y afecciones cerebrales 6,6% (1,15).



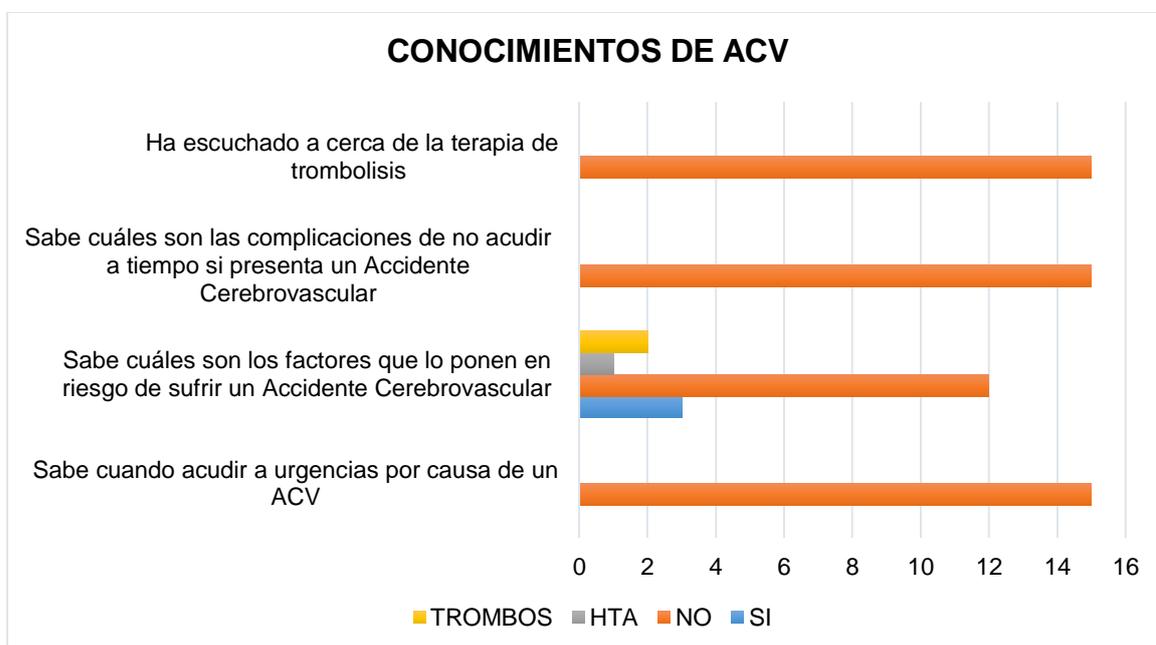
En cuanto al conocimiento de las enfermedades cardiovasculares fue grande el vacío de información que existe donde el 46,6% (7,15) no saben nada acerca de estas y solo un 33% (5,15) contestó que son enfermedades que afectan el corazón mientras otro 20% (3,15) contestó que son enfermedades que afectan la circulación.



Al preguntar los conocimientos sobre el accidente cerebrovascular se evidenció que el 86,6% (13,15) no sabe nada acerca de esta enfermedad y tan solo se mencionó síntomas como dolor de cabeza 6,6% (1,15) y en palabras textuales del usuario que se tuerce la cara 6,6% (1,15).



Dentro de las causas del Accidente cerebrovascular el 86,6% (13,15) no tiene ningún tipo de conocimiento, solo un 20% (3,15) contestó que dentro de los síntomas esta hipertensión, trombos y grasa respectivamente.



Frente a los conocimientos en específico del Accidente Cerebrovascular se evidenció que el 100% no sabe cuándo acudir al servicio de urgencias, así como el 100% refiere no saber cuáles son las complicaciones de no acudir a tiempo a urgencias, sobre los factores de riesgo para sufrir un ACV mencionaron hipertensión 6,6% (1,15) y trombos el 6,6% (1,15), el 100% no sabe cuáles son las complicaciones de no acudir a tiempo a urgencias si presenta un accidente cerebrovascular, así como el 100% tampoco ha escuchado de la terapia de trombólisis como tratamiento del ACV.

Objetivo 3 Pacientes con antecedentes cardiovasculares vinculados en un sistema de compensación para ejercer su autocuidado.

Teniendo en cuenta la teoría de los sistemas de Dorothea Orem, al vincular a los pacientes en algún sistema de compensación, se identifica el tipo de agencia de autocuidado que requiere para corregir las desviaciones en salud y mejorar las conductas de autocuidado.

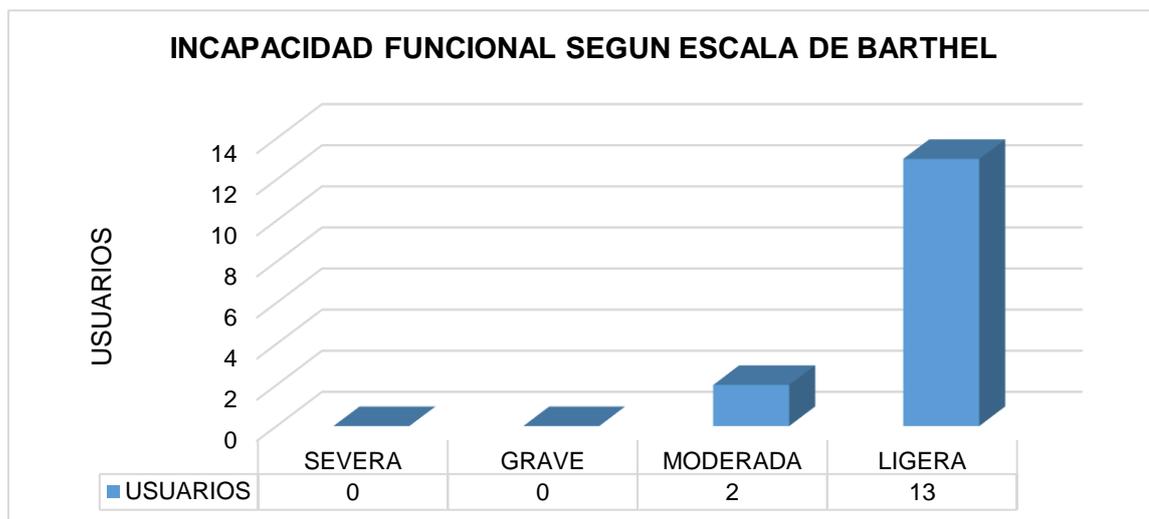
Para la clasificación de los pacientes en los sistemas de compensación se aplicó el Índice de Barthel, el cual mide concretamente las capacidades del individuo para realizar actividades de la vida diaria, en donde cada apartado se califica con un puntaje determinado, se evalúan 10 variables que son:

- ✓ Comida
- ✓ Lavado,
- ✓ Vestido
- ✓ Arreglo
- ✓ Deposición
- ✓ Micción
- ✓ Ir al retrete
- ✓ Traslado
- ✓ Deambulación
- ✓ Subir y bajar escaleras

Al aplicar la Escala de Barthel se obtuvo:

- ✓ *Comida* que el 100% es independiente y es capaz de comer solo en un tiempo razonable,
- ✓ *Lavado* el 86,6% (13,15) es independiente capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que otra persona supervise, mientras que el 13,3% (2,15) es dependiente y requiere algún tipo de ayuda
- ✓ *Vestido* el 86,6% (13,15) es independiente capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda, y el 13,3% (2,15) es necesita ayuda, realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- ✓ *Arreglo*, el 100% es independiente, realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- ✓ *Deposición*, el 100% es continente, no presenta episodios de incontinencia.
- ✓ *Micción*, el 86,6% (13,15) es continente, no presenta episodios y es capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo, mientras que el 13,3% (2,15) ha presentado accidente ocasional, presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
- ✓ *Ir al retrete*, el 100% son independientes, entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- ✓ *Traslado*, el 100% es independiente, no requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- ✓ *Deambulación*, el 73,3% es independiente, puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión, mientras que el 26,6% (4,15) necesita ayuda, necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

- ✓ *Subir y bajar escaleras*, el 80% (12,15) es independiente, capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona, mientras que el 20% (3,15) necesita ayuda o supervisión para hacerlo.



