



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas

Autora: Campuzano Pincay María José

Tutora: Lic. Galina González

Facultad de enfermería
Carrera de enfermería

Manta, septiembre 2019

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT- 01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de **60** horas, bajo la modalidad de Proyecto de Titulación, cuyo tema del proyecto es “**Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo **CERTIFICO**, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita **Campuzano Pincay María José**, estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2019-2020 (1), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 28 de agosto de 2019.

Lo certifico,

LCDA. GALINA GONZALEZ Mg.
Tutora del trabajo de titulación

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

TÍTULO:

**“AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS
ISQUÉMICAS”**

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del tribunal de seguimiento y evaluación,
legalizada por el honorable Consejo Directivo como requisito previo a la
obtención del título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

SECRETARIA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

LO CERTIFICA

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Proyecto de investigación para la titulación de Licenciada en
Enfermería**

Tema:

Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas

Autor:

Campuzano Pincay María José

Tutor:

Lcda. Galina González

Aprobación del proyecto de investigación:

Calificación del Trabajo Escrito:

Calificación de la defensa:

Nota Final:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, por ser mi fortaleza e iluminar mi mente y corazón en cada proceso de estudio y preparación que me han permitido cumplir mi meta.

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi vida, quienes me han guiado con los mejores preceptos, por sus consejos, apoyo incondicional, comprensión y estímulo para ser una persona de bien.

A mis docentes por impartirme conocimientos en las aulas del saber, en especial a mi estimada tutora Lic. Galina González por ser mi guía durante este proceso.

María José Campuzano Pincay

RECONOCIMIENTO

A Dios, quien ha sido mi guía espiritual que me conduce hacia el camino del éxito, por brindarme las fuerzas necesarias para enfrentar cada reto que se me ha presentado en el camino, quien me ha bendecido con una maravillosa familia y amistades, de alma pura y sincera que han sido partícipes para poder culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres, por su infinito apoyo incondicional en todo momento y etapa de mi vida personal y por ende profesional, siempre estaré infinitamente agradecida.

A mis docentes por compartir sus conocimientos que día a día guiaron mi camino en el aula del saber, que me permitieron continuar con el proceso de preparación estudiantil y culminar con éxito este trayecto tan anhelado

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	I
APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN	III
LO CERTIFICA	IV
DEDICATORIA.....	V
RECONOCIMIENTO	VI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
Diseño Teórico	5
Situación problémica	5
Formulación Del Problema	5
Objeto de estudio	5
Objetivo General.....	5
Campo de acción.....	5
Objetivos Específicos	5
CAPÍTULO I	6
1. Antecedentes de la investigación	6
1.1. Bases teóricas y conceptuales de cardiopatías isquémicas.....	7
1.1.1 Antecedentes de cardiopatías isquémicas	7
1.1.3. Factores de riesgo en pacientes con cardiopatías isquémicas.....	9
1.1.4. Clasificación de cardiopatías isquémicas	11

Infarto agudo de miocardio	12
Angina de pecho estable.....	12
Angina de pecho inestable.....	12
1.2. Teoría de Dorothea Orem.....	13
1.3. Adelanto científico	14
1.4. Bases legales	16
1.5. Principios de la bioética.....	17
CAPÍTULO II	19
MARCO METODOLÓGICO	19
2. MATERIALES Y MÉTODOS	19
2.1. Tipo de investigación.....	19
2.1.1. Diseño de estudio.....	19
2.1.2. Métodos de investigación	20
2.1.3. Población.....	20
2.1.4 Muestra.....	20
2.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.2. Análisis e interpretación de resultados.....	24
Características socioeconómicas y antecedentes cardiovasculares.....	24
Tabla 1: Distribución del promedio de edad en años.....	24
Gráfico 1: Distribución del promedio de edad en años.....	24
Tabla 2: Distribución de pacientes por género	25

Tabla 3: Nivel de instrucción.....	27
Gráfico 3: Nivel de instrucción	27
Tabla 4: Ocupación	29
Gráfico 4: Ocupación	29
Tabla 5: Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo de miocardio en meses.	31
Gráfico 5: Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo de miocardio en meses.	31
Tabla 6: Antecedentes cardiovasculares.....	32
Gráfico 6: Antecedentes cardiovasculares	32
Tabla 7: Asistencia rehabilitación cardiaca.....	34
Gráfico 7: Asistencia rehabilitación cardiaca	34
Tabla 8: Principal apoyo para la salud de los pacientes con cardiopatías isquémicas.....	35
Gráfico 8: Principal apoyo para la salud de los pacientes con cardiopatías isquémicas.	35
Tabla 9: Principal sustento económico en el hogar de los pacientes con cardiopatías isquémicas.	37
Gráfico 9: Principal sustento económico en el hogar de los pacientes con cardiopatías isquémicas.	37
Tabla 10: Nivel de conocimiento respecto a la patología	39
Gráfico 10: Nivel de conocimiento respecto a la patología.....	39

Escala de Barthel	40
Tabla 11: Nivel de autocuidado	40
Gráfico 11: Nivel de autocuidado.....	40
CAPÍTULO III	42
3. INTRODUCCIÓN	42
3.1 Objetivo:	43
3.1.1. Estructura del programa	43
3.1.2. Temas a tratar	43
3.1.3. Aspectos para el logro de objetivos.....	45
3.1.4. Equipo de trabajo	45
3.1.5. Metodología.....	46
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXO	58

RESUMEN

La calidad de vida de las personas, empeora justamente después del diagnóstico, y no presentan mejoría durante su evolución, lo que evidencia desconocimiento por parte del paciente y familiares en relación a la adaptación a los nuevos cambios en los estilos de vida. Para ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, constituido por una muestra de 20 pacientes que pertenecen al programa de rehabilitación cardiaca y que dieron su consentimiento para participar en el estudio, a los cuales se les aplicó la escala Barthel, y un cuestionario nivel de conocimiento sobre la patología de base previamente validado en otros estudios.

El objetivo de la investigación fue el de evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas de la Fundación Miguel Machuca, para promover el autocuidado y mejorar la calidad de vida. Entre los resultados obtenidos se encontraron que: la edad de los pacientes estudiados osciló entre los 61 a 80 años, con predominio del sexo masculino, y un nivel de instrucción primaria.

Las prácticas de autocuidado fueron catalogadas en su mayoría de dependencia moderada representando el 60%, en relación al nivel de conocimiento de los pacientes, el mismo fue insatisfactorio con 80%. Por lo que enfatizamos en la necesidad de fomentar programas educativos como rol fundamental de enfermería dentro del sistema de apoyo educativo, que faciliten el aprendizaje del paciente con respecto al proceso de salud y enfermedad permitiendo identificar hábitos no saludables y mejorar las habilidades que posibiliten empoderarse de su autocuidado para lograr una mejor calidad de vida.

Palabras claves: enfermedades cardiovasculares, cuidado de enfermería, autocuidado del paciente, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

The quality of life of people worsens just after diagnosis, and they do not show improvement during their evolution, which shows ignorance on the part of the patient and family in relation to the adaptation to new changes in lifestyle. For this, a descriptive cross-sectional study was carried out, consisting of a sample of 20 patients belonging to the cardiac rehabilitation program and who gave their consent to participate in the study, to which the Barthel scale was applied, and a level questionnaire of knowledge about the basic pathology previously validated in other studies.

The objective of the research was to develop a training program for people with cardiovascular diseases, to promote self-care and improve the quality of life. Among the results obtained were that: the age of the patients studied ranged from 61 to 80 years, with a predominance of male sex, and a level of primary education.

Self-care practices were cataloged mostly of moderate dependence representing 60%, in relation to the level of patient knowledge, it was unsatisfactory with 80%. Therefore, we emphasize the need to promote educational programs as a fundamental role of nursing within the educational support system, which facilitate the patient's learning regarding the health and disease process, allowing to identify unhealthy habits and improve the skills that make it possible to be empowered to Your self-care to achieve a better quality of life.

Keywords: cardiovascular diseases, nursing care, patient self-care, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Suelen tener su origen en la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas altas en grasas, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia. (OMS, 2017)

Se estima que para el año 2020, las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán en 15 a 20% y, en el año 2030, morirán cerca de 23.6 millones de personas y se pronostica que seguirá siendo la principal causa de muerte a nivel global. Su prevalencia se extiende hacia todas las regiones y estratos sociales de la población. Por lo que se considera un problema de salud pública. (Sánchez Arias & Bobadilla, 2016, pág. 2)

La pirámide poblacional determina que la mayoría de nuestro adultos (75%) tiene menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, en datos absolutos el número de millones portadores de estos factores de riesgo, se ubica en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida. Así, las afecciones cardiovasculares caen dentro del rubro de gastos catastróficos. (Sánchez Arias & Bobadilla, 2016, pág. 2)

Las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor frecuencia en hombres y personas de raza negra independientemente de la edad. Varios estudios demuestran que la calidad de vida de las personas, empeora justamente después del diagnóstico, y no presentan mejoría durante su evolución, lo que evidencia desconocimiento por parte del paciente y familiares en relación a la adaptación a los nuevos cambios en los estilos de vida. (Alves da Silva & Lambert Passos, Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática, 2011, pág. 1)

Según datos de la OMS, en el año 2012, la inversión para las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial sigue siendo escasa, así como la implementación de programas de atención integral en salud que declina los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

El impacto físico y psicoemocional provocado por la enfermedad, y la elevada prevalencia de la depresión, han sido indicados como los principales factores que contribuyen para el daño a la calidad de vida (CV) de esos pacientes a medio y largo plazo. (Alves da Silva, Lambert Passos, & Teixeira Carballo, Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo:, 2011, pág. 526)

El cuidado del paciente con enfermedad cardiovascular requiere de un trabajo en equipo combinado que busque el cumplimiento de objetivos de atención integral y que asegure una gran experiencia al enfermo y su familia, con los mejores estándares de atención. Parte fundamental de este equipo es el grupo de enfermería el cual aborda la atención del paciente en todas las esferas del cuidado y logra una comprensión integral del paciente más allá de los parámetros biológicos que en general direccionan el cuidado médico tradicional. (Urrego, Zuluaga, & Carreño, 2013, pág. 381)

En este sentido es necesario señalar, que una vez que el paciente es dado de alta de la instituciones de salud, requiere de una asistencia periódica al cardiólogo, en cambio no se percibe un seguimiento y monitoreo por parte de la enfermera en el área comunitaria. Toda la información que el paciente recibe se produce durante la estancia hospitalaria, esto trae como consecuencia que en situaciones eventuales el paciente y sus familiares desconozcan el modo de actuación, son varios los estudios que señalan que muchos de estos ingresos y complicaciones son consecuencia de un mal control de la enfermedad y no consecuencia de la normal evolución de

la misma. (Martínez Álvarez, González Lozano, & Álvarez Mon, Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica, 2015, pág. 8)

Numerosos estudios permiten entrever que una evaluación sistemática enfocada en objetivos conducirá a intervenciones tempranas que prevengan o minimicen la severidad de eventos fisiopatológicos adversos, por otra parte, es importante resaltar las bondades de las intervenciones de enfermería en la comunidad respecto al cuidado en el paciente con enfermedad cardiovascular, que se traduce en disminución de la ansiedad y reingresos innecesarios, así como mayor adherencia al tratamiento y a la recomendación de estilos de vida saludable. Además las evaluaciones realizadas por el equipo de enfermería permiten conocer las necesidades del paciente y planear intervenciones que conduzcan a una rehabilitación e inserción temprana en la sociedad. (Blasco Romero, La Enfermería en la rehabilitación cardiaca., 2014, pág. 3)

La intervención multifactorial y la continuidad de cuidados con visitas precoces tras el alta hospitalaria, el papel de la atención primaria tanto del médico como de la enfermera, la capacitación del paciente-familia y su educación iniciada durante el ingreso hospitalario resulta eficaz para evitar reingresos y mejorar la calidad de vida de personas post infarto agudo de miocardio (Domingo, 2017).

El presente trabajo de investigación surge a partir de la necesidad de mejorar el autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas lo cual permite aportar datos significativos relacionados con la patología y factores psicológicos, incorporar la valoración e intervención de enfermería que mejore la calidad de vida, cuya labor se extiende incluso hasta la atención en el domicilio, además de la rehabilitación, orientación en salud y consejería familiar, para afrontar y adaptarse a la enfermedad.

El objetivo general del trabajo consiste en evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas de la Fundación Miguel Machuca, para disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.

Las interrogantes que surgen son las siguientes:

¿Qué características socio-demográficas definen a los pacientes con cardiopatías isquémicas de la fundación Miguel Machuca?

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con cardiopatías isquémicas la fundación Miguel Machuca?

¿Cómo es el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas y sus familiares la fundación Miguel Machuca?

Las tareas que permitirán respaldar y garantizar la eficacia del estudio son:

- Sustentar teóricamente la problemática a estudiar.
- Aplicar instrumento de investigación que permita conocer las características socio-demográficas y clínico-epidemiológicas de los pacientes con cardiopatías isquémicas.
- Medir el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas.
- Determinar los contenidos que deben conformar el plan de capacitación.
- Elaborar un plan de capacitación para personas que padecen enfermedades cardiovasculares que aumente el conocimiento y cuidado de los pacientes, en definitiva disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.

Diseño Teórico

Situación problemática

Déficit en el nivel de conocimiento en pacientes con cardiopatías isquémicas conduce a la práctica inadecuada de estilos de vida incluyendo interrupciones en el tratamiento farmacológico, lo cual trae como consecuencia complicaciones (angina inestable, crisis hipertensivas, etc.) y disminución de la calidad de vida.

Formulación Del Problema

¿Qué acciones de salud contribuyen elevar el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas que permitan mejorar el autocuidado?

Objeto de estudio

Nivel de conocimiento en pacientes con cardiopatías isquémicas.

Objetivo General

Evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes con cardiopatías isquémicas de la Fundación Miguel Machuca.

Campo de acción

Cultura del autocuidado sustentado en el nivel de conocimiento en relación a su patología base (cardiopatías isquémicas).

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población adulta con cardiopatías isquémicas de la Fundación Miguel Machuca.
- Determinar las características clínico-epidemiológicas de la población adulta con cardiopatías isquémicas de la Fundación Miguel Machuca.
- Elaborar un programa de capacitación a personas con cardiopatías isquémicas, para mejorar la calidad de vida y evitar rehospitalización.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes de la investigación

La rehabilitación cardiaca, ha demostrado tener efectos beneficiosos en la reducción de morbimortalidad cardiaca, en la reducción de los factores de riesgos cardiovasculares, en la mejora de la salud y la calidad de vida del paciente tras un evento coronario. No obstante, a pesar de estar avalada por distintas organizaciones como la Sociedad Europea de Cardiología, los programas están infrautilizados. El papel de enfermería es trascendental ya que coordina y vela por el cumplimiento y seguimiento. (Blasco Romero, La enfermería en la rehabilitación cardiaca, 2014, pág. 4)

Los cambios en el estilo de vida en pacientes con cardiopatías isquémicas, la adherencia al tratamiento farmacológico y la reducción de factores de riesgo modificables, son claves en la prevención secundaria de estas patologías, pero para alcanzar ese objetivo, es imprescindible el protagonismo y participación activa del paciente en la gestión de su enfermedad, así como la ayuda y soporte de profesionales que promuevan los autocuidados y la elección de conductas saludables, condicionadas en muchas ocasiones por factores personales, sociales y culturales. (Martínez Álvarez, González Lozano, & Álvarez Mon, Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica, 2015, pág. 9)

Estudios revelan que es impresionante que los pacientes tengan insuficiente conocimiento de su enfermedad. Se ha comunicado que como bajo nivel de autocuidados se asocia a peor control de la hipertensión arterial; mientras que con la utilización de programas de educación se evidencian mejoras en el grado de conocimientos en cardiopatías isquémicas, calidad de vida y número de reingresos por insuficiencia cardiaca y en calidad de vida y morbimortalidad en la diabetes mellitus. (Costero, Sánchez , & Raúl Moreno, 2013)

1.1. Bases teóricas y conceptuales de cardiopatías isquémicas

1.1.1 Antecedentes de cardiopatías isquémicas

Según (OMS, 2019) define a las enfermedades cardiovasculares como un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa.

En las enfermedades cardiovasculares se debe priorizar la atención en salud a las personas que tengan prevalencia de riesgo y que sean personas con bajos recursos, fomentando la prevención y evitar el aumento de las mismas, a través de los conocimientos de enfermería generar autoconciencia sobre la importancia de la calidad de vida. (Ingrid Mileyda Martínez Guevara, 2016)

Según (Protección, 2016), los programas integrales de rehabilitación post evento cardíaco, disminuyen en gran magnitud la rehospitalización y mortalidad, acompañado siempre de actividad física y psicológica.

(Castro & Ortega, 2017) Sugieren la necesidad de fortalecer o generar un programa de rehabilitación cardíaca, con la finalidad de reducir la probabilidad de un segundo infarto a corto plazo y evitar la presencia de comportamientos no saludables, y también con la meta de hacer responsables a las personas sobre las decisiones de cambio de sus conductas. A su vez, se convierte en un área de oportunidad para el profesional de enfermería para potenciar el autocuidado y la gestión de enfermedades de riesgo y complejas. Finalmente, se puede decir que la cardiopatía isquémica afecta frecuentemente a personas mayores de 50 años, los estilos de vida y los factores de riesgo coronario juegan un papel importante en su aparición.

(Gutiérrez Barreiro & Gómez Ochoa, 2018) manifiestan que los pacientes con cardiopatías isquémicas poseen la capacidad de tomar decisiones sobre su salud y de responsabilizarse por sus propios cuidados, desarrollando así las capacidades cognitivas, las motivaciones y la confianza necesaria para emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de alcanzar una meta propuesta.

A nivel mundial la inversión para las patologías cardiovasculares sigue siendo escasa, al igual que la implementación de programas de atención integral en salud que decline los factores de riesgo en el tratamiento de las mismas. La calidad de atención en pacientes cardiovasculares, debe ser optimizada mediante el conocimiento que genere el personal de salud, que aumente el cuidado de los pacientes y los resultados, en definitiva disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida. (Álvarez Piñera, 2017)

Las personas que sufren patologías cardíacas con mayor frecuencia presentan sintomatología psicológica, esto se debe a los antecedentes de enfermedades que aparecen de manera directa y que incluso llegan a intervenciones quirúrgicas, la calidad de vida desciende, causando ansiedad y depresión, porque les impide realizar las actividades cotidianas, menciona (Joaquín Mateu-Mollá, 2017).

Es de vital importancia que después de un evento cardíaco decline el consumo de sustancias nocivas (tabaco y alcohol), con el fin de prevenir un nuevo acontecimiento, siguiendo con el tratamiento e indicaciones médicas, que se inician desde la hospitalización, en la que son parte el equipo de salud, que debe extenderse hasta la rehabilitación de la persona. (Fernández M. , 2017)

Enfermería es un importante ente en el cuidado y calidad de vida de las personas, aportando de manera significativa a información de patologías y factores psicológicos, incorporando la valoración e intervenciones, cuya

labor se extiende incluso hasta la atención en el domicilio, rehabilitación, orientación en salud y consejería familiar, para afrontar y adaptarse a la enfermedad. (Ana María López Beltrán, 2017)

El personal de enfermería debe estar totalmente capacitado para la atención de pacientes con cardiopatías isquémicas, debido a las complicaciones que pueden presentar, con conocimientos y destrezas actualizadas que contribuyan a la mejoría de la salud de la persona, priorizando las necesidades de acuerdo a la patología. (Estefanía., 2017)

1.1.3. Factores de riesgo en pacientes con cardiopatías isquémicas

Los factores de riesgo en cardiopatías isquémicas (que hoy son bien conocidos por gran parte de la población) son numerosos, pero los más importantes son la hipertensión arterial, el tabaquismo, los niveles elevados de colesterol en sangre y la diabetes. Otros factores de riesgo tienen relación con los anteriores: por ejemplo, la obesidad y el sedentarismo. Existen otros cuya participación es compleja, como el estrés, y por último hay algunos que aún no conocemos o cuya importancia empezamos a entrever. Además, se consideran factores de riesgo la edad, el sexo masculino y los antecedentes de la misma enfermedad en la familia, lo que probablemente traduce la importancia del sustrato genético. (Cardiofamilia, 2018)

Los factores de riesgo cardiovascular están relacionados con las características personales, estilos de vida o problemas de salud de cada persona que pueden dañar las arterias y causar arteriosclerosis. Algunos de estos factores no se pueden modificar, como la edad o el sexo, pero hay que prestar una atención especial a la prevención y control del resto. (Sabaté & Farrero , 2018)

Los FRCV son cualquier hábito, característica o rasgo que aumenta las probabilidades de que un individuo concreto desarrolle enfermedad cardiovascular. Si bien la existencia de un factor de riesgo en concreto no

implica una relación causal directa con la enfermedad, en numerosos estudios epidemiológicos se ha evidenciado una fuerte asociación entre estas situaciones y la aparición de enfermedad cardiovascular clínica. En los últimos años, se ha constatado un notable avance en el control de algunos de estos FRCV como la dislipidemia en pacientes de nuestro medio seguidos por cardiopatía isquémica en las consultas de cardiología, pero parece claro que en otros, como el control de la obesidad, el tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA), queda aún mucho camino por recorrer para conseguir su control en la población de alto riesgo. (Alcalá & Maicas, 2017)

Como principal factor de riesgo en las enfermedades cardiacas es la falta de actividad física, un estilo de vida sedentario, que aumenta la probabilidad de hipertensión, y obesidad, el personal de enfermería a través de programas de prevención recomienda realizar ejercicios aeróbicos para disminuir la mortalidad cardiovascular menciona (Ivonne Brevis Urrutia, 2014).

- El **tabaco** es un factor de riesgo de primer orden, como también lo es para otras enfermedades, como el cáncer de pulmón. Pero sobre todo es relativamente fácil eliminar este riesgo, si se compara con otros factores. Basta con decidir dejar de fumar, y ser capaz de perseverar en esa decisión. La motivación en ese proceso es clave. Para el que ha tenido un infarto, la motivación es evidente. Para quien nunca ha tenido problemas de salud puede ser algo más difícil, pero posiblemente le ayude saber que la expectativa de vida promedio de los fumadores es diez años más corta que la de los no fumadores.
- La **tensión arterial elevada (hipertensión arterial, HTA)** es también un importante factor de riesgo, que en España afecta casi a una cuarta parte de la población; el porcentaje más elevado se localiza en los grupos de edad avanzada. El control de las cifras de tensión requiere con frecuencia el empleo de medicamentos, pero ciertas medidas que tienen que ver con el estilo de vida pueden ser muy útiles: un ejercicio adecuado, una alimentación correcta y evitar

el sobrepeso. Estas mismas medidas son también útiles para intentar corregir otro de los factores de riesgo fundamentales: el colesterol.

- El **colesterol**, del que existen diversas fracciones, es un elemento esencial que interviene en una serie de procesos clave de nuestro organismo; pero cuando se encuentra en exceso desempeña un papel decisivo en la formación de las placas que obstruyen las arterias coronarias. Además, hoy por hoy nos resulta difícil establecer cuál es el límite deseable que deberíamos alcanzar, pues –al menos en las personas que ya han padecido un infarto– cuanto más bajo consigamos mantenerlo, mejor es el pronóstico posterior. Como se ha dicho antes, existen distintas fracciones de colesterol, y una de ellas, el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad, o colesterol HDL, ejerce un efecto protector sobre las arterias. Hay ciertas personas cuyo principal factor de riesgo es, precisamente, que ese colesterol bueno se encuentra en límites bajos, y, aunque existen fármacos eficaces para elevar sus cifras, una de las medidas más adecuadas para conseguir este objetivo es el ejercicio físico.
- La **diabetes** se está convirtiendo en un factor de riesgo de primera magnitud, de presentación cada vez más frecuente y con una particular incidencia en las mujeres. Nuevamente su aparición está ligada a excesos en la alimentación y a una vida cada vez más sedentaria. Su tratamiento incluye, claro es, medidas farmacológicas; pero, de nuevo, los cambios en el estilo de vida son de crucial importancia. (cardiofamilia, 2019)

1.1.4. Clasificación de cardiopatías isquémicas

La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). Se clasifica en:

Infarto agudo de miocardio

Es una enfermedad grave que ocurre como consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. La consecuencia final de la obstrucción de la arteria es la muerte (necrosis) del territorio que irriga la arteria obstruida. Por tanto, la importancia del infarto de miocardio dependerá de la cantidad de músculo cardíaco que se pierda. El infarto suele ser un evento inesperado que se puede presentar en personas sanas, aunque generalmente es más frecuente en quienes tienen factores de riesgo y en enfermos que ya han padecido otra manifestación de cardiopatía isquémica.