La escala de Barthel valora la capacidad funcional del individuo y la clasifica en 4 rangos de incapacidad funcional como;

- ✓ Severa con puntaje menor a 45,
- ✓ Grave con puntaje entre 45-49
- ✓ Moderada 60-80 puntos
- ✓ Ligera 80 – 100

El puntaje se discrimina entre 0 (cero) a 100 (cien), un puntaje mayor de 60 se interpreta como incapacidad funcional ligera y se clasificará en el sistema educativo y de apoyo, y un puntaje menor de 60 se clasificará en el sistema compensatorio global en el que necesita de la ayuda de un cuidador para suplir todas sus actividades de la vida diaria y es quien debe recibir la educación de autocuidado para satisfacer dichas demandas. Luego de aplicar la Escala de Barthel se obtuvo un puntaje promedio de 95 con un puntaje mínimo de 90 puntos y un máximo de 100 puntos, situando a los pacientes en el sistema educativo y de apoyo, que es el indicador para orientar la sesión educativa a realizar.

De los 15 participantes se obtuvo un promedio de puntaje de 90 puntos (10;70) clasificándolos en el sistema educativo y apoyo.

Esta clasificación se realizó con el fin de preparar el tipo de educación que habría de brindarse a los participantes e identificar algún cuidador el cual requiriera un tipo de educación específica, pero todos necesitan únicamente apoyo educativo.

Objetivo 4. Agentes de autocuidado empoderados de conocimiento para mejorar su autocuidado para mejorar su autocuidado

Para este cumplir este objetivo se elaboró un rotafolio educativo de las enfermedades cardiovasculares el cual tiene el siguiente contenido:

- Teoría del Autocuidado
- Que es el autocuidado
- Componentes de poder
- Agencia de autocuidado
- Conoce más de las enfermedades cardiovasculares
- Factores de riesgo modificables y no modificables y porque
- Enfermedades Cardiovasculares más frecuentes: hipertensión, diabetes, dislipidemias, síndrome metabólico, infarto agudo de miocardio, enfermedad vascular periférica, estenosis aterosclerótica, Accidente cerebrovascular. De cada una se mencionó definición, signos y síntomas y complicaciones.
- Como generar hábitos de autocuidado: Generar conciencia de la enfermedad, seguir las recomendaciones médicas, no frustrarse en caso de decaer, además de afianzar conocimientos en hábitos alimenticios, actividad física, asistir a controles médicos, realizar los exámenes de laboratorio, acudir a las citas con especialistas y toma de medicamentos.

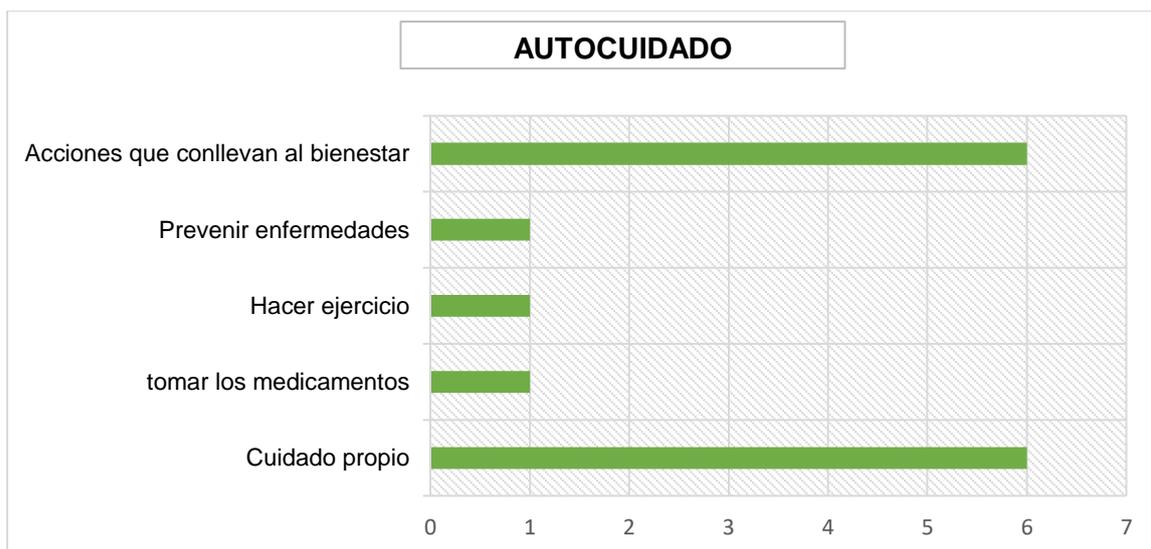
Como una segunda herramienta educativa se elaboró un video en el cual se explica en términos claros y sencillos todo lo relacionado con ACV, definición, signos y síntomas y complicaciones.

Todos los temas investigados y trabajados tanto en el rotafolio como en el video debieron pasar bajo la supervisión de la enfermera Flor Alba Rojas Camelo, coordinadora del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas, para estar en total sincronía con los temas ya dirigidos por el programa y que esto no ocasionara algún malestar entre los demás profesionales o los pacientes.

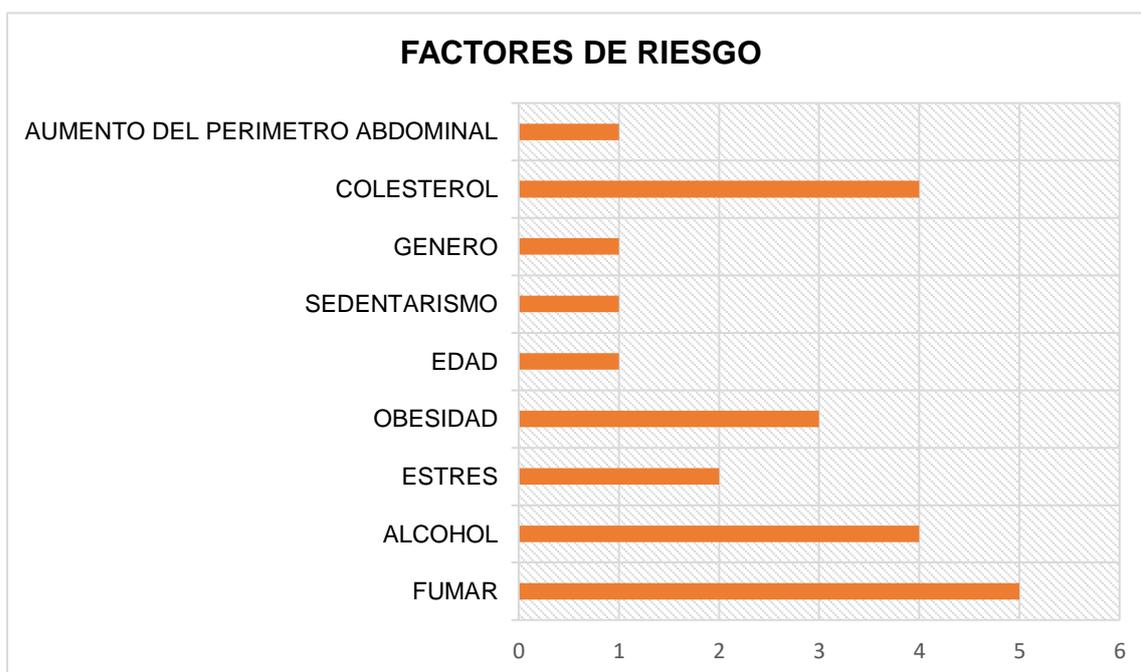
Objetivo 5: Pacientes con antecedentes cardiovasculares evaluados frente a la estrategia educativa impartida

Para este objetivo se plantearon dos evaluaciones el primero es un pos test en el que los pacientes serian evaluados para evidenciar el aprendizaje adquirido de la estrategia educativa de enfermería y la segunda evaluación para obtener el grado de satisfacción con la estrategia y con la estudiante que la ejecutó.