Angina de pecho estable

La angina de pecho estable es un síntoma de dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. Quienes la han sufrido la definen con términos como opresión, tirantez, quemazón o hinchazón. Se localiza en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierdos. Suele durar entre 1 y 15 minutos. El dolor de la angina se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos con reposo o nitroglicerina sublingual. Suele empeorar en circunstancias como anemia, hipertensión no controlada y fiebre. Además, el tiempo frío, el tabaquismo, la humedad o una comida copiosa pueden incrementar la intensidad y la frecuencia de los episodios anginosos.

Angina de pecho inestable

Suele ser signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte súbita. La angina inestable se desencadena igual que el infarto, pero en este caso no existe una oclusión completa de la arteria coronaria por el trombo y no se ha llegado a producir muerte de células cardíacas. Se manifiesta en reposo por un dolor u opresión que empieza en el centro del pecho y puede extenderse a brazos, cuello, mandíbula y espalda. Es decir, los síntomas son iguales a los del infarto, aunque generalmente de menor

duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un infarto, una arritmia grave o muerte súbita. (Pérez, s.f.)

1.2. Teoría de Dorothea Orem

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo 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; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

1.3. Adelanto científico

Varios nuevos enfoques terapéuticos están en investigación: reducir la inflamación, mitigar la injuria de reperfusión, inducir la regeneración del miocardio y mejorar el remodelamiento adverso. Con la excepción de la inhibición de los ECA, hasta ahora no se demostró que fueran útiles.

Un análisis de sangre que mida el nivel de microvesículas en plasma puede ayudar a predecir los infartos hasta tres años antes de que sucedan, según un estudio realizado por las investigadoras Lina Badimon y Teresa Padró en el Instituto Catalán de Ciencias Cardiovasculares (ICCC), quienes manifiestan que uno de los principales problemas que sigue habiendo en medicina y, en especial, en el área cardiovascular es que resulta muy difícil poder predecir cuándo un paciente va a tener un evento isquémico agudo, ya que los marcadores actuales son poco sensibles.

El estudio, que se ha presentado en el Congreso Europeo de Cardiología, que congrega a 30.000 cardiólogos en Barcelona, ha demostrado que el nuevo biomarcador se detecta mediante el análisis de plasma sanguíneo y predice la aparición de futuros eventos isquémicos, como infartos agudos de miocardio, en pacientes con hipercolesterolemia familiar con alto riesgo cardiovascular. (Padró, 2017)

La cardióloga del Complejo Hospitalario de Jaén, María Rosa Fernández, desarrolla un proyecto de investigación para crear una aplicación de móvil que realice un seguimiento domiciliario a los pacientes en rehabilitación cardíaca, de forma que se consiga mejorar su asistencia y reducir sus costes.

Este estudio científico, donde también colaboran profesionales de la Universidad de Jaén (UJA), pretende crear una aplicación para teléfonos móviles donde se encontrará memorizado el tratamiento de las personas que hayan sufrido un infarto, con sus ejercicios físicos recomendables, consejos de alimentación y comportamiento o un enlace con el ordenador de su médico para que pueda corregir de inmediato sus hábitos de vida.

Fernández ha explicado que la aplicación "será como un reloj inteligente, que crearemos con la colaboración de varios ingenieros informáticos". Ha indicado que espera que dentro de unos seis meses puedan realizar la primera prueba sobre el funcionamiento de la innovación tecnológica, tras la que se probará con pacientes. "Esto supondrá poder atender mejor y a

más personas y con menos dinero, porque no tendrán que ir tanto a centros sanitarios para seguir sus terapias de rehabilitación, sino que sólo les bastará con mirar su móvil", ha asegurado. (Fernández M. R., 2018)

En la Universidad de Minesota han desarrollado el primer corazón artificial que late con normalidad a partir de tejidos animales. En un futuro esta técnica podría usarse para fabricar órganos a la carta. En el Hospital Universitario de Munich utilizan células del cordón umbilical para curar corazones dañados. Este avance hará posible que niños con problemas cardiacos reciban prótesis de sus propias células evitando el rechazo. En el Hospital General de Masachusets han desarrollado un nuevo sistema visual mediante el cual pueden verse las arterias humanas en 3D, esto permite ver y cuantificar diferentes problemas cardiacos, lo cual facilita el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afecten a los vasos sanguíneos.

En la Universidad de Texas han desarrollado el test de la saliva, mediante el cual se puede diagnosticar un ataque al corazón, tanto si está sufriendo como si se sufrirá. Este sistema podrá usarse en ambulancias y farmacias. Investigadores italianos han descubierto que el chocolate **es** bueno para el corazón, media tableta a la semana puede ser cardiosaludable debido a la cantidad de antioxidantes procedentes de las semillas del cacao. (Fundación del corazon, s.f.)

1.4. Bases legales

El **art.32** de la Constitución de la República del Ecuador (2008), sostiene que la salud es un derecho que garantiza el Estado y la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Son claves los artículos **358** al **366** en la Constitución de la República sobre la salud, pues aquí se proclama el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto, se

exige de los poderes públicos y privados es que presten un mejor servicio en esta materia, en atención fundamentalmente al respeto de la dignidad del ser humano, es la principal característica del Estado constitucional de derechos y justicia.

De acuerdo al **objetivo 3 del buen vivir**, establece mejorar la calidad de vida de la población y la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. (Buen Vivir, 2019)

En salud, el **Consentimiento informado** es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. En palabras más simples, es un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos. (Vera Carrasco, 2016)

1.5. Principios de la bioética

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No-maleficencia: No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación

De acuerdo al estudio abordado en referencia a "Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas" y en función de sus objetivos, se realizó un estudio **no experimental**, definido de esta forma por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuáles se recolectan los datos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

La investigación está enmarcada en un **enfoque cuantitativo**, este, refleja una filosofía determinista basada en el paradigma o escuela del pensamiento positivista, cuyo propósito es examinar la causa, y cómo diferentes causas interactúan y/o influyen en los resultados; desarrollado bajo el **método científico deductivo**, donde la mayor parte de las ideas o conceptos se reducen a variables, y las relaciones entre ellas son sometidos a test. El conocimiento resultante está basado en la observación, medición e interpretación cuidadosa de la realidad objetiva. (Sousa Valmi, Driessnack, & Mendes, 2007).

2.1.1. Diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio correlacional, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, ya que los datos son recolectados en un momento único, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Fellows & R Liu, 2015)

Según el conocimiento que se tiene del objeto de estudio, se clasifica en estudio de **tipo descriptivo**, ya que se refiere a la investigación que provee un retrato preciso de las características de un individuo en particular, de una situación, o de un grupo, conocida también como investigación

estadística. . (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

2.1.2. Métodos de investigación

Los métodos empleados fueron:

- **Descriptivo:** la investigación identifica y toma nota de los aspectos o condiciones que conllevan los usuarios a disminuir el autocuidado.
- **Analítica.** – la investigación estudia nivel de conocimiento sobre la patología de base, las características sociodemográficas, clínicas epidemiológicas y el autocuidado de los usuarios con cardiopatías isquémicas.
- **Sintética.** - la investigación diagnosticará un muestreo de persona durante un tiempo determinado. En ese caso, el encuestador preguntará a la persona y a partir estas preguntas, es capaz de descubrir el nivel de conocimiento, las características socioeconómicas, clínicas epidemiológicas y el autocuidado de la población con cardiopatías isquémicas.

2.1.3. Población

La población estuvo conformada por 21 pacientes con cardiopatías isquémicas, que asisten al programa de rehabilitación cardíaca de la Fundación Miguel Machuca.

2.1.4 Muestra

Una muestra es un conjunto de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto (Tamayo y Tamayo, 2010).

El tamaño de la muestra se calculó empleando la fórmula para establecer la significancia del coeficiente de correlación entre dos variables, se aplicó un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% se obtuvo una muestra de 20 participantes.

Se realizó la determinación de la muestra (n) con la aplicación de la fórmula

propuesta por Torres, Paz y Salazar (2002), que se estructura en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + Ne^2}$$

Cuyos miembros se definen como:

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

.Z = Nivel de confiabilidad

p = Probabilidad de ocurrencia

q = Probabilidad de no ocurrencia 1 – 0,5

N = Población

e= Error de muestreo

Tabla 1: Nivel de Confianza.

Nivel de confianza	Z
99,7	3
99	2,58
98	2,33
96	2,05
95	1,96
90	1,645
80	1,28
50	0,674

Tabla 2: Cálculo de muestreo de los usuarios intervenidos de cirugía cardíaca.

Parámetro	Insertar valor
N	21
Z	1,96
P	50%
Q	50%
E	5%

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + Ne^2}$$
$$n = \frac{(1,96)^2 (0.5)(0.5)(21)}{(1,96)^2 (0.5)(0.5) + 21(0.05)^2}$$
$$n = 20$$

Se realizó un muestreo aleatorio de tipo probabilístico obteniéndose una muestra de 20 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que pertenecen al programa de rehabilitación cardiaca
- Pacientes que asisten a consulta externa
- Pacientes que acepten participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Usuarios que no deseen participar del estudio
- Pacientes con deficiencias en el estado cognitivo, auditivo, visual y que no puedan comunicarse por sí solos.

De igual forma, se excluyeron los pacientes con cardiopatías diferentes a cardiopatías isquémicas.

Por otra parte, para salvaguardar la confidencialidad e intimidad de los participantes se respetó la capacidad de decisión, aplicando el consentimiento informado, donde se aclararon los objetivos del estudio, el procedimiento, los beneficios y los posibles riesgos, al igual que la participación voluntaria.

2.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Recolección de datos

La recolección de los datos de los pacientes, en este estudio se obtuvo a partir de la historia clínica que registra características socioeconómicas y antecedentes patológicos, entre ellos: edad, género, nivel de instrucción,

ocupación, tiempo transcurrido del último infarto agudo de miocardio, antecedentes cardiovasculares, asistencia a rehabilitación cardiaca, principal apoyo para la salud, y sustento económico del hogar.

Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados para la realización de la investigación tenemos: la historia Clínica, para determinar la capacidad de agencia de autocuidado se utilizó la escala Barthel, que mide diez dimensiones: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orina. Barthel consta de una escala de tres apreciaciones (dependencia leve >91, dependencia moderada 61 -90, dependencia severa <60).

Se utilizó la escala para medir el nivel de conocimiento en pacientes con cardiopatía isquémica, conformada por cinco dimensiones: conoce el nombre de su enfermedad, identifica los signos y síntomas de alarma de la enfermedad, tiene conocimiento de los nombres de los medicamentos utilizados en su tratamiento, sabe que tipo de dieta debe consumir, comprende la importancia de la actividad física y cuales son ejercicios que debe realizar de acuerdo a su estado. Está compuesta en una escala de 1-5 puntos, donde la suma total por cada ítems debe ser 25, para medir si el nivel de conocimiento es satisfactorio debe ser >12 e insatisfactorio <12.

Para la obtención de datos se aplicó los instrumentos de manera individual a pacientes con cardiopatía isquémica y posterior se realizó a una suma total con cuadros estadísticos en Excel para sacar el porcentaje general de cuántos pacientes en autocuidado tienen dependencia leve, moderada y severa, así mismo en el nivel de conocimiento, satisfactorio e insatisfactorio, para poder relacionar estas variables.

Procedimiento para la investigación

Todo paciente con cardiopatías isquémicas, y cumplió con los criterios de inclusión, se le aplicó el modelo de consentimiento informado para

investigación, se le procedió a realizar la escala de Barthel en el que fue valorado el autocuidado y medir nivel de conocimiento de la patología base. Se realizó además la revisión de la historia clínica. Los datos fueron asentados en la hoja de registro de la información, diseñada previamente.

Los datos obtenidos fueron procesados en Excel. El análisis descriptivo de los indicadores se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

2.2. Análisis e interpretación de resultados

Encuesta dirigida a usuarios que asisten al programa de rehabilitación cardíaca de la Fundación Miguel Machuca.

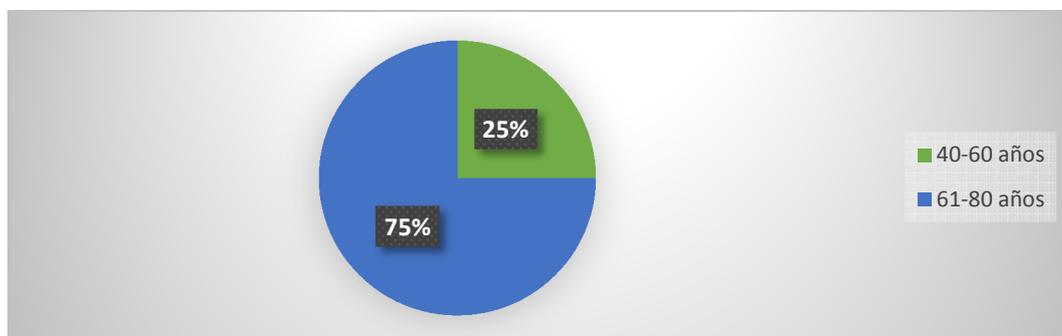
Características socioeconómicas y antecedentes cardiovasculares.

Tabla 1: Distribución del promedio de edad en años

RANGOS DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje
40-60 años	5	25%
61-80 años	15	75%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 1: Distribución del promedio de edad en años



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 1 se evidencia que la mayor parte de encuestados el 75% (15) corresponden a

edades de 61- 80 años, por tanto se evidencia que los pacientes con cardiopatías isquémicas de esta muestra son de mayor rango de edad.

Discusión:

Estudios revelan que el envejecimiento de la población en todo el mundo dará lugar a un número creciente de pacientes ancianos, en los que la cardiopatía es la principal causa de muerte. Desde 1980, en Ecuador existe un aumento en la proporción de personas mayores en la población

La primera causa de muerte de las personas de más de 65 años es la cardiopatía, que plantea considerables dificultades para el diagnóstico y el tratamiento. La asistencia de los pacientes ancianos con trastornos cardiacos tiene múltiples diferencias importantes respecto a la de los pacientes de menor edad con los mismos diagnósticos. (F. Jackson & Nanette K. , 2011, pág. 697)

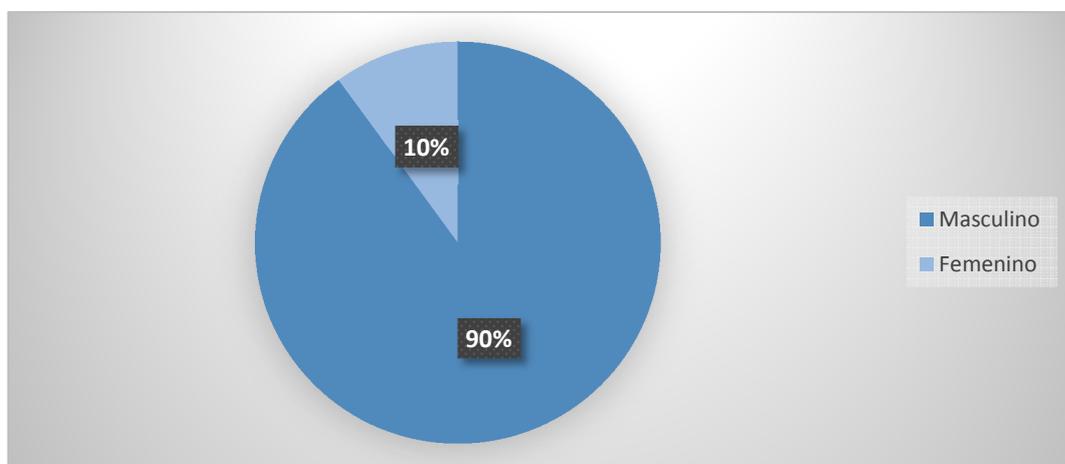
P2. Género

Tabla 2: Distribución de pacientes por género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	18	90%
Femenino	2	10%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 2: Distribución de pacientes por género



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- En el presente estudio la mayor parte de los pacientes que presentan cardiopatías isquémicas son de género masculino que corresponden al 90% de la muestra.

Discusión

Pocos estudios informaron una prevalencia de mujeres (de Oliveira, de Sena, Frota, & de Oliveira, 2010, pág. 237)

(Batista González, 2015, pág. 684) Señala en la investigación que el sexo más afectado por infarto agudo de miocardio fue el masculino, lo que coincide con otros estudios. Se conoce el papel cardioprotector de los estrógenos que protege a las mujeres premenopáusicas de la cardiopatía isquémica, aunque en la posmenopausia la reducción de la función ovárica incrementa ese riesgo.

En este sentido, la cardiopatía isquémica (CI) es una de las enfermedades donde se pueden ejemplificar claramente las diferencias biológicas y las desigualdades sociales. Las mujeres presentan la enfermedad en edades más avanzadas que los hombres, la forma de aparición es más frecuentemente «atípica» y está asociada con una mayor comorbilidad y gravedad. Por tanto, el tratamiento y el pronóstico son diferente. Además, también se han observado diferencias en relación con el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, así como en las actitudes adoptadas cuando aparecen los primeros síntomas.

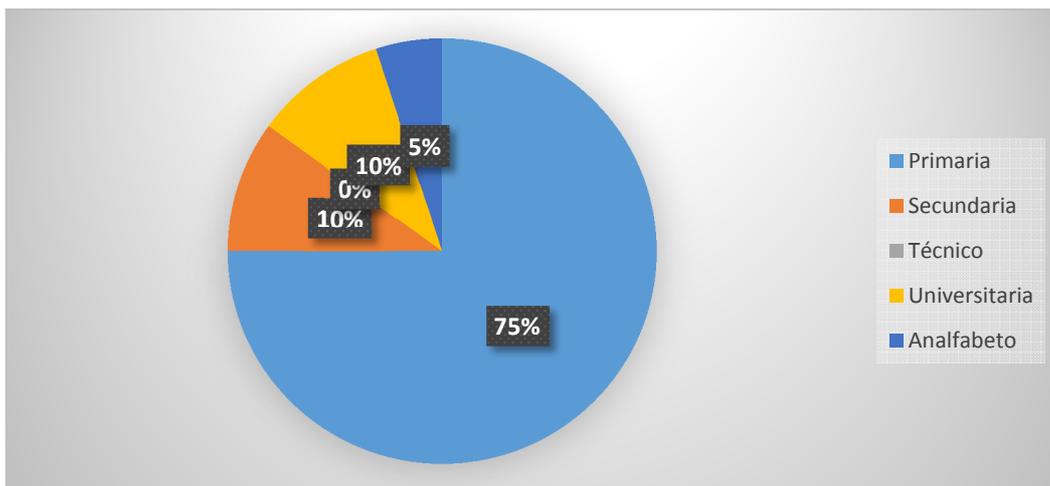
Tanto los hombres como las mujeres comparten algunos factores de riesgo cardiovascular, es conocido que el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol son considerablemente menos frecuentes en las mujeres. Algunos estudios transversales sobre la prevalencia de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes no muestran unas diferencias relevantes entre sexos en cuanto a la exposición a estos factores. (Rohlfs, 2004)

Tabla 3: Nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	15	75%
Secundaria	2	10%
Técnico	0	0
Universitaria	2	10%
Analfabeto	1	5%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 3: Nivel de instrucción



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 3 se evidencia que, 15 de los encuestados equivalentes al (75%) manifiestan que estudiaron la primaria, se demuestra que la mayor cantidad de pacientes solo han cursado educación básica.

Discusión:

(Kubota, 2017) Señala que los hombres y las mujeres con un nivel educativo más bajo podrían tener un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular a lo largo de su vida. Así lo muestra un estudio

llevado por investigadores de la Universidad de Minnesota (EE.UU.) y publicado en la revista « JAMA Internal Medicine», en el que se concluye que la desigualdad educativa es uno de los factores socioeconómicos más importantes que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares.

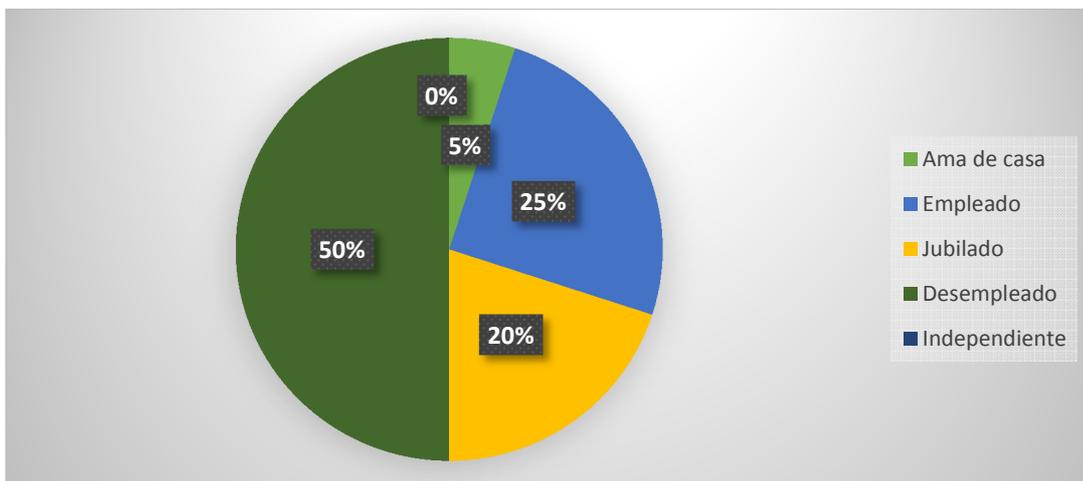
Si nos remontamos a años anteriores, el modelo educativo, dependía de las mujeres, se encargaban de casi toda la enseñanza, mientras que la figura paterna se centraba en aspectos más concretos y ligados con la subsistencia, como por ejemplo la caza o la supervivencia. Se trataba de un sistema muy primario e individual, donde los más pequeños aprendían de sus propios padres los conocimientos básicos para dar respuesta a las necesidades básicas. El periodo actual también merece ser destacado dentro de la historia, gracias al cambio derivado de la tecnología y las posibilidades que ofrece su integración en las aulas. De su mano, tenemos acceso a una educación más personalizada, pudiendo atender las necesidades específicas de cada persona y adaptando el ritmo de aprendizaje a sus capacidades. (Capital, 2015)

Tabla 4: Ocupación

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	1	5%
Empleado	5	25%
Jubilado	4	20%
Desempleado	10	50%
Independiente	0	0%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 4: Ocupación



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 4 se evidencia que, el 25% (5) tienen empleo, 4(20%) son jubilados, 10 de los encuestados que corresponde al 50%, indican que no tienen empleo, estudios revelan que después de padecer infartos la suma de desempleados aumenta por lo general después del primer evento.

Discusión:

El desempleo conlleva a consecuencias para la salud cardiovascular de las personas que pierden su trabajo. Según el equipo de investigadores de la Universidad de Duke, Carolina del Norte (Estados Unidos), la inestabilidad laboral es una de las principales fuentes de tensión que afecta a un número

cada vez mayor de adultos en los Estados Unidos, aunque poco se sabe sobre el efecto acumulativo de las múltiples pérdidas de empleo y desempleo en el riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio (IAM). (Fundación Española del Corazón, 2010)

(Vicente Sánchez, 2016, pág. 27) Indica que la cardiopatía isquémica es una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados. Esta afección dificulta la reincorporación al trabajo de los pacientes que lo padecen, además de influir substancialmente en todo el entorno en que se desenvuelven. Esta afirmación justifica porqué las personas entre 40 y 50 años son los más afectados cuando se estudia la incapacidad o invalidez laboral por enfermedades crónicas y/o relacionadas con la actividad laboral que desarrollan.