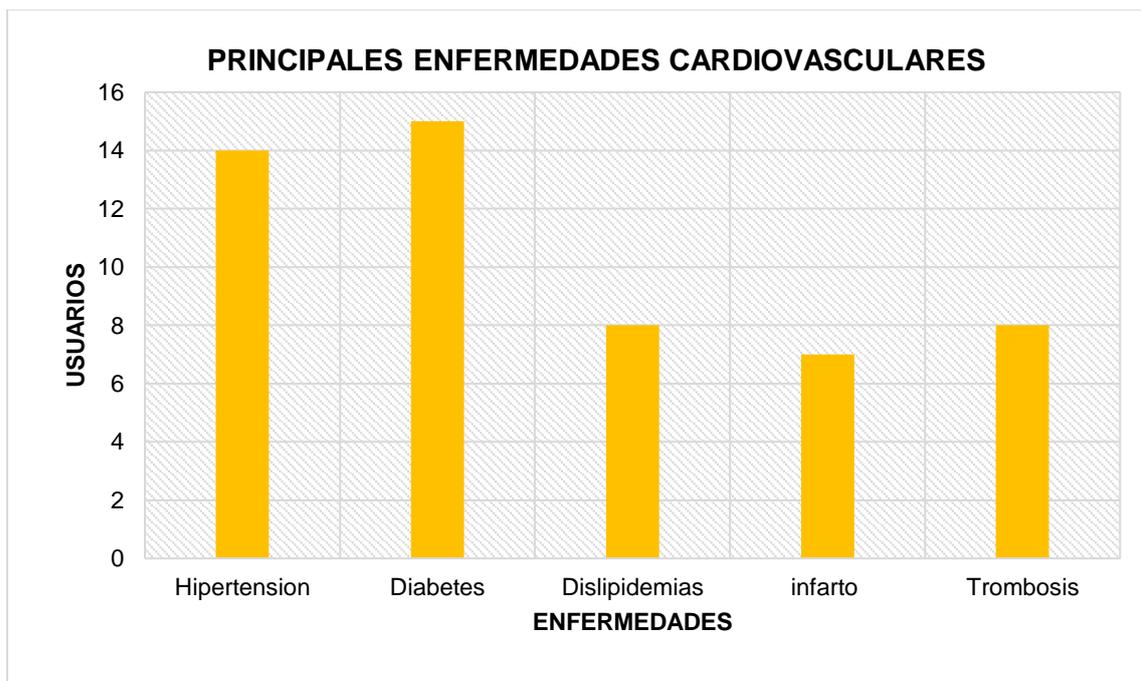
En primer momento se realizará el análisis de los resultados obtenidos del postest



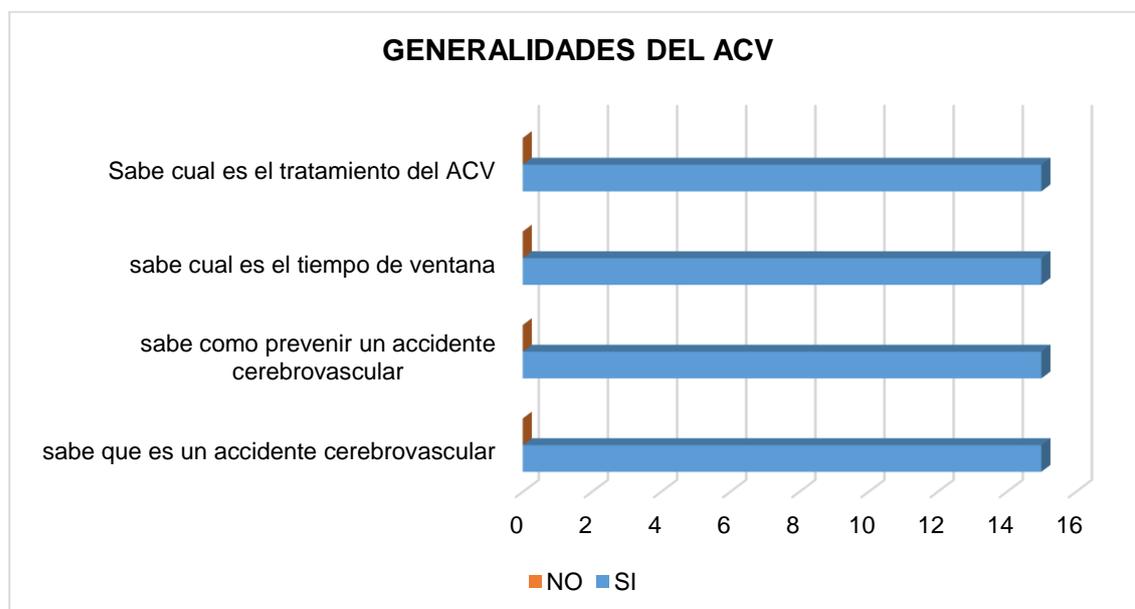
Para la pregunta qué sabe acerca del autocuidado el 40% (6,15) lo relacionó con acciones que conllevan al bienestar propio, otro 40% (6,15) lo describió como el cuidado propio, mientras el restante lo relacionó directamente con alguna acción de autocuidado por ejemplo 6,6% (1,15) prevenir enfermedades, otro 6,6% (1,15) hacer ejercicio y por último 6,6% (1,15) tomar los medicamentos, sin embargo todos se asocian con acciones que permiten cuidar de la salud propia.



La segunda pregunta tiene que ver con los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares entre las cuales contestaron 33,3% (5,15) fumar, el 26,6% (4,15) alcohol, 33,3% (5,15), 20% (3,15) obesidad, colesterol, 13,3% (2,15) estrés, y en menor proporción 6,6% (1,15) aumento del perímetro abdominal, 6,6% (1,15) el género, 6,6% (1,15) sedentarismo, y por último un 6,6% (1,15) mencionó la edad. Verificando los resultados, todos los datos obtenidos son correctos los cuales se mencionaron en la sesión educativa mediante la ayuda del rotafolio.