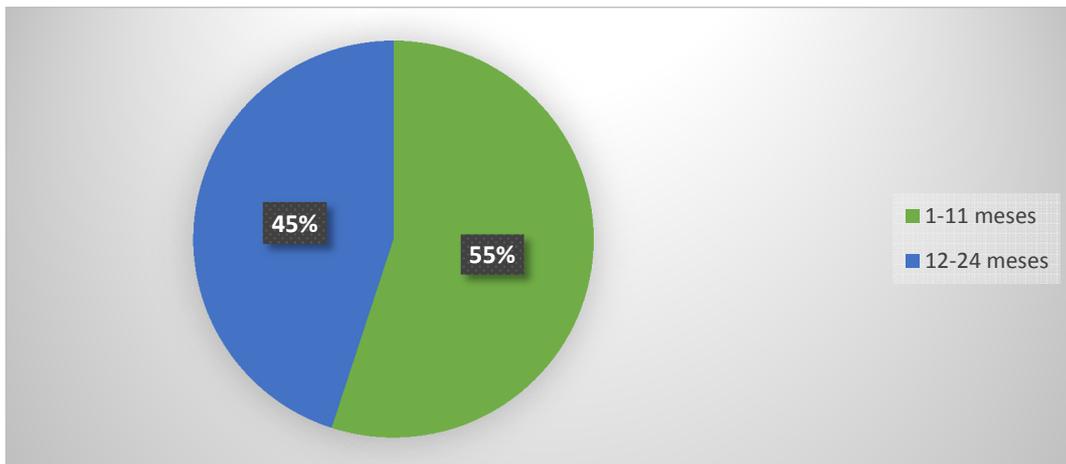
La CI produce diferentes grados de incapacidad laboral, porque está muy ligada a la asociación de otras enfermedades crónicas y factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Tabla 5: Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo de miocardio en meses.

RANGOS DE TIEMPO ÚLTIMO INFARTO	Frecuencia	Porcentaje
1-11 meses	11	55%
12-24 meses	9	45%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 5: Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo de miocardio en meses.



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 5 se evidencia que, 11 de los encuestados equivalentes al (55%) manifiestan que el tiempo transcurrido del último episodio de infarto fue entre 1-11 meses y el 45% (9) corresponde al rango de 12-24 meses. De acuerdo con los datos los pacientes han presentado el último infarto agudo de miocardio en menos de un año.

Discusión:

(Alexopoulos., 2015) Manifiesta que hasta un 20% de los pacientes sufren episodios isquémicos entre 1 y 4 años después de sufrir un infarto de miocardio.

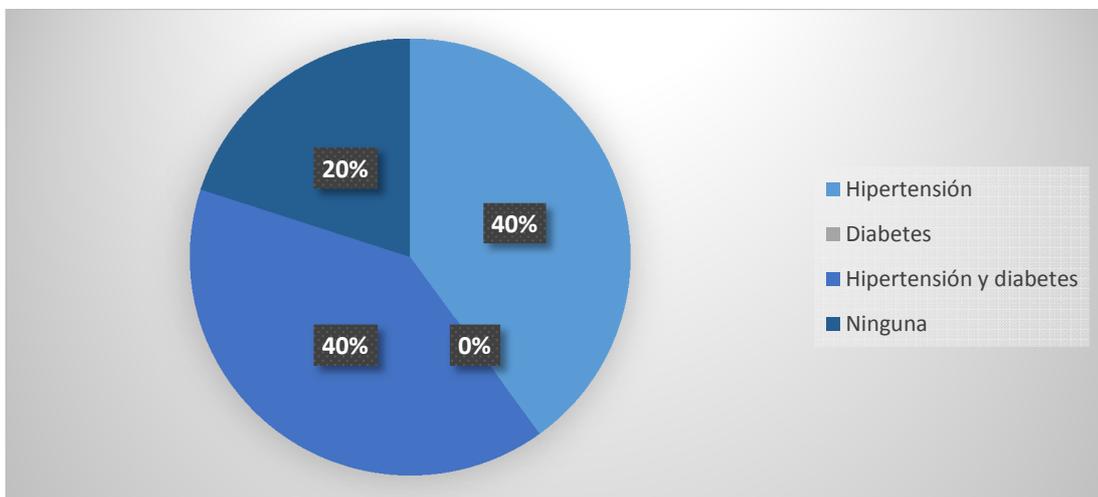
Varios estudios han analizado los reingresos por IAM a 6 meses y a 1 año de pacientes que han sobrevivido a la hospitalización tras el IAM inicial. El reingreso tras un IAM es frecuente, y se da en un 8-20% en el primer año. En consecuencia, las tasas de reingreso deben ser un parámetro de valoración importante en los test clínicos. (Andrés, Cordero, & Magán, 2012)

Tabla 6: Antecedentes cardiovasculares

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	8	40%
Diabetes	0	0%
Hipertensión y diabetes	8	40%
Otras	4	20%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 6: Antecedentes cardiovasculares



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 6 se evidencia que, 8 de los encuestados equivalentes al (40%) padecen con antecedente patológico hipertensión, 40% (8) son hipertensos y diabéticos y el 4 (20%) corresponde a pacientes con otras patologías. Se señala a la diabetes e hipertensión como antecedentes cardiovasculares principales.

Discusión:

(Feng, 2017) Menciona que la relación de la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares constituye un importante problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad, alto costo individual, social y económico, disminución de la calidad de vida, ausentismo laboral e incremento de los gastos en salud pública por la necesidad de estudios complementarios y procedimientos terapéuticos complejos.

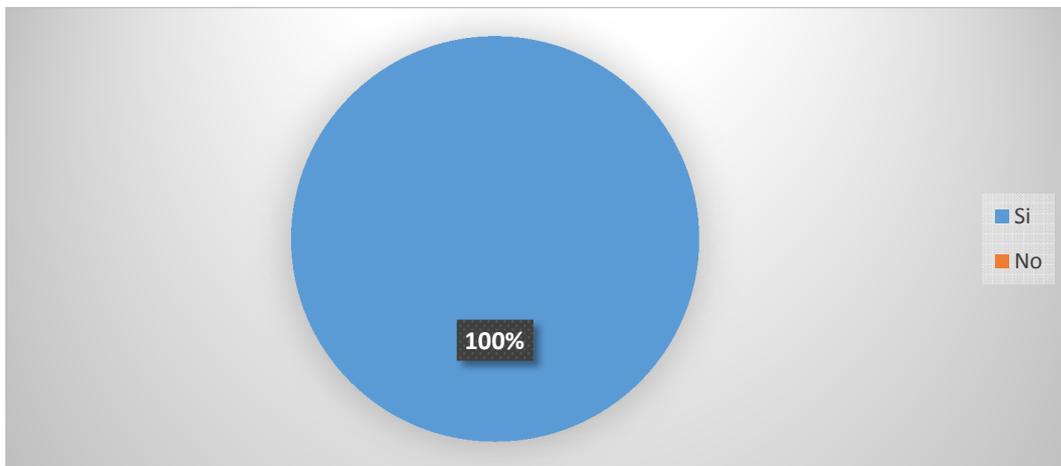
La Diabetes mellitus se asocia con ciertos factores de riesgo cardiovascular, como obesidad, hipertensión, dislipidemia, alteraciones de la coagulación, sedentarismo y tabaquismo, lo que la convierte en un importante problema de salud. Por cada factor de riesgo presente, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular es tres veces mayor en personas con diabetes que en la población en general.

Tabla 7: Asistencia rehabilitación cardiaca

REHABILITACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 7: Asistencia rehabilitación cardiaca



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 7 se evidencia que, los 20 encuestados que corresponden al 100% asisten a rehabilitación cardiaca.

Discusión:

(Campos Vera & Rivas , 2018) Manifiestan que los programas de rehabilitación cardíaca engloban todas las medidas para realizar prevención secundaria en estos pacientes y mejorar la morbimortalidad.

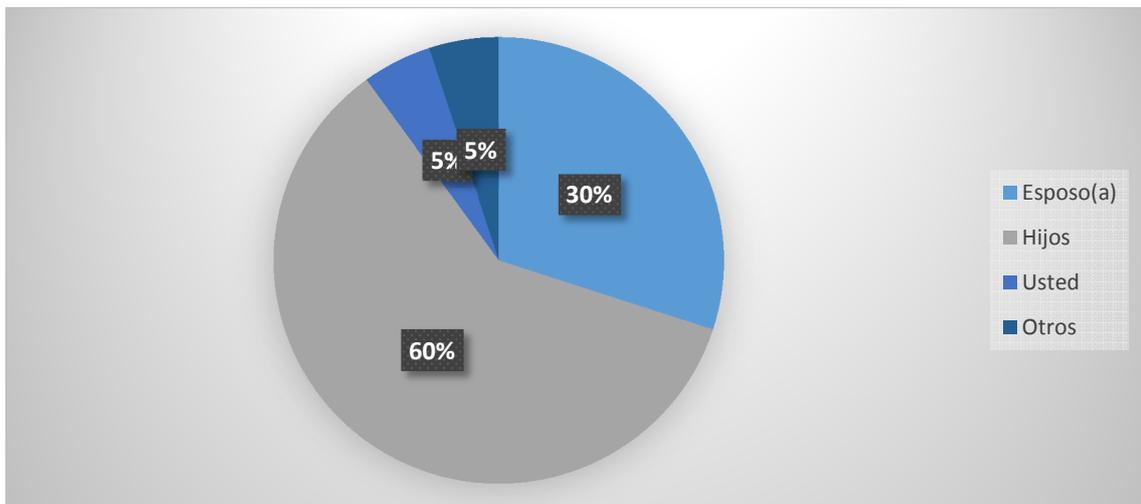
La rehabilitación cardiaca está siendo infrutilizada en el Ecuador; la implementación de la rehabilitación presentó resultados positivos, donde factores de riesgo cardiovascular se modificaron positivamente, disminuyendo el uso de fármacos hipolipemiantes, mejorando la capacidad funcional del paciente.

Tabla 8: Principal apoyo para la salud de los pacientes con cardiopatías isquémicas

PRINCIPAL APOYO	Frecuencia	Porcentaje
Esposo(a)	6	30%
Hijos	12	60%
Usted	1	5%
Otros	1	5%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 8: Principal apoyo para la salud de los pacientes con cardiopatías isquémicas.



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 8 se evidencia que, 6 de los encuestados equivalentes al (30%) manifiestan que el principal apoyo para su salud son sus esposos (as), el 60% (12) son los hijos, el 5% (1) revelan que son ellos mismos y el 5% (1) corresponde a otras personas como pilar en la salud de los pacientes.

Discusión:

(Navarrete & Navarrete, 2018) Establecen el apoyo socio familiar, como un componente importante dentro de la enfermedad es decir el apoyo del que dispone el paciente de su familia, las relaciones sociales, así como su situación ante la cual enfrenta la enfermedad, factores que pueden tener un efecto en los niveles de la enfermedad.

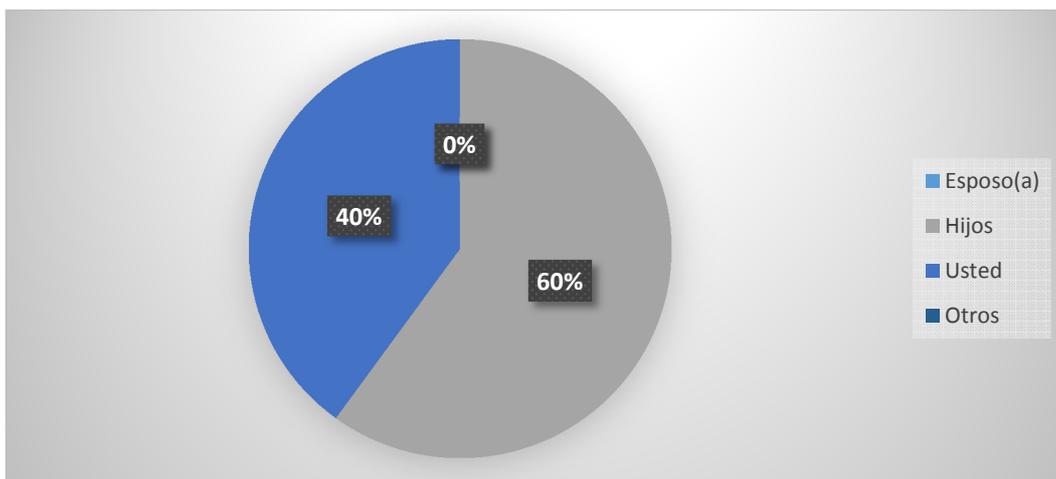
De acuerdo a Valadez: “Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y /o invalidante suele alterar a todo el sistema familiar y como señala Ansen, cuando uno de sus miembro deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros ,sino también el funcionamiento general de la dinámica familia”.(MINSa 2012)

Tabla 9: Principal sustento económico en el hogar de los pacientes con cardiopatías isquémicas.