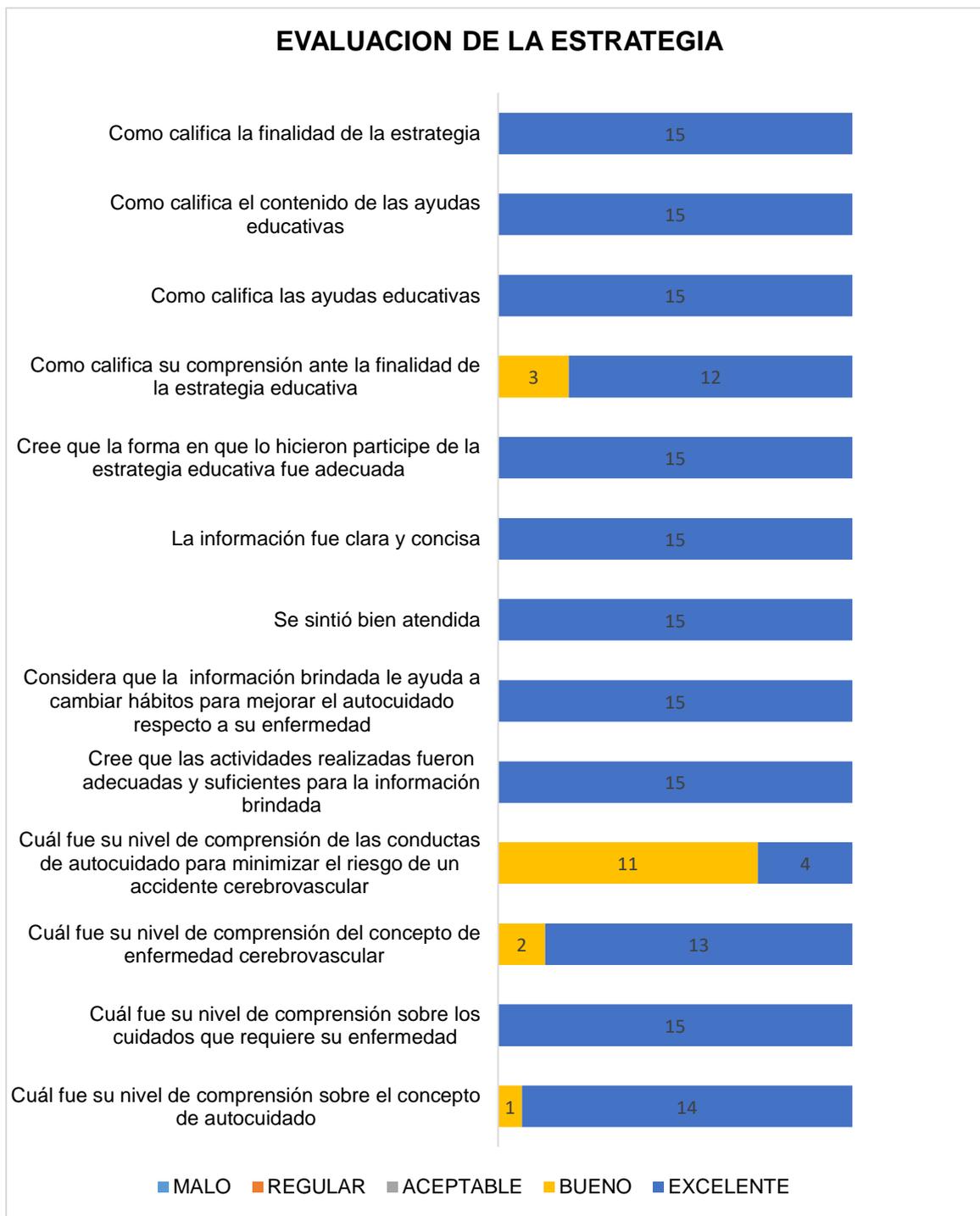
En la tercera pregunta se quería indagar si luego de la sesión educativa, lograban entonces reconocer las principales enfermedades cardiovasculares, obteniendo los siguientes resultados: hipertensión el 93,3% (14,15), diabétes el 100%, dislipidemias el 53,3% (8,15), trombosis el 53,3% (8,15), e infartó 46,6% (7,15). Revisando las respuestas obtenidas todas se nombraron en la sesion educativa mediante el uso del rotafolio.



Las 4 últimas preguntas estaban enfocadas en el Accidente Cerebrovascular que se tabularon como si y no respectivamente; la pregunta qué es un accidente cerebrovascular se tabuló como, sabe que es un accidente cerebrovascular, con un 100% sí, ya que todos dieron un concepto de este enunciando que es una afectación en la

circulación del cerebro que causa daños en muchas partes del cuerpo y produce daños en la movilidad, este fue el concepto masivo que se obtuvo en el posttest. En la pregunta cómo puedo prevenir un accidente cerebrovascular, también se tabuló como, sabe cómo prevenir un accidente cerebrovascular con un 100% sí, ya que enunciaron cuidados como no comer grasas, comer bajo de sal y azúcar, seguir las indicaciones médicas, cuidar de las patologías de base con el fin de impedir que estas se compliquen, hacer ejercicio, controlar la tensión arterial y la glucometria, para la tercera pregunta se tabulo como, sabe cuál es el tiempo de ventana con un 100% sí, ya que contestaron que es el tiempo en el que deben acudir al médico para alcanzar al tratamiento, sin embargo, en este se aclaró que correspondía a las 4 primeras horas desde el inicio de los síntomas, y la última pregunta que se tabulo como, sabe cuál es el tratamiento del Accidente cerebrovascular en ventana de trombólisis quedo 100% sí, ya que todos contestaron que el tratamiento es la trombólisis.

En el posttest se obtuvo mayor claridad frente al concepto de autocuidado (15;15), todos presentaron una definición clara y concisa, todos comprendieron cuales son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, también hubo comprensión de cuáles son las complicaciones a nivel sistémico que pueden dejar las enfermedades cardiovasculares, hubo 100% de comprensión en la definición del Accidente Cerebrovascular, así como los cuidados para prevenirlo, también hubo 100% de comprensión en lo que es el tiempo de ventana y cuando acudir a urgencias para alcanzar al tratamiento de trombólisis.



En cuanto a la evaluación de satisfacción la calificación estaba dada de 1 a 5 donde 1,era malo; 2, regular; 3, aceptable; 4,bueno y 5, excelente.

Las primeras 4 preguntas evaluaban la comprensión frente al autocuidado con un 93,3% (14,15) excelente frente al 6,6% (1,15)bueno; la comprensión de los cuidados para su enfermedad 100% excelente, comprensión del concepto de Accidente cerebrovascular 86,6% (13,15) excelente y tan solo el 13,3% bueno, y la última pregunta, comprensión de

las conductas de autocuidado para minimizar el riesgo un accidente cerebrovascular fue de 73,3% (11,15) bueno, frente al 26,6% (4,15) excelente.

Las siguientes 2 preguntas hacen referencia al abordaje de los temas con un 100% excelente, mientras que las actividades fueron adecuadas para la información brindada, fue calificado por el 100% como excelente

En la pregunta, la información brindada ayuda a cambiar hábitos para mejorar el autocuidado, con 100% excelente; y las últimas 7 preguntas evalúan si se sintió bien atendido con un 100% excelente, la información clara y concisa 100% excelente, la participación en la estrategia de manera adecuada 100% excelente, comprensión de la finalidad de la estrategia 80% excelente, ayudas educativas 100% excelentes.

En la estrategia se pudo evidenciar el gran aporte que se hace a los pacientes de manera educativa y lúdica, permitiendo que afiancen sus conocimientos en temas que son de vital importancia para prevenir que sus patologías de base se compliquen y lleguen a eventos que no se puedan evitar como las secuelas que deja un Accidente cerebrovascular.