SUSTENTO ECONÓMICO	Frecuencia	Porcentaje
Esposo(a)	0	0%
Hijos	12	60%
Usted	8	40%
Otros	0	0%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 9: Principal sustento económico en el hogar de los pacientes con cardiopatías isquémicas.



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 9 se evidencia que, el 60% (12) son los hijos como principal apoyo económico y sustento de hogar, el 40% (8) revelan que son ellos mismos con el pago de la jubilación.

Discusión:

En el tratamiento farmacológico de los hipertensos, también tiene gran importancia el aspecto socio –económico, ya que una inestabilidad financiera dificulta el acceso a medicamentos, e incluso, desencadena un

estrés emocional, que conlleva a una alteración en las cifras de la tensión arterial (Dos Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008)

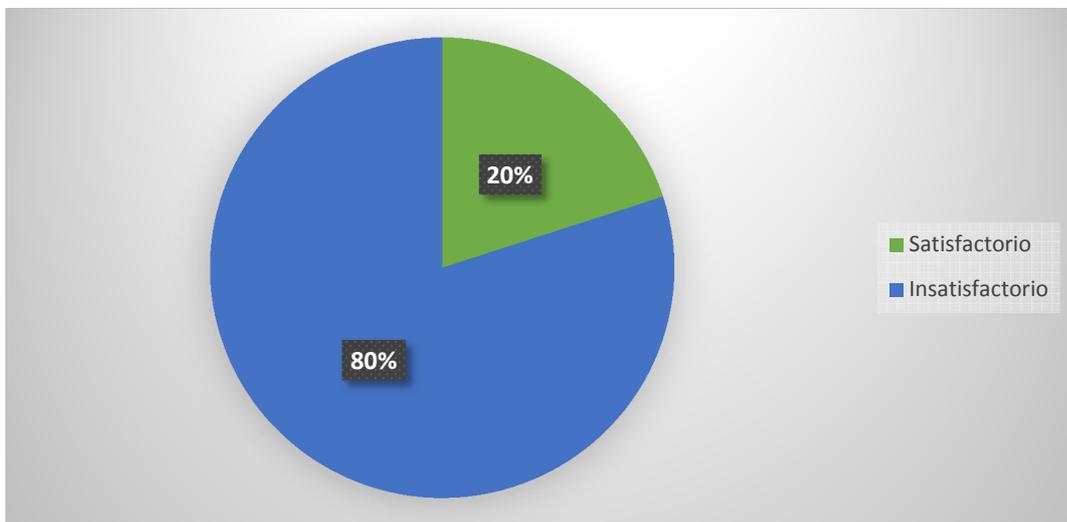
El apoyo de la familia es esencial, puesto que el tratamiento no farmacológico implica, dentro de otros, una dieta saludable con reducción del consumo de sal, aumento de consumo de alimentos como frutas y verduras; la recomendación de realizar regularmente ejercicio físico durante al menos 30 minutos y por lo menos 5 veces a la semana para mantener el peso corporal; sugerencias que deben realizarse para mejorar el estado de salud del paciente; razón por la cual, la familia se convierte en el pilar fundamental para el cambio de estilo de vida de las personas, a través de su apoyo emocional. (SUNTAXI NAVARRETE, 2018)

Tabla 10: Nivel de conocimiento respecto a la patología

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	4	20%
Insatisfactorio	16	80%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 10: Nivel de conocimiento respecto a la patología



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 10 se evidencia que, 4 de los encuestados equivalentes al (20%) poseen un nivel de conocimiento sobre su patología satisfactorio y el 80% (16) corresponde a pacientes con insatisfactorio conocimiento de la enfermedad.

Discusión:

La educación en pacientes se ha convertido en esa forma directa disposición del personal de salud para transmitir conocimientos a los pacientes, a través de diferentes materiales de enseñanzas, no obstante los estudios han demostrado lo limitado que son los programa educativos a pacientes en cuyo caso, precisamente la falta de conciencia de los entes administrativo se han convertido en una limitante para este pilar de manejo

multidisciplinario y este hecho ha impedido que se revele su impacto en la población.

Es un reto para el profesional de enfermería alcanzar estas metas en la educación del paciente y su familia, por lo cual se hace necesario realizar una planeación adecuada de su intervención, dirigida a fortalecer en el paciente y su cuidador el conocimiento de su enfermedad, el nivel de autocuidado, la adherencia al tratamiento y el reconocimiento oportuno de los síntomas de alarma (Molina, 2016)

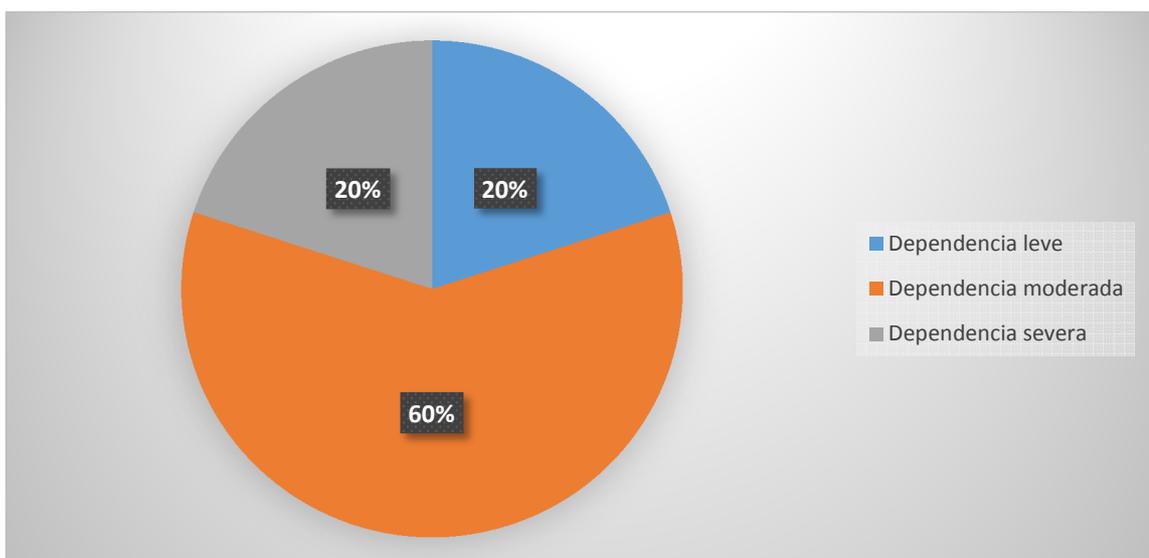
Escala de Barthel

Tabla 11: Nivel de autocuidado

AUTOUIDADO	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia leve	4	20%
Dependencia moderada	12	60%
Dependencia severa	4	20%
Total	20	100%

Fuente: encuesta a usuarios

Gráfico 11: Nivel de autocuidado



Fuente: elaborado por la autora

Análisis e interpretación.- De acuerdo a la tabla y gráfico número 11 se evidencia que, 4 de los encuestados equivalentes al (20%) presentan dependencia leve, el 60% (12) dependencia moderada y el 20% (4) muestran dependencia severa de acuerdo al autocuidado.

Discusión:

En el modelo de déficit de autocuidado de Orem, la persona ejerce sus capacidades de autocuidado (agencia de autocuidado) al responsabilizarse de su propio cuidado en la búsqueda de mantener y mejorar su estado de bienestar y su calidad de vida. Por consiguiente, el agente de autocuidado tiene el poder para comprometerse en un curso de acción y de realizar actividades para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado. En varios estudios señalan que la frecuencia de comportamientos de autocuidado fue media en los adultos en la mayoría de las dimensiones.

El desarrollo de comportamientos de autocuidado en el adulto con enfermedad cardíaca plantea un reto para los profesionales de enfermería que sustentan teórica y prácticamente el cuidado del paciente. (Arredondo Holguín, 2010)

CAPÍTULO III

PROPUESTA

Programa de capacitación para pacientes con cardiopatías isquémicas.

3. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el principal problema de salud en los países desarrollados. La prevención se presenta como la herramienta más eficaz y eficiente, mientras que los programas de rehabilitación cardíaca son considerados como los más eficaces entre las intervenciones de prevención secundaria; sin embargo estos están infrautilizados.

La presente revisión de la literatura aborda la efectividad y los niveles de evidencia de los programas de rehabilitación cardíaca, sus componentes, el papel desempeñado y la evolución en los países desarrollados, las aplicaciones descritas en diferentes campos de investigación y tratamiento, aspectos psicológicos considerados en ellos, así como su aplicación en cardiopatías isquémicas como enfermedad paradigma de atención en este tipo de intervención. Se completa con una revisión sobre el impacto de dichos programas en las medidas de calidad de vida relacionada con la salud y se describen los instrumentos implicados en los principales estudios científicos de la literatura científica reciente.

El resultado final de la actuación multifactorial de estos programas se traduce en una mejoría de la calidad de vida de los pacientes permitiéndoles una pronta reincorporación familiar, social y laboral.

El papel de enfermería dentro de los programas es cada vez más amplio e importante ya que interviene en la valoración, estratificación de riesgo, entrenamiento y vigilancia del paciente, así como en las actividades educativas. (Pinson, 2017)

3.1 Objetivo:

Mejorar el autocuidado para elevar la calidad de vida de los pacientes con cardiopatías isquémicas y evitar reingresos hospitalarios.

3.1.1. Estructura del programa

Consiste en un programa realizado a nivel individual y de manera íntegra en la consulta de enfermería de atención primaria. Para la elaboración de este programa nos basamos en guías y recomendaciones ya existentes. El taller se divide en nueve sesiones, con una periodicidad mensual y dividida cada sesión a su vez en tres partes:

1º Valoración de plan terapéutico: En la primera parte se evalúa la adherencia al plan terapéutico.

2º Valoración del tema a tratar: Posteriormente se valora el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades del paciente sobre el tema a tratar, a través de las plantillas de evaluación..

3º Desarrollo del contenido correspondiente y entrega de documentación: Por último, se desarrolla el contenido educativo correspondiente establecido en la “Guía para pacientes”, cuyos temas se enumeran a continuación, utilizando, si fuera preciso, herramientas de apoyo como las que se proponen en dicha guía (vídeos, imágenes...). Al finalizar, se entrega un documento impreso que resume lo tratado para que el paciente lo pueda leer en su domicilio a lo largo de la semana, afianzar la información y poder solucionar dudas que le surjan durante la primera fase de la siguiente sesión.

3.1.2. Temas a tratar

Cuando una persona sufre un accidente cardiovascular, además de las alteraciones anatomofisiológicas, podemos observar alteraciones emocionales y del comportamiento. Surgen miedos, incertidumbres, alteraciones laborales y sociales, etc. Es por ello que este programa

educativo pretende atender a la persona desde una perspectiva holística, ofreciendo tanto formación en conocimientos y habilidades como apoyo emocional y ayuda en el afrontamiento, teniendo siempre en cuenta los aspectos propios de la persona que influyen en la adherencia a los cambios de conducta (motivación, intereses personales, entorno, gravedad percibida, actitud, etc). Para ello, se ha dividido el programa en nueve temas, un tema por sesión:

- **Aparato circulatorio y cardiopatía isquémica:** conceptos básicos anatomofisiológicos del sistema cardiovascular; concepto de angina e IAM y diferencias; identificación precoz de angina.
- **Medicamentos:** información sobre medicación habitual en pacientes que han sufrido un IAM.
- **Actividad física:** tipos de ejercicio e indicación de cada uno y fomento del mismo.
- **Alimentación cardiosaludable:** conceptos generales sobre alimentación cardiosaludable.
- **Entender lo que siento:** afrontamiento emocional a la nueva situación de salud de la persona.
- **Factores de riesgo:** conceptos básicos sobre los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.
- **Pruebas diagnósticas y terapéuticas:** información básica sobre ECG, ecocardiograma, ergometría, cateterismo cardiaco, angioplastia coronaria y By-Pass
- **Sexualidad:** pautas generales sobre reanudación de la actividad sexual y precauciones a tener en cuenta.
- **Signos de alerta coronarios:** identificación precoz de signos de alerta en caso de angina coronaria.

3.1.3. Aspectos para el logro de objetivos.

Actualmente se considera que los programas de prevención y la rehabilitación cardiaca deben tener en cuenta los siguientes cinco puntos para lograr sus objetivos:

1. Los ejercicios físicos deben ser individualizados
2. Tanto la RC como la PS deben incluir el control de todos los factores de riesgo asociados: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, etcétera, además de la actividad física.
3. Los aspectos no cardiológicos (psicológicos, sociales, laborales y pedagógicos) juegan un rol importante en el éxito o fracaso de la RC.
4. Los programas de RC con actividad física solamente fracasan por la alta tasa de abandonos y por ser incompletos.
5. La mayor expansión de estos programas dependerá de la difusión de sus ventajas, de una implementación racional que contemple el costo-beneficio, y una correcta interpretación de los resultados que sirva como base para la investigación científica a parte de la RC.

3.1.4. Equipo de trabajo

Los profesionales involucrados en un grupo ideal de trabajo son los siguientes:

- Director del servicio o unidad.
- Médico(s) coordinador(es): cardiólogo(s).
- Médicos de trabajo en sala de ejercicios: cardiólogos.
- Profesores de educación física y fisioterapeutas.
- Enfermeras.
- Nutricionistas.
- Psicólogo y asistente social, si fuera posible.
- Cuando el caso lo requiera, interconsulta con diabetólogo, reumatólogo, traumatólogo, etcétera.

3.1.5. Metodología

Se basará en los siguientes puntos:

- Recepción del paciente.
- Entrevista inicial, confección de ficha personal.
- Valoración clínica y funcional (entre otros: PEG o prueba funcional para isquemia que se considere pertinente. Eventualmente ecocardiograma)
- Consulta con cardiólogo, nutricionista (si el caso lo amerita podrá ser valorado con traumatólogo, reumatólogo, y psicólogo).
- Estratificación del “Riesgo cardiovascular”
- Confección de plan de trabajo de ejercicios físicos y plan alimentario.
- Aprobación del paciente para iniciar el programa de RC mediante “Consentimiento firmado”.
- Control evolutivo de los pacientes, de acuerdo a la evolución mes a mes.
- Evaluación periódica de resultados.
- Interrelación continua con los médicos tratantes.
- Charlas informativas a la población en cuestión: educación y consejos.

(Martínez Álvarez, González Lozano, & Álvarez Mon, Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica, 2015)

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA	
REVISIÓN MÉDICA- CARDIÓLOGO	
EDUCACIÓN A PACIENTE- ENFERMERÍA	
CONTROL FARMACOLÓGICO- TRATAMIENTO	
ACTIVIDAD FÍSICA	
DIETA	
APOYO PSICOLÓGICO	

CONCLUSIONES

- El nivel de autocuidado resultó de dependencia moderada, según las características sociodemográficas prevaleció en el sexo masculino, en el rango de edades entre 61 a 80 años de edad, grado de instrucción primaria, los hijos como principal sustento económico en el hogar, la mayor parte de pacientes con cardiopatías isquémicas 50% desempleados y el principal apoyo a su salud sus hijos.
- En las características clínico- epidemiológica de los pacientes presentan en su gran mayoría antecedentes de hipertensión y diabetes, que constituyen uno de los problemas más importantes de la salud pública.
- Los pacientes en este estudio presentan un nivel de conocimiento insatisfactorio en relación a su patología base, se convierte en reto para el personal de salud, sobre todo por lo limitado que son los programas de rehabilitación cardiaca.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos, es importante fomentar programas educativos como rol fundamental de enfermería considerado por Orem dentro del sistema de apoyo educativo, que faciliten el aprendizaje del paciente con respecto al proceso de salud y enfermedad permitiendo identificar hábitos no saludables y mejorar las habilidades que posibiliten empoderarse de su autocuidado para lograr una mejor calidad de vida.
- Creación de más programas enfocados en rehabilitación cardíaca a nivel de MSP para propiciar la participación activa de los pacientes, incentivándolos a los cambios que requiere el manejo efectivo de su enfermedad con el fin de controlar los factores de riesgo y alcanzar su bienestar

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Piñera, L. (17 de Diciembre de 2017). *Papel de Enfermería en la rehabilitación cardíaca de pacientes con cardiopatía isquémica*.
Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-rehabilitacion-cardiaca-cardiopatia-isquemica/>
- Alcalá , J., & Maicas, C. (2017). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Servicio de Cardiología*, 4.
- Alexopoulos., D. D. (2015). *secardiologia*. Obtenido de <https://secardiologia.es/comunicacion/entrevistas/6775-el-riesgo-de-trombosis-despues-de-un-infarto-de-miocardio-se-extiende-mas-alla-del-primer-ano>
- Alves da Silva, S., Lambert Passos, S. R., & Teixeira Carballo, M. (2011). Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo:. *Revista Scielo*, 97(6), 526. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011001500013>
- Alves da Silva, S., & Lambert Passos, S. R. (11 de 01 de 2011). *Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática*. Obtenido de Evaluación de la Calidad de Vida después del Síndrome Coronario Agudo: Revisión Sistemática: http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n6/es_v97n6a13.pdf
- Ana María López Beltrán, S. B. (2017). *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n2/0717-9553-cienf-23-02-00081.pdf>

Andrés, E., Cordero, A., & Magán, P. (2012). Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio.

revescardiol.

Arredondo Holguín, E. (2010). Comportamientos y capacidad de agencia de. *Revista Unal.*

Batista González, M. &. (2015). Caracterización del infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en Centro Médico Diagnóstico Integral Ezequiel Zamora de Venezuela. *Correo Científico Médico*, 684.

Blasco Romero, E. (2014). La enfermería en la rehabilitación cardiaca.

Universidad de Cantabria, 4. Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5202>

Blasco Romero, E. (2014). La Enfermería en la rehabilitación cardiaca.

Universidad de Cantabria, 3. Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5202/BlascoRomeroE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Buen Vivir. (30 de mayo de 2019). Obtenido de

<http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

Campos Vera, N., & Rivas, E. (2018). Evaluación funcional de un

programa de rehabilitación cardiovascular en pacientes después del intervencionismo coronario percutáneo. *Revista Cubana se Cardiología.*

Capital, M. W. (14 de septiembre de 2015). *La evolución del sistema*

educativo a lo largo de la historia. Obtenido de

<https://mobileworldcapital.com/es/2015/09/14/la-evolucion-del-sistema-educativo-a-lo-largo-de-la-historia/>

Cardiofamilia. (10 de Abril de 2018). Obtenido de

<https://www.cardiofamilia.org/bases-cardiopatia-isquemica/factores-de-riesgo.html>

cardiofamilia. (2019). Obtenido de <https://www.cardiofamilia.org/bases-cardiopatia-isquemica/factores-de-riesgo.html>

Costero, O., Sánchez, A., & Raúl Moreno. (2013). Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardíaca entre los pacientes hospitalizados.

Revista de cardiología, 66(3). Obtenido de

<https://www.revespcardiol.org/en-grado-conocimiento-sobre-su-enfermedad-articulo-S0300893212005301?redirect=true>

Castro, E., & Ortega, P. (2017). Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes. *medigraphic*, 25(3), 199. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73572>

Domingo, A. O. (2017). Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidado en pacientes en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca. *ELSEVIER*, 51(3), 1-11. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717302226>

Estefanía., E. B. (2017). *UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD*. Obtenido de

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10042/1/ESPINOZA%20BELDUMA%20GINGER%20ESTEFAN%C3%8DA.pdf>

Feng, A. P. (2017). La cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. . *Scielo*.

Fernández, M. (2017). *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0230.pdf>

Fernández, M. R. (2018). *La vanguardia*. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20180130/44408833324/desarrollan-una-aplicacion-de-movil-que-mejora-la-rehabilitacion-cardiaca.html>fff. (2017).

F. Jackson, C., & Nanette K. , W. (2011). Enfermedad cardiovascular en el anciano. *revespcardiol*, 697.

Fundación Española del Corazón. (2010). Obtenido de <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2507-inestabilidad-laboral-corazon.html>

Gabriela Borrayo Sánchez, G. P. (2016). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172q.pdf>

Gagliardi, J. A. (2016). *Revista Argentina de cardiología*. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/03/v84n6a05-es.pdf>

Gutiérrez Barreiro, R., & Gómez Ochoa, A. M. (2018). Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Scielo*, 36(2), 167. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65674>

Ingrid Mileyda Martínez Guevara, J. S. (2016). *UNIVERSIDAD DE SANTANDER FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*. Obtenido de
de
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/86/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20riesgo%20cardiovascular%20en%20el%20adulto%20mayor.pdf>

Ivonne Brevis Urrutia, S. V. (2014). *Scielo*.

Joaquín Mateu-Mollá, S. V.-M.-T.-C. (2017). *Revista de investigación de psicología social*. Obtenido de
http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/110

Kubota, Y. (13 de junio de 2017). *ABC enfermedades*. Obtenido de
https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-personas-menor-nivel-educativo-tienen-mayor-riesgo-enfermedad-cardiovascular-201706131345_noticia.html

Martínez Álvarez, A., González Lozano, L., & Álvarez Mon, N. (2015). Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. *Dialnet*.

Martínez Álvarez, A., González Lozano, L., & Álvarez Mon, N. (2015). Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. *Revista Dialnet*, 3(2), 8. Obtenido de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5109100>

Martínez Álvarez, A., González Lozano, L., & Álvarez Mon, N. (2015). Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. *Enfermería comunitaria*, 51(3), 9. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717302>

226

Molina, D. (2016).

Mollá, V. L. (2017). Ansiedad y depresión: Impacto en la calidad de vida de pacientes tras Infarto agudo de miocardio. *sportsem*, 1-9.

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría de autocuidado. *Scielo*.

Naranjo, Y., & Concepción, J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Scielo*, 2.

Navarrete, S., & Navarrete, S. (2018). *Repositorio*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16243>

OMS. (17 de mayo de 2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

OMS. (2019). Obtenido de https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

Padró, T. (2017). *La Vanguardia*. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/salud/20170828/43888205091/infartos-prediccion-congreso-de-cardiologia.html>

Pérez, P. J. (s.f.). *Fundación española del Corazón*. Obtenido de <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>

Pinson, A. G. (2017). Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. *Revista en enfermería*.

Protección, M. d. (2016). *Guía de Práctica Clínica para el Síndrome*

Coronario Agudo. Obtenido de

<http://www.iets.org.co/gpc2016/Documents/GPC%20para%20SCA%20%20-%20Recomendaciones.pdf>

Rohlf, I. G. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*.

Sabaté, M., & Farrero, M. (20 de febrero de 2018). *PortalCLINIC*.