13. CONCLUSIONES.

En cuanto a la identificación de los requisitos de desviación de la salud se logró a través de la aplicación del instrumento de valoración de enfermería, la tabulación y análisis de resultados: se evidencia que los pacientes tienen un buen estado de salud, que saben cuándo está controlada su enfermedad y debieron realizar un cambio en el estilo de vida para lograr cuidados más adecuados a la misma; sin embargo, algunos no son capaces de identificar con claridad las posibles complicaciones que puede llegar presentar.

El estado económico se tuvo en cuenta ya que este puede influir en gran manera en la salud del individuo ya sea porque no cuenta con los recursos suficientes para satisfacer necesidades como comida, ropa o porque a causa de su enfermedad requiere cosas adicionales que no están en su presupuesto como: medicamentos que no cubre la aseguradora, una dieta estricta, desplazamientos continuos a citas de control o toma de laboratorios, los copagos de cada cita y toma de laboratorio, entre otros aspectos en los que puede influir la economía del paciente.

De alguna manera puede existir un sesgo en las respuestas del estado laboral, específicamente en la que dice cree que su trabajo es un limitante para cuidar de su salud, debido a que en muchos trabajos no otorgan muchos permisos para acudir a citas médicas, hay complicaciones a la hora de presentar excusas médicas, la persona durante la vida laboral activa no tienen el hábito de frecuentar al médico o realizarse chequeos rutinarios, y sumado a ello, el sistema de salud no está diseñado en prevenir por lo tanto no envían chequeos de rutina, solo se orienta a curar pero teniendo en cuenta que ya debe existir una patología instaurada.

El perfil patológico fue importante de establecer para conducir la sesión educativa que se brindó con ayuda del rotafolio, en este se mencionaron las enfermedades que presentan los pacientes y también se incluyeron otras que no estaban en dicho perfil pero que son muy comunes dentro de nuestra población mayor y se debe educar sobre estas, sin embargo, queda claro que solo una sesión educativa el impacto para generar conductas de autocuidado es muy limitado para que ellos puedan adquirir conciencia de cuidado. En este aspecto, también se cree que existe un sesgo puesto que la mayoría de los pacientes no conocen todas las patologías que padecen y por ello tampoco los cuidados pertinentes a estas y por ende no consumen todos los medicamentos que debería tomar sino solo de aquella patología a la que le dan un reconocimiento.

Los componentes de cuidado tienen una gran relevancia en la capacidad para cuidar de sí mismo por lo que era pertinente evaluarlos, estos se tabularon como capacidades y limitaciones cognitivas, evidenciando que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, no presentan problemas de aprendizaje, atención o memoria, pero muy pocos señalaron que les guste la lectura, podría tomarse como un indicativo para entender porque no comprenden las recetas médicas y no toman los medicamentos como están prescritos. Un aspecto importante que no se tuvo en cuenta fue la capacidad visual la cual podría afectar de alguna manera el autocuidado. En las limitaciones cognitivas se evaluó los antecedentes personales o familiares de

enfermedades psiquiátricas evidenciando como únicas patologías la depresión y el trastorno afectivo bipolar.

Dentro de las capacidades de cuidar de sí mismo se tuvo en cuenta aspectos sobre los hábitos, nutrición, los controles médicos y el tiempo que dedica para sí mismo, de los cuales se puede deducir que los participantes en general tienen buenas prácticas de autocuidado, pero que se deben fortalecer dichas prácticas y los mencionados anteriormente.

En la capacidad para realizar acciones se realizó preguntas enfocadas en el patrón cardiovascular, en el cual también se evidenció que existe control de las enfermedades cardiovasculares y que cuentan con la energía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria.

Dentro de las limitaciones para realizar acciones de autocuidado se evaluó aspectos como el apoyo familiar, la dieta, y la asistencia de médica o de enfermería, si no que han tenido buena asistencia médica para cuidar de su salud.

En cuanto al aspecto nutricional los pacientes siempre nombraron cuidados relacionados con la dieta sin embargo en el perfil patológico se evidenció que una de las enfermedades con mayor porcentaje es el sobrepeso y la obesidad, por lo que se debe fortalecer los hábitos alimenticios saludables.

Las conductas de autocuidado se identificaron a través del Test de preguntas orientadoras de autocuidado identificando que los pacientes tienen conocimientos para cuidar de su enfermedad, sin embargo, hace falta no conocen todas sus patologías por lo que esto acarrea que no cuiden de todas ellas, así mismo sucede con los medicamentos falta mayor adherencia al tratamiento ya que solo conocen algunos de los medicamentos que toman, pero no todos en conjunto, además se debe fortalecer la asistencia a los controles odontológicos ya que algunos problemas de caries están relacionados directamente con la endocarditis, también se debe seguir fortaleciendo los conocimientos frente a las enfermedades cardiovasculares y las complicaciones, ya que los conocimientos no fueron claros al momento de aplicar la prueba, respecto al Accidente Cerebrovascular se debe insistir ampliamente en los temas de concepto, factores de riesgo, signos y síntomas, ventana de trombólisis, tratamiento y complicaciones puesto que no había ningún tipo de conocimiento previo antes de la aplicación de la estrategia educativa, lo que explica por qué los pacientes llegan fuera de ventana para ser trombolizados.

Al aplicar la Escala de Barthel para validar la funcionalidad de los pacientes se obtuvo un promedio de 95,6% situándolos en el sistema educativo y de apoyo, este instrumento fue de gran importancia en la planeación de la sesión educativa de acuerdo a la condición clínica del paciente y la funcionalidad del paciente, por lo tanto, todos los pacientes eran su propio agente de cuidado a quienes se orientó la educación teniendo en cuenta su enfermedad cardiovascular.

La sesión educativa estuvo organizada en 5 partes:

- La primera parte se dio una explicación corta acerca de las 3 teorías de Dorothea Orem, la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas.
- La segunda parte se dio un concepto claro y conciso acerca del Autocuidado, según la Teoría de Dorothea Orem, trabajando los constructos como componentes de poder, agencia de autocuidado.
- Por último, se explicó de las enfermedades cardiovasculares su concepto, factores de riesgo modificables y no modificables explicando cada uno de ellos, y luego se orientó la sesión educativa en 7 enfermedades cardiovasculares específicas que fueron: hipertensión, diabetes, dislipidemias. Síndrome metabólico, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica y Accidente Cerebrovascular, de cada una de ellas se habló del concepto, los signos y síntomas, factores de riesgo, y complicaciones.
- Luego se habló de cómo generar hábitos de autocuidado.
- Por último, se presentó un video en el cual se explica el tema referente al Accidente cerebrovascular como signos y síntomas, cuidados y complicaciones.

Al finalizar se dio la oportunidad de aclarar dudas e inquietudes de los participantes.

Para finalizar, la evaluación se evidencia 93% de comprensión frente al autocuidado, y 100% frente al Accidente Cerebrovascular con claridad en temas importantes como los síntomas, los factores de riesgo y la ventana terapéutica de tratamiento. Así mismo, la evaluación de la estrategia tuvo una calificación de 100% frente a atención, claridad, participación, material educativo, contenido y finalidad.

14. RECOMENDACIONES.

Es necesario seguir trabajando temas de autocuidado en los pacientes con enfermedades cardiovasculares de manera constante para que ellos lleguen a interiorizar esta información con el fin de mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones, pero también es pertinente que se refuercen los conocimientos frente a los síntomas de su enfermedad de base versus los síntomas que pueden indicar que está atravesando por una complicación de salud y que debe acudir a tiempo o de manera temprana al médico.

Por otro lado, es necesario en próximos estudios indagar más acerca de su perfil patológico, no solamente tomar información del paciente sino de ser posible de la historia clínica ya que al confortarla en muchos casos los pacientes no tienen claras las patologías que tiene, los medicamentos que debe tomar o los cuidados de todas sus patologías.

Para determinar que los componentes de poder no se encuentran afectados e influyen en el autocuidado habría de evaluar aspectos como la edad y el proceso de aprendizaje, el nivel de escolaridad, la influencia de la edad en la memoria, la comprensión de lectura, la comprensión de ordenes sencillas, así como también la influencia del componente mental o psiquiátrico en el mantenimiento del autocuidado. Un aspecto importante a evaluar en próximos estudios es la capacidad visual y su influencia en las conductas de autocuidado.

En cuanto a las enfermedades psiquiátricas o trastornos mentales habría de indagar si estos se encuentran bien controlados o de lo contrario si han sido un inconveniente para que el paciente abandone sus buenas prácticas de autocuidado como la falta de aseo personal, la negación de las patologías, negación en la toma de medicamentos, no aceptación del tratamiento médico entre otros.

Se debe tener en cuenta que los participantes hacen parte del grupo de rehabilitación cardiovascular y por ende cuentan con asistencia médica constante y que además la enfermera Flor Alba Rojas dentro de su programa habla del autocuidado, por ello, en estos pacientes se encuentra fortalecido, sin embargo, se recomienda escoger un grupo de participantes que no hagan parte de este tipo de grupos para evaluar como son las conductas de autocuidado de los pacientes sin ningún tipo de conocimientos.

Por último, es importante entender que el aprendizaje es un proceso y que por ello una sola sesión educativa no es suficiente para lograr 100% de adherencia a la información brindada, por lo que sería muy útil fomentar espacios como salas de espera, controles de enfermería, sesiones de actividad física y sesiones de rehabilitación cardiovascular en los cuales se impartiera educación sobre el Accidente Cerebrovascular, en el cual los pacientes logren adquirir conocimientos de esta enfermedad y aclarar dudas frente a las enfermedades cardiovasculares.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subred Norte E.S.E. Misión | Subred Norte E.S.E. [Internet]. Subrednorte.gov.co. 2021 [Citado el 28 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
2. Subred Norte E.S.E. Visión | Subred Norte E.S.E. [Internet]. Subrednorte.gov.co. 2021 [Citado el 28 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
3. Subred Norte E.S.E. Objetivos estratégicos | Subred Norte E.S.E. [Internet]. Subrednorte.gov.co. 2021 [Citado el 28 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
4. Subred Norte E.S.E. Valores institucionales | Subred Norte E.S.E. [Internet]. Subrednorte.gov.co. 2021 [Citado el 28 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
5. Subred Norte E.S.E. Principios institucionales | Subred Norte E.S.E. [Internet]. Subrednorte.gov.co. 2021 [Citado el 28 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.subrednorte.gov.co/>
6. Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>
7. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2017 Oct [citado Día Mes Año];3(12): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>
8. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín No 1, diciembre 1 2013. Enfermedad Cardiovascular principal causa de muerte en Colombia. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletines/boletin_web_ONS/boletin1.html
9. J. Prez Villares. Tesis doctoral Doctor en Medicina y Cirugía. La Enfermedad Cerebrovascular Aguda en las Unidades de Cuidados Intensivos de Andalucía. Características Epidemiológicas y Calidad de Vida al año del Episodio. Granada Julio 2007. <https://hera.ugr.es/tesisugr/16825184.pdf>
10. Bogotá es la ciudad colombiana con mayor prevalencia de ataque cerebrovascular. El hospital. Bogotá, Colombia, septiembre 2018. <https://www.elhospital.com/temas/Bogota-es-la-ciudad-colombiana-con-mayor-prevalencia-de->

[ataquecerebrovascular+127097#:~:text=Seg%C3%BAAn%20estudios%20reciente s%2C%20el%20ataque,o%20completas%2C%20e%20incluso%20la](#)

11. Futuro salud latam. ACV: según la Iniciativa Angels el equipo de emergencias y la derivación a un centro adecuado marcan la diferencia. By Daniela 16 de junio de 2018. <https://futurosald.com/2018/10/16/acv-segun-la-iniciativa-angels-el-equipo-de-emergencias-y-la-derivacion-a-un-centro-adecuado-marcan-la-diferencia/>

12. M. Muñoz-Collazos. Enfermedad Cerebrovascular.

13. 9 factores de riesgo (modificables y no) de accidente cerebrovascular. P. María Eugenia. 7 de diciembre de 2018.

14. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem [Internet]. Scielo.sld.cu. 2021 [cited 28 March 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009#:~:text=Esta%20teor%C3%ADa%20sugiere%20que%20la,de%20autocuidado%20o%20de%20cuidado

15. Marcos Espino, Miriam Paula, & Tizón Bouza, Eva. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168-177. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

16. Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 11 de marzo de 2021];4(1):28-5. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>

17. Leddy, Susan. *Conceptual bases of professional nursing*. I, nursing, I, Pepper, j, Mae. II. Title. (DNLM:1 Nursing. WY 16 L472c) RT41.L53 1984 610.73 84-7903 ISBN 0- 397-54396-4.

18. María Fernández. Bases históricas y teóricas de la Enfermería. Tema 11 Modelos y teorías en enfermería (III). Modelo de Dorothea Orem. Universidad de Cantabria. Open course ware. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>

19. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996 (enero 25) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 [Internet]. Minsalud.gov.co. 1996 Citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

20. Congreso de Colombia. LEY 911 DE 2004 (octubre 5) Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 [Internet]. Mineducacion.gov.co. 2004 [Citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en:
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
21. Margarita Acosta: Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfer Neuro Mex. Vol. 10, N° 3:163-167,2011
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
22. Sistema General Social en Salud – Colombiano. Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del Ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años.
2015 Guía N° 54. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_acv/GPC_ACV_Version_Final_Completa.pdf

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aval y respaldo académico Universidad de La sabana

Anexo 2 Aprobación ejecución del proyecto

Anexo 3 Instrumento de valoración de enfermería basado en la teoría de Déficit de Autocuidado para pacientes con antecedentes cardiovasculares de USS Simón Bolívar

Anexo 4. Test de preguntas orientadoras

Anexo 5. Escala de Barthel

Anexo 6. Herramientas educativas

Anexo 7. Evaluación de la estrategia educativa por medio de postest

Anexo 8. Evaluación de la estrategia

Anexo 9. Consentimiento informado

Anexo 1 Carta de aval y respaldo académico Universidad de La sabana



Universidad de
La Sabana

Marzo 25 de 2021

Dra.
CLAUDIA PATRICIA GALAN SUAREZ
Jefe de oficina gestión del conocimiento
Subred Integrada de Salud Norte

**LA DIRECCIÓN DE MAESTRÍAS Y ESPECIALIZACIONES
DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**

Hace constar que

Maribel Preciado Peña cc 1032393351, y Gloria Tatyana Sotelo Duarte cc 1032393989, estudiantes activos de la Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico, cuentan con el aval y el respaldo académico para desarrollar el proyecto de gestión denominado "Estrategia Educativa de Enfermería en los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ecv en ventana de trombolisis"; que se llevara a cabo en UMHES Simón Bolívar, el cual cuenta con la orientación y seguimiento del profesor Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre, que hace parte del programa de Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico.

Por lo anterior, solicitamos su atención para que, en el marco de la relevancia práctica, se permita a los estudiantes desarrollar el proyecto en mención.

Agradezco la atención prestada.

Angélica Ospina

ANGÉLICA MARÍA OSPINA ROMERO
Directora de Maestrías y Especializaciones de Enfermería
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de La Sabana

Anexo 2 Aprobación ejecución del proyecto



Bogotá D.C., 25 de junio de 2021

Estudiantes
 Gloria Tatyana Sotelo Duarte
 Maribel Preclado Peña
 Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico
 Universidad de La Sabana

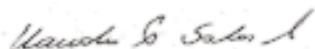
ASUNTO: Aval para proyecto académico

Cordial saludo,

La oficina de Gestión del Conocimiento avala el desarrollo del proyecto académico "Estrategia educativa de enfermería en los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ecv en ventana de trombolisis" a desarrollarse en la USS Fray Bartolomé de las Casas con los pacientes del programa de rehabilitación cardíaca. El proyecto cuenta con aval y acompañamiento de la Enfermera profesional Flor Alba Rojas, coordinadora del área de rehabilitación cardíaca y la Enfermera Diana España, profesional de la oficina de gestión del conocimiento.

Agradecemos su interés en la generación de conocimiento y solicitamos hacernos llegar los resultados del proyecto con las recomendaciones para la Institución.

Atentamente,


CLAUDIA PATRICIA GALÁN SUÁREZ
 Jefe Oficina Gestión del Conocimiento
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Edna Piedad Zuluaga Molano	Referente Investigación CISENORTE	
Proyectado por:	Edna Piedad Zuluaga Molano	Referente Investigación CISENORTE	
Revisado por:	Claudia Patricia Galán Suárez	Jefe Oficina Gestión Conocimiento	
Aprobado por:	Claudia Patricia Galán Suárez	Jefe Oficina Gestión Conocimiento	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma			

**ANEXO 3. INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA BASADO EN LA
TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES CON ANTECEDENTES
CARDIOVASCULARES DE USS SIMON BOLIVAR**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Barrio: _____ Estrato: _____ Municipio _____

EPS: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Procedencia: _____

Requiere cuidador: Si ___ No ___ Parentesco: _____

2. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICOS

ESTADO DE DESARROLLO

- Antecedentes

Quirúrgicos:

Patológicos:

Tóxicos:

Familiares

Cuál es su enfermedad actual

Hace cuánto tiempo le diagnosticaron

Peso actual _____ talla _____ IMC _____

Ítem

Siempre

**Casi
siempre**

**Casi
Nunca**

Nunca

Su estado de salud es bueno

Su enfermedad actual está controlada

Sufre recaídas de su enfermedad constantemente				
Ha presentado complicaciones de su enfermedad				
Ha cambiado su estilo de vida a causa de la enfermedad				
Ha recibido apoyo familiar durante el proceso de su enfermedad				
Ha recibido apoyo de amigos o conocidos durante el proceso de su enfermedad				
Cuenta con ingresos económicos para suplir los costos de su enfermedad				
Cree que sus ingresos son suficientes para los costos de su enfermedad				
Cuenta con servicios públicos como: agua, luz, gas, acceso a transporte y acceso a servicios de salud				
Existen problemas ambientales que afecten su estado de salud (quema de basuras, problemas de inundaciones, plagas, desechos)				
Cocino con leña				
Actualmente trabaja				
Cree que su trabajo es un limitante para cuidar de su salud				
Padece alguna enfermedad psiquiátrica				
Ha presentado algún trastorno del comportamiento				
Ha presentado o presenta algún trastorno psiquiátrico				
Tiene antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas				
Se siente capaz de tomar decisiones				
Requiere de ayuda para tomar decisiones				

Tiene que contar con el concepto de su pareja, familia, u otro para tomar decisiones				
Presta atención cuando le están hablando o dando alguna información				
Tiene problemas de atención				
Tiene problemas de aprendizaje				
Tiene problemas de memoria				
Le gusta leer				
Tiene problemas de comprensión de lectura				
Considero que los cuidados que tengo son suficientes para mantener un buen estado de salud				
Hago cambio de hábitos para mejorar mi estado de salud				
Conozco y aplico los cuidados para evitar complicaciones de mi enfermedad				
Tiene tiempo para dedicar a usted mismo				
Dedica tiempo para sus actividades favoritas				
Realiza actividad física mayor a 30 minutos				
Posee suficiente salud para realizar actividades de la vida diaria como: bañarse, peinarse, vestirse				
Es capaz de buscar ayuda si no puede cuidar de usted mismo				
Es capaz de realizar movimientos para mantener su comodidad				
Al realizar oficios en casa ha presentado sensación de ahogo, dolor en el pecho, lividez, sensación de desmayo				
Ha tenido o actualmente está postrado en cama por su enfermedad				
Ha requerido estar hospitalizado en unidad de cuidados intensivos por su enfermedad				

Ha requerido intubación o soporte ventilatorio alguna vez a causa de su enfermedad				
Fuma				
Toma bebidas alcohólicas				
Consume sustancias psicoactivas				
Requiere oxígeno en casa				
Ha sufrido enfermedades pulmonares				
Ha padecido enfermedades cardiovasculares				
Ha percibido inflamación en manos, pies o parpados				
Ha presentado problemas de varices				
Ha presentado pesadez en las piernas				
Sufre de cansancio y fatiga constante				
Ha sentido dolor en el pecho				
Ha presentado dificultad para respirar, sensación de ahogo				
Siente que le falta el aire cuando camina más de 3 cuadras				
Siente dificultad para respirar al realizar sus actividades de la vida diaria				
Ha presentado desmayos con pérdida del conocimiento				
Ha sufrido de: hipertensión Diabetes Enfermedades del colesterol o triglicéridos Arritmias cardiacas Infarto cardiaco Falla cardiaca Accidente cerebrovascular				

Alguien de la familia ha padecido enfermedades cardiovasculares				
Es usuario de cardiodesfibrilador o marcapaso				
Asiste a los controles para el funcionamiento del marcapaso o cardiodesfibrilador				
Le han dado el diagnóstico de cada una de las enfermedades que padece				
Ha estado hospitalizado a causa de su enfermedad				
El médico le ha explicado el tratamiento y los cuidados que debe tener para su enfermedad				
La enfermera le ha explicado los cuidados que debe tener para su enfermedad				
El médico o enfermera le han explicado para que sirven los medicamentos que toma, horario para tomarlos, y efectos adversos				
Ha asistido a citas con especialistas como: neurología, cardiología, nefrología, médico internista, médico familiarista, diabetólogo, nutricionista, fonoaudiología, terapia física, endocrinólogo, etc.				
Sigue las recomendaciones dadas por los médicos o enfermeras				
Toma los medicamentos teniendo en cuenta las ordenes medicas				
A presentado molestias relacionadas a la toma de medicamentos				
Ha suspendido el consumo de medicamentos por decisión propia				
Conoce todos los medicamentos que consume actualmente				
A parte de los medicamentos recetados utiliza otros métodos para el manejo de la enfermedad				

Cree en el manejo que su médico tratante le ha dado a su patología				
Cree más en otro tipo de medicinas o tratamientos que las dadas por su médico				
Le cambian constantemente de médico tratante				
En las citas médicas le han recomendado algún tipo de dieta				
Sigue la dieta dada por el médico o nutricionista				
Ha perdido peso en los últimos 6 meses				
Ha perdido peso en los últimos 3 meses				
Se realiza constantemente control de Glucometrias Tensión arterial Peso				
Considera que tiene buen apetito				
Considera que los problemas familiares, personales o labores le aumentan o disminuyen el apetito				
Consume desayuno, almuerzo y cena todos los días				
Acostumbra a tomar medias nueves y onces				
Le gusta la comida que prepara				
Depende de alguien para cocinar los alimentos				
Depende de ayuda para consumir los alimentos				
Tiene problemas de gusto y olfato				
La cantidad de las porciones es la adecuada para saciar su apetito				
Su alimentación está compuesta por carne, pollo, pescado,				

Incluye en su dieta diaria acelgas, espinacas, verduras, repollo, apio, lechuga, u otras hortalizas o verduras				
Incluye frutas en su dieta				
Consume bebidas azucaradas como gaseosas, jugos de botella, bebidas procesadas				
Acostumbra a consumir postres en alguna hora del día				
Consume papa, pasta, yuca, plátano, ñame, y otro tipo de carbohidratos que conozca				
Cuántas veces come al día				
Considera que tiene buen				
Consume agua frecuentemente durante el día				
Consume harinas regularmente				
Considera que su dieta es adecuada				
Considera que tiene los recursos necesarios para llevar una dieta balanceada (económicos, tiempo)				
Tiene dificultades para tragar los alimentos				
Su prótesis dental le genera problemas para comer				
Sufre con frecuencia de problemas gastrointestinales que limiten el consumo de alimentos como: náuseas, vómito, reflujo, estreñimiento, diarrea, flatulencias, intolerancia a la lactosa, alergias alimentarias, intoxicaciones, intolerancia al gluten				
Se realiza los exámenes de laboratorio ordenados por el médico				
Le realizan controles de colesterol, triglicéridos al menos una vez cada 6 meses				
Ha padecido pie diabético				

Ha presentado úlceras varicosas				
---------------------------------	--	--	--	--

FECHA DE VALORACIÓN: _____

ELABORADO POR: _____

ANEXO 4. TEST DE PREGUNTAS ORIENTADORAS DE AUTOCUIDADO FRENTE AL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Nombre _____ Edad _____

- Cuál es su enfermedad actual: _____
- Hace cuánto tiempo _____
- Que otras enfermedades sufre

- Que cuidados practica para su enfermedad:

- Cuales síntomas conoce de la enfermedad que padece

- Asiste a controles:

CONTROL	SI	NO
Odontológico		
Optometría u Oftalmología		
Médico general		
Médico especialista		

- Cada cuanto le envían laboratorios de control
(Reportes)

- Que medicamentos toma para manejar su enfermedad

Medicamento	Dosis	Horario	Para que sirve	Molestias relacionadas

- Conoce las complicaciones que puede presentar a causa de su enfermedad

- Que sabe a cerca de las enfermedades cardiovasculares:

- Cuales enfermedades cardiovasculares conoce

- Que sabe acerca del accidente cerebrovascular

- Conoce cuales son las causas de un accidente cerebrovascular

- Cuáles son los síntomas de un Accidente Cerebrovascular

- En qué momento cree que debe acudir al médico o al servicio de urgencias por causa de Accidente Cerebrovascular

- Sabe cuáles son los factores que lo ponen en riesgo de sufrir un Accidente Cerebrovascular

- Sabe cuáles son las complicaciones de no acudir a tiempo si presenta un Accidente Cerebrovascular

- Que ha escuchado a cerca de la terapia de trombólisis

Anexo 5. Escala de Barthel

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela sólo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:
	ASISTIDO/A	VÁLIDO/A	

Anexo 6. Herramientas educativas

Rotafolio: Estrategia educativa de enfermería en los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ACV en ventana de trombólisis

https://www.canva.com/design/DAEdwnPsITM/0mPMsB-u8cncgRIReOGpRA/view?utm_content=DAEdwnPsITM&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton

Video: Yo prevengo el ACV

<https://youtu.be/Q4FDxoh4PpI>

Anexo 7. Evaluación de la estrategia educativa por medio de postest**Fecha:** _____**Nombre:** _____ **Edad:** _____

- Que sabe acerca del autocuidado
-

- Cuáles son los principales factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares
-

- Cuáles son las principales enfermedades cardiovasculares
-

- Cuáles son las principales complicaciones de las enfermedades cardiovasculares
-

- Que es un accidente cerebrovascular
-

- Como puedo prevenir un accidente cerebrovascular
-

- Que es el tiempo de ventana
-

- Cuál es el tratamiento para el accidente cerebrovascular isquémico en ventana de trombólisis
-

Anexo 8. Instrumento de evaluación de la Estrategia Educativa.

Indicador	1	2	3	4	5	Observaciones
Cuál fue su nivel de comprensión sobre el concepto de autocuidado						
Cuál fue su nivel de comprensión sobre los cuidados que requiere su enfermedad						
Cuál fue su nivel de comprensión del concepto de enfermedad cerebrovascular						
Cuál fue su nivel de comprensión acerca de las conductas de autocuidado que puede realizar para minimizar el riesgo de un accidente cerebrovascular						
Cree que las actividades realizadas fueron adecuadas y suficientes para la información brindada						
Considera que la información brindada le ayuda a cambiar hábitos para mejorar el autocuidado respecto a su enfermedad						
Se sintió bien atendida						
La información fue clara y concisa						
Cree que la forma en que lo hicieron participe de la estrategia educativa fue adecuada						
Como califica su comprensión ante la finalidad de la estrategia educativa						
Como califica las ayudas educativas						
Como califica el contenido de las ayudas educativas						
Como califica la finalidad de la estrategia						

Anexo 9. Consentimiento informado

Estrategia educativa de enfermería en los pacientes con antecedentes cardiovasculares para favorecer la competencia de autocuidado en presencia de un ACV en ventana de trombólisis

Objetivo: Diseñar y ejecutar una estrategia educativa de enfermería para favorecer la competencia de autocuidado en pacientes con antecedentes de enfermedades cardiovasculares en presencia de un ECV en ventana de trombólisis de una institución de tercer nivel de atención en salud en Bogotá.

Fecha: _____

Yo, _____ identificado con el documento numero _____, como paciente _____ o en calidad de acudiente _____, en pleno uso de mis facultades declaro que:

1. He sido informado del objetivo del presente proyecto de gestión, en términos claros y comprensibles.
 2. Comprendo la importancia de mi participación en este proyecto de gestión y entiendo que mis datos serán tratados confidencialmente.
 3. Acepto participar en el presente proyecto de gestión con fines educativos.
 4. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo los fines del presente proyecto.
 5. Entiendo que los riesgos de participar en este proyecto son mínimos, pero que estoy en derecho de negarme en el momento que así lo decida, sin afectaciones a mi persona.
 6. Entiendo que los beneficios de participar en este proyecto son: el fortalecimiento del autocuidado respecto a las enfermedades cardiovasculares y promover la realización del proyecto con mi participación
 7. Comprendo que cualquier duda, inquietud o sugerencia respecto a mi participación la puedo hacer llegar al correo de la oficina de gestión del conocimiento de la Subred Norte ggestionconocimiento@subrednorte.gov.co, de igual manera a la especialista en formación que ejecuta la estrategia gloriasodu@unisabana.edu.co.
- Usted ha elegido participar en este proyecto de gestión libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento.

Datos del paciente que participa en el proyecto	Datos del acudiente
Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
Documento de identidad	Documento de identidad
Dirección	Dirección
	Relación con el paciente

Persona responsable del proyecto	
Nombre y apellidos	Gloria Tatyana Sotelo Duarte
Documento de identidad	1.032.393.989 de Bogotá
Teléfono	3013403037
Correo electrónico	gloriasodu@unisabana.edu.co