Obtenido de

<https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/cardiopatia-isquemica/factores-de-riesgo>

Sánchez Arias, A. G., & Bobadilla, M. E. (03 de 02 de 2016). *Revista*

Mexicana de Cardiología. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>

SUNTAXI NAVARRETE, S. (2018). *Pontificia Universidad Católica del*

Ecuador. Obtenido de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16243/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suzana Alves da Silva, S. R. (2011). *Scielo*. Obtenido de

http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n6/es_v97n6a13.pdf

Urrego, C., Zuluaga, S., & Carreño, M. (2013). LA ENFERMERA Y SU

PAPEL EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA

CARDIOVASCULAR. *Revista Elsevier*, 20(6), 381. Obtenido de

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-la-enfermera-su-papel-el-S0120563313700883>

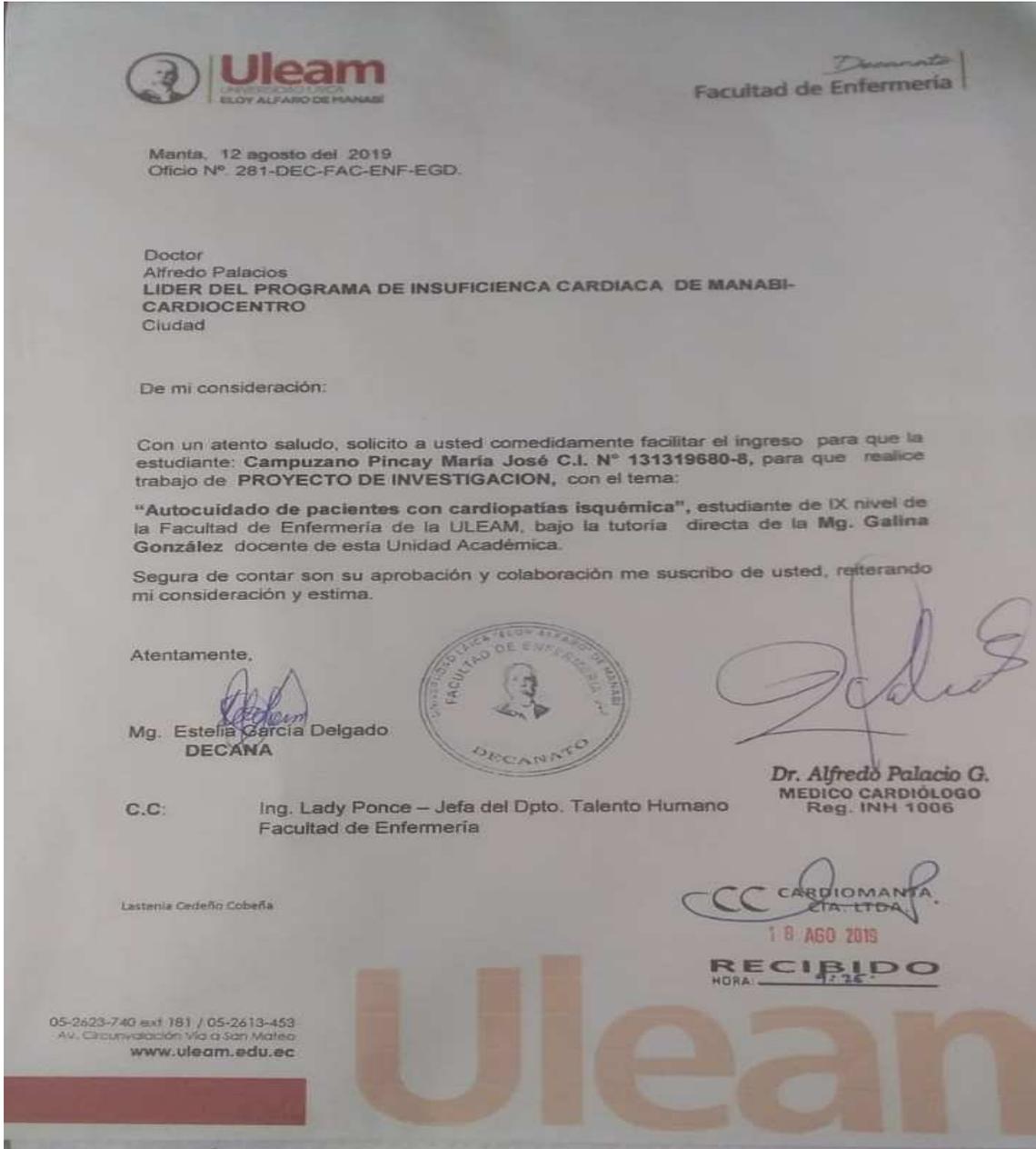
Vera Carrasco, O. (2016). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL

PACIENTE EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL MÉDICA. *Scielo*.

Vicente Sánchez, B. V. (2016). Cardiopatía isquémica e incapacidad
laboral en pacientes atendidos en la consulta de medicina interna
de la comisión de peritaje médico. *Finlay*, 27.

ANEXO 1

Autorización del líder del programa de insuficiencia cardiaca.



 **Uleam**
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Decanato
Facultad de Enfermería

Manta, 12 agosto del 2019
Oficio N°. 281-DEC-FAC-ENF-EGD.

Doctor
Alfredo Palacios
**LIDER DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE MANABI-
CARDIOCENTRO**
Ciudad

De mi consideración:

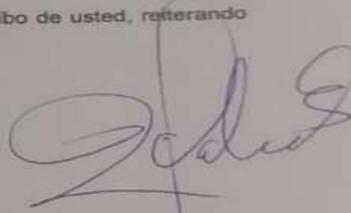
Con un atento saludo, solicito a usted comedidamente facilitar el ingreso para que la estudiante: **Campuzano Pincay María José C.I. N° 131319680-8**, para que realice trabajo de **PROYECTO DE INVESTIGACION**, con el tema:
"Autocuidado de pacientes con cardiopatías isquémica", estudiante de IX nivel de la Facultad de Enfermería de la ULEAM, bajo la tutoría directa de la **Mg. Galina González** docente de esta Unidad Académica.

Segura de contar con su aprobación y colaboración me suscribo de usted, reiterando mi consideración y estima.

Atentamente,


Mg. Estelita García Delgado
DECANA




Dr. Alfredo Palacio G.
MEDICO CARDIÓLOGO
Reg. INH 1005

C.C: Ing. Lady Ponce – Jefa del Dpto. Talento Humano
Facultad de Enfermería

Lastenia Cedeño Cobeña


CC CARDIOMANTA
CIA. LTDA.
18 AGO 2019

RECIBIDO
HORA: 17:25

05-2623-740 ext. 181 / 05-2613-453
Av. Circunvalación Vía a San Mateo
www.uleam.edu.ec

Uleam

ANEXO 2

Evidencia de tutorías con la Lic. Galina González tutora del proyecto de investigación.



ANEXO 3

Evidencia de horas de tutorías

Uleam
NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS. CÓDIGO: PAT-01-F-008
PROCESAMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO. PÁGINA: 1
Página 1 de 1

FACULTAD DE ENFERMERÍA
REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante: *Campana Nancy* Carrera: *Enfermería* Nivel: *Novato* Paralelo: *A*
Institución de Educación: *Uleam*
Tutor: *Autorevisado en pacientes con cardiopatías orgánicas*

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación	Comentarios a la actividad	Tareas asignadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
19/05/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Se continúa trabajando	Revisión de historias clínicas	80%	26/05/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
26/05/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	02/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
02/06/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	09/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
09/06/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	16/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Fecha de entrega: 20/06/2019
Comisión Académica

Uleam
NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS. CÓDIGO: PAT-01-F-008
PROCESAMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO. PÁGINA: 1
Página 1 de 1

FACULTAD DE ENFERMERÍA
REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante: *Campana Nancy* Carrera: *Enfermería* Nivel: *Novato* Paralelo: *A*
Institución de Educación: *Uleam*
Tutor: *Autorevisado en pacientes con cardiopatías orgánicas*

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación	Comentarios a la actividad	Tareas asignadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
26/05/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	26/05/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
26/05/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	02/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
02/06/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	09/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
09/06/19	13:00-15:00	4	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	80%	16/06/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Fecha de entrega: 20/06/2019
Comisión Académica

Evidencia de horas de tutorías


 NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS. CÓDIGO: PAT-01-P-008
 PROCESO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO. REVISIÓN: 1. Página 1 de 1

FACULTAD DE ENFERMERÍA
2019 (1)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante 1: *Campanero Pineda* Carrera: *Enfermería* Nivel: *Noveno* Paralelo: *"A"*
 Modalidad de titulación: *(S) Excm*
 Tema: *Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas*

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
01/01/19	13:00 14:00	4	Capítulo II y leer libro de datos	Concepción	Revisión propia	Total	24/01/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
24/01/19	13:00 14:00	4	Elaboración del capítulo III	de cartilla independiente	Revisión de detalles	Total	31/01/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
31/01/19	13:00 14:00	4	Definición de cartilla	de cartilla independiente	Revisión y detalles	Total	07/02/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
07/02/19	13:00 14:00	4	Elaboración y reproducción	Revisión	Revisión para leer	Total	07/02/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Fecha de entrega: 12/01/2019
 Consejo Académico


 NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS. CÓDIGO: PAT-01-P-008
 PROCESO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO. REVISIÓN: 1. Página 1 de 1

FACULTAD DE ENFERMERÍA
2019 (1)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante 1: *Campanero Pineda* Carrera: *Enfermería* Nivel: *Noveno* Paralelo: *"A"*
 Modalidad de titulación: *(S) Excm*
 Tema: *Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas*

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
07/02/19	13:00 14:00	4	Revisión de guía para leer	de cartilla independiente	Revisión de cartilla APA	Total	14/02/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
14/02/19	13:00 14:00	4	Revisión de guía con cartilla APA	Concepción	Revisión en detalles	Total	21/02/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
21/02/19	13:00 14:00	2	Revisión completa de tesis	de cartilla independiente	Revisión propia	Total	23/02/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
23/02/19	13:00 14:00	2	Revisión y entrega de tesis	de cartilla independiente	Entrega de tesis	Total		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Fecha de entrega: 23/02/2019
 Consejo Académico

ANEXO 4

INFORMACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Objetivo: Elaborar un programa de capacitación a personas con cardiopatías isquémicas, para mejorar la calidad de vida y evitar rehospitalización.

1. Edad:

2. Sexo:

M

F

6. Nivel de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Universitaria
- e) Analfabeto

7. Ocupación:

- a) Ama de Casa
- b) Empleado
- c) Jubilado
- d) Desempleado
- e) Independiente

8. Tiempo transcurrido del último episodio de infarto agudo miocardio.....meses.

9. Antecedentes cardiovasculares:

- a) Hipertensión arterial
- b) Diabetes
- c) Hipertensión arterial y diabetes
- d) Otras

10. Acude Ud. a Rehabilitación Cardíaca

a) Si

b) NO

11. El principal apoyo para su salud es:

a) Esposo

b) Hijos

c) Usted

d) Otro...

12. El principal sustento económico en su hogar lo brinda:

a) Esposo

b) Hijos

c) Usted

d) Otros

ANEXO 5

Escala de Barthel, para medir autocuidado

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

APRECIACIÓN	PUNTAJE
Dependencia leve	>91
Dependencia moderada	61-90
Dependencia severa	<60

ANEXO 6

Escala para medir el nivel de conocimiento sobre su patología de base a pacientes con cardiopatías isquémicas.

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA					
PARÁMETROS	1	2	3	4	5
CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMEDAD					
IDENTIFICA LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LA ENFERMEDAD					
TIENE CONOCIMIENTO DE LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN SU TRATAMIENTO					
SABE QUE TIPO DE DIETA DEBE CONSUMIR					
COMPRENDE LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CUÁLES SON EJERCICIOS QUE DEBE REALIZAR DE ACUERDO A SU ESTADO					
SUBTOTAL	0	0	0	0	0
TOTAL	0				
SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO				
>12	<12				
FALSO	VERDADERO				

Gracias por su colaboración!

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Autocuidado en pacientes con cardiopatías isquémicas”. Este es un estudio el cual pretende medir el nivel de conocimiento de su patología base y la capacidad que usted tiene para cuidarse así mismo.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizarán los siguientes procedimientos:

1. Se le preguntarán algunos datos generales como edad, peso, talla y algunas preguntas sobre su actual estado de salud.
2. Se le aplicará una encuesta sobre el conocimiento que tiene sobre su enfermedad y el cuidado que se tiene así mismo y le tomará como máximo 20 – 30 minutos el llevarlo a cabo.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios: El beneficio del presente estudio es brindar consejería y orientaciones para fortalecer los conocimientos y las prácticas de autocuidado, contribuyendo en el mejoramiento de su calidad de vida.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento sobre los cuidados que deben realizarse a sí mismo después de haber sufrido un infarto coronario.

Confidencialidad: Los resultados de esta investigación son solo con fines del estudio. Sus encuestas no serán mostradas a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, tiene la posibilidad de retirarse de este en cualquier momento sin perjuicio alguno.

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante
Nombre:
CI: