



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE
MANABÍ

"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN
INTERVENIDA DE CIRUGÍA CARDIACA EN LA CIUDAD DE MANTA"

Autor: Ramón Antonio Muñoz Manzaba

Tutor: Lcda. Galina González. Mg

Facultad de enfermería

Carrera de enfermería

Manta, septiembre 2019



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE
MANABÍ

"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN
INTERVENIDA DE CIRUGÍA CARDIACA EN LA CIUDAD DE MANTA"

Autor: Ramón Antonio Muñoz Manzaba

Tutor: Lcda. Galina González. Mg

Facultad de enfermería

Carrera de enfermería

Manta, septiembre 2019



CERTIFICACION DEL TUTOR

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 investigación , cuyo tema del proyecto es **“Caracterización clínica epidemiológica de la población intervenida de cirugía cardiaca en la ciudad de manta”**, 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 al señor **Ramón Antonio Muñoz Manzaba**, 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- agosto de 2019

Lo certifico

Lcda. Galina González Kadashinskaia. Mg

Docente Tutor(a)

Área: Salud



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL
DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN**

**TÍTULO: “CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA
POBLACIÓN INTERVENIDA DE CIRUGÍA CARDIACA EN LA
CIUDAD DE MANTA”**

TRABAJO FINAL DE TITULACION

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA
APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

Lcda. Alexandra Hernández de Santos

LO CERTIFICA

SECRETARIA DE LA FACULTAD



DECLARACION DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva, y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Manta, agosto del 2019

Ramón Antonio Muñoz Manzaba
C.I. 131367460-6



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado primeramente a Dios, por ser mí el guía de mis pasos, mi amparo y protección.

A toda mi familia, padres, abuelos, tíos, primos y demás familiares por siempre estar pendiente de cómo me iba en mis estudios Universitarios, por ser mi motivación al ver que la mayoría de ellos son profesionales.

A las personas que estimo mucho que ya no están en este mundo mi tía ketty Maria Luiza Muñoz, mi abuelo Ramón Melchor Manzaba y mi amigo Kelvin Castillo, que siempre los llevare en mi corazón, y los recordare como grandes personas.

Ramón Antonio Muñoz Manzaba



AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por guiarme en cada paso, aunque tenga mis defectos, ni contar con grandes lujos, he aprendido a vivir con lo poco, le doy gracias por la familia hermosa que me ha brindado que no la cambiaría.

A mi Madre de corazón María Auxiliadora Zambrano por haberme dado la educación, ser mi principal apoyo, mi consejera, compañera y amiga.

A mis padres María Manzaba y Johnny Muñoz y mis hermanos por haberme apoyado y darme un hogar donde pude, equivocarme, aprender de los errores y donde adquirí los valores que hoy me definen como persona.

A Dolores Muñoz por ser una madre más en mi vida y su hija María Pazmiño por brindarme su apoyo en todo momento.

A la familia Muñoz Macías por abrirme las puertas de su hogar y acogerme como un integrante más de su familia.

A la banda Jair, Jesús, Ronald, Randolph, Ricardo, Héctor, Jean Carlos, Bryan, Roberto por esas idas donde el maestro Kamisama.

A todos mis compañeros de clases por el apoyo, los consejos, los malos y buenos momentos vividos.

A mis maestros de la facultad y tutores de internado por todas sus enseñanzas impartidas en el aula de clases, practicas, por ayudarme a construir los conocimientos como profesional.

A la licenciada Mariuxi Zambrano por su enseñanza en el internado rotativo comunitario y todo el personal que labora en el centro de salud San Mateo.

También quiero expresar mi gratitud e infinito agradecimiento a la LCDA. GALINA GONZÁLEZ KADASHINSKAIA. MG, tutora de tesis, gracias por todos sus consejos y enseñanzas que enriquecieron mi aprendizaje, también por guiarme en esta experiencia gratificante que fue la investigación.



INDICE GENERAL

CERTIFICACION DEL TUTOR	ii
TRABAJO FINAL DE TITULACION	iii
DECLARACION DE AUTORIA	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xii
INTRODUCCION	1
Situación problémica.....	2
Formulación del problema.	3
Objeto de estudio	3
Objetivo general.....	3
Preguntas científicas.....	3
Tareas científicas	4
Resultados Esperados.....	4
CAPÍTULO I	6
1.1 Marco teórico referencial	6
1.2 Fundamento Teórico.....	7
1.2.2 Características clínicas epidemiológicas.	9
1.2.3 Atención en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca.	10
1.2.4 Base Ético-Legal en Ecuador	11
CAPITULO II	13
2.1 Materiales Y Métodos	13
2.1.1 Tipo de investigación.....	13
2.1.3 Métodos de investigación.....	14
2.2 Población y Muestra.....	14
2.2.1 Muestra.....	15
Los criterios de inclusión fueron:	16



Los criterios de exclusión fueron:	16
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
2.3.1 Recolección de datos	17
2.3.2 Instrumentos.....	17
2.3.3 Procedimiento para la investigación.....	17
2.4 Análisis e interpretación de resultados.....	18
CAPITULO III	33
ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA.....	33
3.1 Guía de atención de enfermería en el paciente intervenido de cirugía cardíaca basada en la caracterización clínica epidemiológica de esta población.....	33
3.1.1 Tipo de pacientes participantes y beneficiarios del programa	33
3.1.2 Desarrollo de la propuesta.....	33
3.1.3 Antecedentes	33
3.1.4 Fundamentación	33
El propósito de la propuesta que se está creando, es implementar una atención de enfermería de acuerdo a la caracterización clínica epidemiológica en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.	33
CONCLUSIÓN	47
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	54



ÍNDICE DE TABLAS

N°	Contenido	Pág.
Tabla y gráfico N° 1	Distribución del promedio de edad en años por sexo	18
Tabla y gráfico N° 2	Hábitos Tóxicos	19
Tabla y gráfico N° 3	Comorbilidades de la población	21
Tabla y gráfico N° 4	Diagnósticos preoperatorios	22
Tabla y gráfico N° 5	Procedimiento quirúrgico	23
Tabla y gráfico N° 6	Distribución de cirugías con cec	25
Tabla y gráfico N° 7	Complicaciones posoperatorias	26
Tabla y gráfico N° 8	Intensidad del dolor	28
Tabla y gráfico N° 9	Estadía de los pacientes en uci	29
Tabla y gráfico N° 10	Comportamiento de la mortalidad	30



RESUMEN

La escasez de guías de actuación de enfermería basados en la caracterización clínica epidemiológica de los pacientes con criterio de cirugía cardíaca, trae como consecuencia la subvaloración por parte del personal de enfermería en relación a los problemas reales y potenciales del paciente, y por tanto la implementación de acciones de prevención de complicaciones, aumentando la estadía hospitalaria y el consumo de recursos materiales. Es por ello que se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo en la Clínica Cardiocentro de Manta, en el período entre Mayo a Julio de 2019, con el objetivo de elaborar una guía de atención de enfermería en el paciente intervenido de cirugía cardíaca, basado en las características clínico-epidemiológicas de esta población. Entre los resultados obtenidos tenemos que el promedio de edad fue de 61.73, con un predominio significativo del sexo masculino. El consumo de tabaco y el sedentarismo, conjuntamente con la HTA, la DM tipo II, la dislipidemia y la disfunción renal fueron los factores de riesgo con mayor prevalencia. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la enfermedad multivasos. Las cirugías de revascularización miocárdica fue el procedimiento que más se realizó. Se presentaron en orden de frecuencia, la inestabilidad hemodinámica, seguida del sangrado posoperatorio, la parada cardiorrespiratoria y el shock cardiogénico respectivamente. La totalidad de los pacientes presentaron dolor de moderada intensidad. La estadía en UCI fue de 3.06 días. Fallecieron 15 pacientes, representando el 21.1% del total de defunciones. Se evidenció la necesidad cada vez más creciente de realizar ajustes en los instrumentos de estratificación de riesgos de estos pacientes, con el fin de adaptarlos a los cambios poblacionales que se han venido presentando en las últimas décadas.

PALABRAS CLAVE: Paciente con criterio de cirugía cardíaca; factores de riesgo; atención de enfermería

ABSTRACT

The shortage of nursing action guidelines based on the epidemiological clinical characterization of patients with cardiac surgery criteria, results in undervaluation by the nursing staff in relation to the real and potential problems of the patient, and therefore the implementation of actions to prevent complications, increasing hospital stay and the consumption of material resources. That is why a descriptive cross-sectional and prospective study was designed at the Manta Cardiocentro Clinic, in the period from May to July 2019, with the aim of developing a nursing care guide in the patient undergoing cardiac surgery, based on the clinical-epidemiological characteristics of this population. Among the results obtained we have that the average age was 61.73, with a significant male predominance. Tobacco use and sedentary lifestyle, together with AHT, type II DM, dyslipidemia and renal dysfunction were the most prevalent risk factors. The most frequent preoperative diagnosis was multivesal disease. Myocardial revascularization surgeries was the procedure that was most performed. Hemodynamic instability was presented in order of frequency, followed by postoperative bleeding, cardiorespiratory arrest and cardiogenic shock, respectively. All the patients presented moderate intensity pain. The stay in the ICU was 3.06 days. Fifteen patients died, representing 21.1% of the total deaths. The growing need to make adjustments in the risk stratification instruments of these patients was evidenced, in order to adapt them to the population changes that have been occurring in recent decades.

KEY WORDS: Patient with cardiac surgery criteria; risk factor's; nursing care.

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos y constituyen la principal causa de defunción en todo el mundo (OMS, 2018).

En la actualidad, las cifras de pacientes de edad avanzada, tributarios de cirugía cardíaca han aumentado con respecto a épocas anteriores, debido a que la edad va dejando de ser una contraindicación absoluta para la realización de este tipo de cirugía (Reeves Y Murphy,2008).

Por otra parte, las cifras de la población adulta joven sometidos a procedimientos de cirugía cardíaca son cada vez mayores; esto obedece a la adopción de estilos de vida perjudiciales para la salud, los cuales desarrollan factores de riesgos, tales como la obesidad, el sedentarismo, la hiperlipidemia, el alcoholismo, el tabaco, entre otros (Carlos A. Mestres, 2015, pág. 3).

Los autores consultados muestran que la enfermedad valvular y coronaria seguida de las patologías combinadas son los diagnósticos más frecuentes en pacientes con indicación de cirugía cardíaca (Rodríguez, y otros, 2002, pag.1-5). La cirugía cardíaca sigue siendo una opción terapéutica importante para muchos pacientes con enfermedades cardiovasculares (Enfermedad arterial coronaria, valvulopatías e insuficiencia cardíaca).

No obstante, esto constituye un procedimiento de alta complejidad, con una elevada morbimortalidad asociada, lo que está determinado en gran medida por la magnitud de la cirugía requerida, así como por las particularidades que la caracteriza; ejemplo de ello es el empleo de la circulación extracorpórea(CEC), conjuntamente con la hipotermia y la hemodilución, además del uso de hemoderivados, y por último la pluripatología habitual del paciente(Caballero Gálvez, García Camacho, Sianes Blanco,2011).

Basado en el planteamiento anterior, es necesario destacar que el conocimiento de las características clínicas epidemiológicas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, por parte del personal de enfermería resulta un proceso útil en la toma de decisiones, relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud (Acosta Gr, Alvares Ha,2014, pag.17).

Adicional a lo anterior, permite la creación de guías de tratamiento, seguimiento y manejo de las complicaciones asociadas a la cirugía cardíaca. Esto contribuye a la disminución de la estancia hospitalaria y los costos de un proceso que a priori ya son muy elevados (Caballero Galves y otros, 2011).

En la actualidad la práctica de enfermería se sustenta sobre la base del proceso enfermero, que es considerado como una herramienta metodológica, basado en el pensamiento lógico.

Dada la complejidad, la tecnología avanzada y la fácil aplicación de un método de cuidado biomédico, en numerosas ocasiones, pasan desapercibidas situaciones que representan un déficit real o potencial en el paciente lo que con lleva a situaciones que comprometen la vida del mismo.

En la literatura científica se describen protocolos de actuación de enfermería en relación a los cuidados en el paciente post operado de cirugía cardíaca, no obstante se percibe la escases de guías de actuación de enfermería basados en la caracterización clínica epidemiológica de los pacientes que serán intervenidos de cirugía cardíaca.

Esta situación, trae como consecuencia una subvaloración por parte del personal de salud, hacia el paciente, relacionado con aspectos de naturaleza subjetiva tales como dolor, ansiedad, frustración lo cual impide el aborgaje integral del paciente, y por otra parte, se pierde la posibilidad de enfocar las orientaciones en consonancia con el nivel de instrucción de las personas.

Situación problémica

La existencia de protocolos y guías de actuación de enfermería, en el paciente intervenido de cirugía cardíaca reflejan acciones encaminadas al tratamiento de las complicaciones eventuales, pero no tienen en cuenta acciones de prevención de las mismas sobre la base de las características clínicas epidemiológicas del paciente.

En este caso se plantea la siguiente interrogante:

Formulación del problema.

¿Cuáles son las características clínicas epidemiológicas de la población que fue intervenida de cirugía cardíaca en una institución de referencia cardiovascular en la provincia de Manabí?

El reconocimiento de la caracterización clínica epidemiológica de los usuarios que fueron sometidos a cirugía cardíaca, permitirá la adopción de estrategias de prevención de complicaciones, además del establecimiento de aquellos aspectos que pudieran considerarse prioritarios en la monitorización del paciente y por último, permitirá la organización y la gestión de los servicios de salud, cuyo objetivo final es atender las necesidades de esta población.

Adicionalmente a ello, permitirá el abordaje educativo del paciente y sus familiares de forma objetiva, individualizada, y eficaz desde una perspectiva holística.

Objeto de estudio

Características clínico epidemiológicas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

Objetivo general

Diseñar una guía de atención de enfermería en el paciente intervenido de cirugía cardíaca basada en la caracterización clínica epidemiológica de esta población

Campo

La cultura en el cuidado de enfermería sobre la base de la prevención de complicaciones en el post operatorio de cirugía cardíaca.

Preguntas científicas

1.- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos metodológicos que respaldan el conocimiento de las características clínicas epidemiológicas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca por parte del profesional de la enfermería?

2.- ¿Cuál es el estado actual en relación a la existencia de guías y protocolos de atención de enfermería basados en la caracterización clínica epidemiológica de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca?

3.- ¿Qué contenidos teórico-prácticos y de carácter instrumental deben conformar el diseño de la propuesta?

Tareas científicas

1.- Realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva que permita respaldar teórica y metodológicamente las características clínicas epidemiológicas del paciente intervenido de cirugía cardíaca, manejo y control del dolor posoperatorio

2.- Describir el estado del arte en relación a la temática referida

3.- Determinar en base al cumplimiento de las acciones anteriores, los contenidos teóricos-prácticos e instrumentales que deben conformar el diseño de la propuesta

Resultados Esperados

Es importante destacar que este trabajo se deriva de uno de los objetivos del trabajo de tesis doctoral titulado: **Modelo de valoración continua y sistemática de enfermería en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca**, el cual constituye una de las tareas del proyecto: **Estudio de las enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas de la población** adscrito al programa de **Promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación del ser humano** que tributa a la línea de investigación **N°1 Salud, Cultura Física y Servicios Sociales** correspondiente al **dominio N°6 Salud y bienestar humano**

La presente investigación permitirá, describir las características clínicas epidemiológicas del paciente intervenido de cirugía cardíaca. Por otra parte la información resultante, contribuirá a la obtención de elementos importantes para la valoración integral y multidimensional del paciente por parte del profesional de la salud, proporcionando de esta forma herramientas indispensables para el manejo integral del paciente durante la etapa peri operatoria.

Por otra parte, este estudio contribuirá a elevar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud que laboran en las unidades de cuidados críticos y de recuperación post anestésica, proporcionándole un material bibliográfico que le servirá de guía para brindar un cuidado integral, continuo y sistemático al paciente acorde a las peculiaridades y necesidades del mismo.

Los resultados de este estudio serán socializados en congresos, jornadas científicas y publicaciones en revistas científicas indexadas a nivel regional fundamentalmente, por lo que pretende servir de referencia de carácter científico para futuras investigaciones relacionadas con el tema objeto de estudio.

CAPÍTULO I

1.1 Marco teórico referencial

1.1.1 Antecedentes de la investigación

Luego de realizar la revisión de la bibliografía podemos citar estudios relacionados con el tema de la presente investigación. Entre ellos tenemos:

Un estudio realizado en marzo de 2016, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Ecuador, sobre las poblaciones en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, recogió datos de 2231 personas entre 18 y 69 años. Los resultados demostraron que un 30% de la población adulta entre 40 y 69 años corre el riesgo de padecer alguna enfermedad asociada con el mal funcionamiento del sistema cardiaco (Estudio sobre las poblaciones de riesgos en Ecuador, 2016)

En la policlínica GIPUZKOA en San Sebastián, España se realizó un estudio con el objetivo de conocer las características epidemiológicas de la población intervenida de cirugía cardiaca en el periodo de un año.

Tuvo como resultado que de los 526 pacientes ingresados el 67.5% eran varones y el 32.5% estuvo representado por las mujeres. La edad media fue de 65.7 años con valores extremos de 24 y 93. Los mismos presentaron una estancia media de 2.17 días .el 84.4 de las intervenciones fueron electivas el 12.7% de urgencias y el 2.9% fueron emergencias.

Las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron la insuficiencia cardiaca con 12.9% el fracaso renal agudo 6.5% y las hemorragias aguda intratorácicas con 4.4de los accidentes vasculares con 3.4% (Reviejo, Laviñeta , Samaniego, Romo, & Choperena, 2002).

La importancia de este estudio radica en que sirve como referencia para conocer las características epidemiológicas de la población sometida a cirugía cardiaca en países con condiciones socioeconómicas diferentes al Ecuador.

Con el objetivo de desarrollar un modelo predictivo de morbilidad en pacientes intervenidos de cirugías cardíacas bajo circulación extracorpórea fueron

estudiados 483 pacientes en el que mediante análisis discriminantes se seleccionaron variables predictoras de una estancia en UCI, superior a 7 días, de forma que la estancia prolongada pudiera quedar asociada de forma inequívoca a la presencia de alguna complicación post operatoria.

El análisis de la morbilidad en cirugía cardíaca mediante modelo predictivo puede ser un avance importante en la evaluación de los cuidados intensivos peri operatorio. Variables elementales como edad, duración de bypass cardiopulmonar, y situación respiratoria y hemodinámica post bomba permiten estratificar la probabilidad de mayor estancia en UCI y pueden asociarse a mayor morbilidad (EPICURE, 2002, pág. 158).

El estudio realizado por KOERICH. C (2017) con el objetivo de describir el perfil epidemiológico de una población sometida a revascularización cardíaca y comprender como esa población tiene acceso a los servicios de salud para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes demostró la necesidad de implementar acciones estratégicas que faciliten el acceso y el acompañamiento de los pacientes a los servicios de salud, antes y después de la revascularización cardíaca (Koerich, y otros, 2017, pág. 1)

1.2 Fundamento Teórico.

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: ocasionando más del 80% de las defunciones por esta causa.

Según el Hospital Metropolitano de Quito en el” Ecuador las enfermedades cardiovasculares, actualmente ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad, y son cada vez más frecuentes en el país”.

Los factores de riesgo convencionales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, influyen de forma negativa en el pronóstico de la enfermedad cardiovascular (García, I, 2017, pag.3)

Loriga y otros autores (2013) afirman que los factores de riesgo no se dan en individuos aislados sino que se trata de pacientes que muchas veces tienen varios factores de riesgo a la vez.

Se ha visto, por ejemplo que en pacientes con hipertensión arterial ligera, el riesgo de enfermedad cardiovascular está también determinado por varios factores además del nivel de la presión arterial, estos incluyen edad, sexo masculino, eventos cardiovasculares o cerebro vasculares previos, daños a órganos blanco tales como hipertrofia ventricular o enfermedad renal, tabaquismo, diabetes, dislipidemia, obesidad central y sedentarismo; la presencia de uno o más de estos factores, puede ser un mejor determinante de riesgo que una simple elevación ligera de la presión arterial (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 8).

Los pacientes con diabetes que desarrollan enfermedades cardiovasculares generalmente tienen una evolución más tórpida pues presentan una enfermedad aterosclerótica mucho más avanzada y las lesiones coronarias son mucho más complejas (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 6).

Afectan generalmente a varios vasos del corazón, las placas tienen una carga lipídica más elevada, la cual las hace propensas a la ruptura y durante el intervencionismo se presenta en un mayor por ciento el fenómeno de no reflujo, los niveles de glicemia son además pronósticos para el paciente pues a medida que se encuentren más elevados mayor es la mortalidad y las complicaciones para el paciente (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 6).

Las alteraciones del metabolismo de la glucosa son frecuentes en pacientes con enfermedad coronaria y hay que identificarlas. Dado que una prueba anormal de tolerancia a la glucosa es un factor significativo de riesgo de futuros eventos cardiovasculares tras la enfermedad (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 6).

Entre las enfermedades cardiovasculares que existen, la enfermedad más temida es el infarto agudo de miocardio.

El infarto agudo de miocardio es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria.

Para evitar padecer una enfermedad coronaria es necesario cuidar los hábitos de vida y reducir los factores de riesgo, control de la HTA, del colesterol, de los

triglicéridos, no fumar, evitar la obesidad, sedentarismo, hacer ejercicios físicos, controlar la diabetes mellitus y manejar el estrés (García, I, 2017, pag.7)

1.2.2 Características clínicas epidemiológicas.

Las características clínicas epidemiológicas son un procedimiento de análisis fundamentado en la epidemiología descriptiva, para caracterizar las situaciones esenciales asociados a la ocurrencia de ciertos eventos y su impacto en el colectivo de una población (Muñoz Lu, 2011, pag.2)

En la actualidad se conoce que la primera causa de muerte en el mundo desarrollado son las enfermedades del corazón principalmente las motivadas por daño a nivel de las arterias coronarias. La incidencia de cardiopatía isquémica e infarto agudo de miocardio (IAM) aumenta con la edad, siendo máxima entre los 50 y los 65 años y es excepcional antes de los 35 años (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 4).

Existen los llamados factores de riesgo coronarios, se ha demostrado que en los enfermos diagnosticados de una cardiopatía coronaria, existe una incidencia mayor de estos factores que en la población en general, los cuales pueden ser biológicos y/o hábitos adquiridos (Loriga, Pastrana, & Quintero, 2013, pág. 4).

A pesar de los múltiples desarrollos socioeconómicos, de su impacto en la calidad de vida a nivel global y de los avances en medicina, la enfermedad cardiovascular sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad mundial.

Las actividades de los principales factores de riesgo en poblaciones de referencia que se efectúan en la atención primaria de salud desempeñan un papel de gran valor para determinar y evaluar el riesgo individual de cada persona y de esta manera realizar un plan de acción que permita el control y la modificación de estos factores (García, I, 2017, pag.7)

En el año 2013 se presentaron 17.3 millones de muertes relacionadas con la enfermedad cardiovascular y se espera que aumente a 23.6 millones al año 2030 sobre todo en países en desarrollo con recursos limitados para el diagnóstico y tratamiento (Acosta Ju, 2015, pag.10).

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 declina los factores de riesgo en el tratamiento de las mismas (Borrayo Ga, 2016, pag.2)

En el Ecuador las enfermedades cardiovasculares se encuentran en el segundo lugar de las principales causas de mortalidad general con un 6.3% (INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones, Año 2009).

1.2.3 Atención en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca.

La enfermería como profesión y las enfermeras/os como personas que la ejercen, constituyen una parte muy importante en el contexto del sistema sanitario, ya que su contribución es decisiva dentro del equipo de salud (Hernandes, 2018, pág. 7)

La prestación de servicios por parte de las enfermeras es de un tipo de cuidados basados en una visión del individuo dotado de necesidades y respuestas humanas, siendo estas el centro de atención en la práctica profesional de enfermería (Hernandes, 2018, pág. 7).

La intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de una enfermedad; actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto, la profesión de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas (Jiménez, 2001, pág. 1).

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. (Gagliardi, 2016, pág. 2).

El control del dolor es un objetivo importante de los cuidados de las personas hospitalizadas, no obstante, continúa observándose dolor postoperatorio en la mayoría de los pacientes ingresados.

Los niveles de dolor experimentados por los pacientes sometidos a cirugía cardíaca son a menudo altos y además sub-tratados. Por lo tanto, se recomienda que todos los pacientes de cirugía cardíaca reciban analgésicos y sedación adecuados durante el postoperatorio inmediato para evitar posibles complicaciones relacionadas con el dolor (Duro, 2017, pág. 7).

1.2.4 Base Ético-Legal en Ecuador

En nuestro país la Constitución Política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al Consentimiento Informado, pero en la Ley Orgánica de la Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre el consentimiento informado.

La Ley Orgánica de la Salud dice: “Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.
- f) Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;”

El Código de Ética Médica del Ecuador dice: “Art. 15.- El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que esté de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos la autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones.

Art. 16.- Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico

tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.”

Se informará sobre los objetivos y alcance de la presente investigación a todos los pacientes para ser incluidos en este estudio y se solicitará su consentimiento informado (Anexo 1) que ofrece el centro de salud donde se realizará el estudio, cumpliendo todo lo requerido para estudios en salud (Helsinki, 2013). Así mismo, se solicitará el permiso del director de la Clínica de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta-Angio-Manabí.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Materiales Y Métodos

2.1.1 Tipo de investigación

De acuerdo al estudio abordado en referencia a "Características clínico epidemiológicas del paciente intervenido de cirugía cardíaca en la ciudad de Manta" 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).

El presente estudio se centra en evaluar y analizar las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, del Centro de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angio-Manabí, Ecuador; en la etapa comprendida entre: mayo-julio de 2019.

2.1.2 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio 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).

En nuestro caso se describieron las características clínicas epidemiológicas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, así como el estudio de aspectos relacionados con características de tipo subjetivo como es el nivel de ansiedad

Teniendo en cuenta el tiempo en que se recolectarán los datos, corresponde a un estudio **prospectivo**. El estudio prospectivo, o estudio de corte, los factores y variables potenciales identificadas en el presente son relacionadas con resultados posibles en el futuro (Balestrini, 2006). (Balestrini Acuña, 2006)

2.1.3 Métodos de investigación

Los métodos empleados fueron:

- **Descriptivo:** la investigación identifica y toma nota de los aspectos o condiciones que conllevan los usuarios intervenidos de cirugías cardíacas.
- **Analítica.** – la investigación estudia las características clínicas epidemiológicas de los usuarios intervenidos de cirugías cardíacas.
- **Sintética.** - la investigación diagnosticará un muestreo de persona durante un tiempo determinado. En ese caso, el encuestador preguntara a la persona y a partir estas preguntas, es capaz de descubrir las características clínicas epidemiológicas de la población intervenida de cirugías cardíacas.

2.2 Población y Muestra

(Tamayo y Tamayo, 2006)), define a la población como la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de las unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto “N” de entidades que participan de

una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación

La población estuvo constituida por 76 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en el período comprendido entre Mayo y Julio del 2019, en el Centro de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angio-Manabí, Ecuador.

2.2.1 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).

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:

Dónde:

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.

Parametro	Valor
N	76
Z	1,96
P	50%
Q	50%
E	3%

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

$$n = \frac{(1,96)^2 (0.5)(0.5)(76)}{(1,96)^2 (0.5)(0.5) + 76(0.05)^2}$$

$$n = 71$$

Se realizó un muestreo aleatorio de tipo probabilístico obteniéndose una muestra de 71 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adultos mayores de 18 años, ingresados en la unidad de cuidados intensivos que fueron intervenidos de cirugía cardíaca
- Pacientes conscientes con capacidad de interactuar con personal de salud
- Aceptar por escrito participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes bajo los efectos de la sedación y
- aquellos que negaron su consentimiento para participar en el estudio.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.3.1 Recolección de datos

La recolección de los datos de los pacientes, en este estudio se obtuvo a partir de la historia clínica (Anexo.2), que registra los datos generales referidos a su identificación (nombre, edad cronológica, procedencia) diagnóstico preoperatorio, datos referentes a la presencia de antecedentes patológicos personales (comorbilidades), como son: arritmias, HTA, HTP, EPOC, DM, IC o sus equivalentes, antecedentes de AIA o IAM <de 6 meses, dislipidemia, nefropatías, hepatopatías, coagulopatía, FEVI<40 %, asma, tabaco, alcohol, Ictus, anemia, alergia.

2.3.2 Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados para la realización de la investigación tenemos: la historia Clínica, y la Hoja de Anestesia y Reanimación, así como Cuestionario Español de Dolor elaborado “ad hoc” de 6 ítems en el que se incluye la escala EVA.

Para los datos de los pacientes se elaboró una hoja de registro de la información, diseñada previamente.

2.3.3 Procedimiento para la investigación

Todo paciente que resultó candidato para la cirugía cardíaca, y cumplió con los criterios de inclusión, se le aplicó el modelo de consentimiento informado para investigación, se le procedió a realizar el test de Hamilton en el que fue valorado el nivel de ansiedad. Se realizó además la revisión de la historia clínica. Los datos fueron asentados en la hoja de registro de la información, diseñada previamente.

Una vez concluido el acto quirúrgico y el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados coronarios intensivos posquirúrgicos (UCIC), se procedió a la revisión diaria de los registros de la UCIC que aportaron datos relacionados con los cambios significativos que experimentó el paciente posoperado de cirugía cardíaca.

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS versión 22. El análisis descriptivo de los indicadores se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

2.4 Análisis e interpretación de resultados

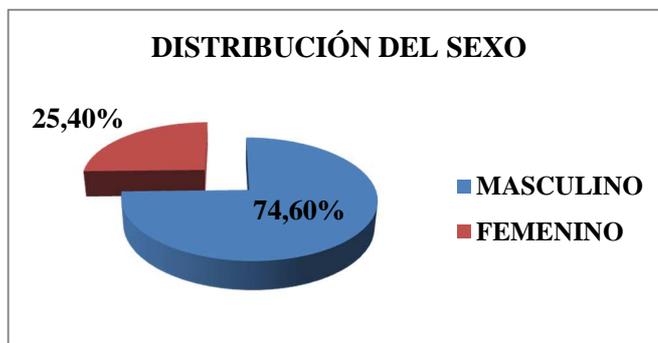
A continuación, en la Tabla No.1 se muestra el promedio de edad en relación al sexo, y el porcentaje en cuanto a la distribución por sexo.

Tabla 1. Distribución del promedio de edad en años por sexo

Cardiocentro manta junio-julio 2019

Sexo	Media de edad	Frecuencia	Porcentaje	desv.típica
Masculino	62,68	53	74,60%	10,09
Femenino	58,94	18	25,40%	11,943
Total	61,73	71	100%	10,627

Gráfico No.1 Distribución del sexo



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. Según los resultados obtenidos la edad estuvo comprendida entre los 20 y los 80 años con una media de 61.73, una DE +/- 10.6 y un predominio significativo en pacientes del sexo masculino correspondiente a un 74.6 %.

Discusión:

Numerosos estudios referentes a la caracterización clínica-epidemiológica de pacientes que fueron intervenidos de cirugía cardíaca coinciden en la prevalencia del sexo masculino y un rango de edad entre los 50 y 75 años.

En relación a este último indicador, cabe destacar que en nuestra investigación la edad abarcó mayor rango de edad (20 a 80 años). Lo que puede influir en que la edad promedio general fuera ligeramente menor a la encontrada en la literatura consultada. (Koerich, y otros, 2017, págs. 1-6), (Bergadá García, Riera Sagrera, Soriano Zaragoza, Zarzar Flores, & Albertos Salvador, 2002, pág. 1).

Pocos estudios informaron una prevalencia de mujeres (de Oliveira, de Sena, Frota, & de Oliveira, 2010, pág. 237) o individuos menores de 50 años (Ponte, y otros, 2013, pág. 3677) entre los participantes que se sometieron a CABG, lo que indica una población prevalente de individuos varones ancianos.

En relación a los hábitos tóxicos, la totalidad de la población estudiada muestra un elevado consumo de café 71 (100%), seguida del sedentarismo 51 (71.83%) y en menor grado tenemos el consumo de tabaco 21 (29.57%) y el consumo de alcohol 15 (21.12%).

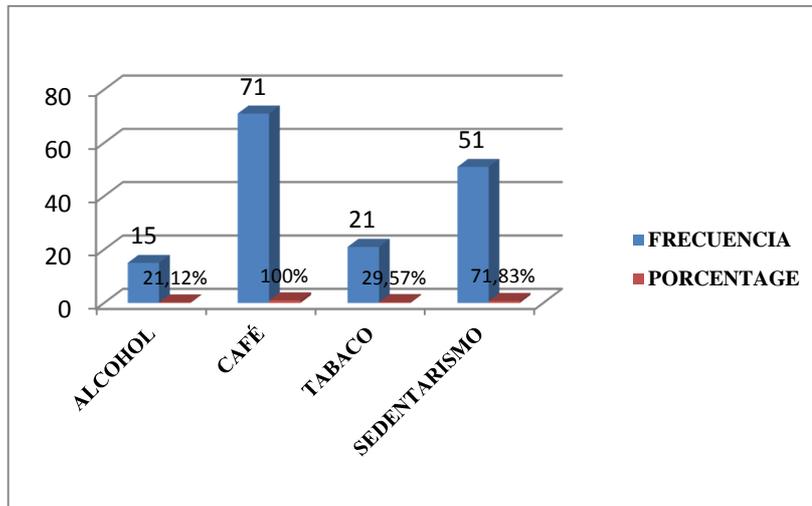
Los resultados de nuestro estudio coinciden con los reportados por la literatura consultada, en cuanto a la presencia de los mismos, mas no en la prevalencia

Tabla 2. Hábitos tóxicos

cardiocentro manta junio-julio 2019

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	15	21,12%
Café	71	100%
Tabaco	21	29,57%
Sedentarismo	51	71,83%

Gráfico No.2.- Hábitos Tóxicos



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. De acuerdo a la tabla y gráfico número 2 en relación a los hábitos tóxicos, la totalidad de la población estudiada muestra un elevado consumo de café 71 (100%), seguida del sedentarismo 51 (71.83%) y en menor grado tenemos el consumo de tabaco 21 (29.57%) y el consumo de alcohol 15 (21.12%).

Discusión:

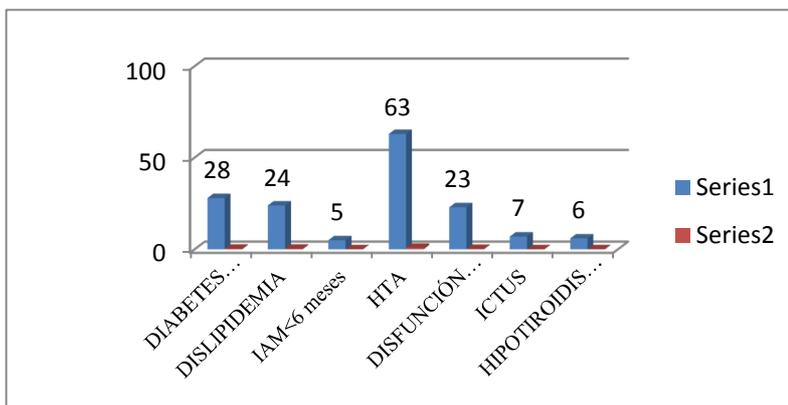
Los resultados de nuestro estudio coinciden con los reportados por la literatura consultada, en cuanto a la presencia de los mismos, mas no en la prevalencia

Un estudio realizado en Brasil reportó en su población factores de riesgo tales como: hábitos alimentarios, la inactividad física, el estrés y la obesidad. A nivel mundial se reporta un notable aumento en la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo exagerado de alcohol (Vélez, 2015).

Tabla 3. Comorbilidades De La Población.
Cardiocentro Junio-Julio 2019

Antecedentes Patológicos Personales	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus II	28	39,40%
Dislipidemia	24	33,80%
Iam<6 Meses	5	7,04%
Hta	63	88,70%
Disfunción Renal	23	32,30%
Ictus	7	9,85%
Hipotiroidismo	6	8,45%

Gráfico No.3.- Comorbilidades de la población.



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. De acuerdo a la tabla y gráfico número 3 en relación a las comorbilidades de la población, en la Tabla III se destacan la HTA 63 (88,70%), la DM tipo II con 28 casos (39.40%), la dislipidemia 24 (33.80%), y la disfunción renal 23 (32,30%) seguidos del ictus cerebral 7 (9,85%), el hipotiroidismo 6 (8,45%) y el IAM<6 meses 5 (7,04%) respectivamente.

Discusión:

En Brasil, los estudios con pacientes sometidos a cirugía cardíaca, muestran que más del 50% de los sujetos tenían enfermedades preexistentes, especialmente hipertensión y diabetes (Koerich, 2017).

Estudios similares han demostrado que más de la mitad de los participantes con enfermedad de la arteria coronaria sometidos a cirugía cardíaca, tenían factores

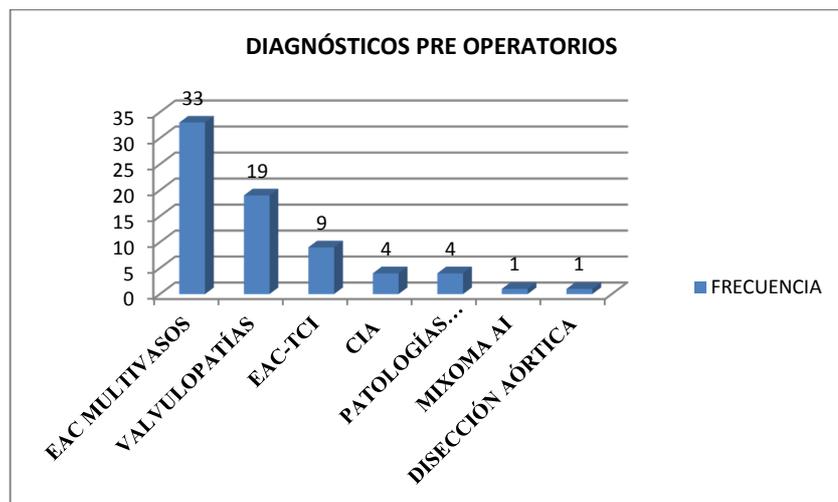
de riesgo de ECV, presión arterial predominantemente alta, seguida de dislipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo e historia familiar de ECV.

Tabla 4. Diagnósticos Preoperatorios

Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Diagnósticos Preoperatorios	Frecuencia	Porcentaje
Eac Multivasos	33	47%
Valvulopatías	19	26,60%
EAC-TCI	9	12,70%
CIA	4	5,60%
Patologías Combinadas	4	5,60%
Mixoma AI	1	1,40%
Disección Aórtica	1	1,40%
Total	71	100%

Gráfico. No.-4 Diagnósticos preoperatorios



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. Según los resultados se aprecia que el 46.5 % de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca presentaron enfermedad multivasos de las arterias coronarias.

Le siguen en orden de frecuencia las enfermedades valvulares, 19 (26,60%). En el caso de la comunicación interauricular, (CIA) la misma representó el 5.60% con 4 al igual que las patologías combinadas, que corresponden a la coexistencia

de las valvulopatías aórtica y mitral, con las enfermedades de las arterias coronarias.

Le siguen en orden de frecuencia, los mixomas de la aurícula izquierda (AI) y la disección aórtica aguda, cada una de ellas con el 1,4 %. Dentro de la población estudiada, encontramos que las válvulas aórtica y mitral fueron las más afectadas dentro del grupo de las enfermedades valvulares.

Discusión:

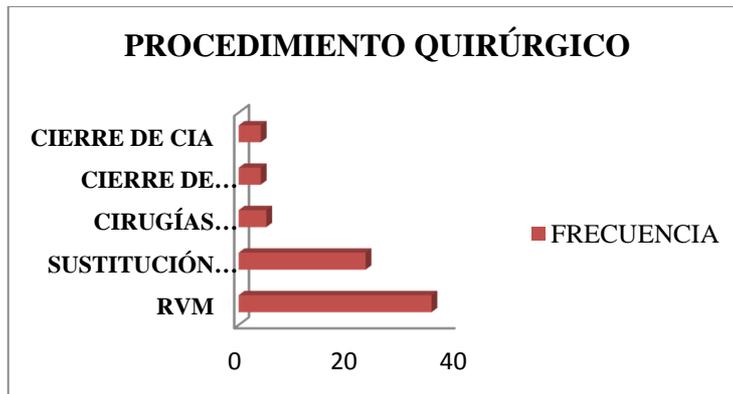
Estudios del Banco Mundial estiman que la cardiopatía coronaria será la primera causa de muerte en el mundo para el año 2020. Este fenómeno se atribuye a los cambios que se han producido en los países en vías de desarrollo: el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y por el cambio de estilo de vida, a un modelo "occidental", con menos actividad física y mayor consumo de calorías y grasas animales. (Lanas, Del Solar, Maldonado , Guerrero , & Espinoza , 2003, pág. 129)

Diversas series consultadas, muestran que la enfermedad valvular y la enfermedad coronaria seguida de las patologías combinadas, son los diagnósticos más frecuentes en pacientes con indicación de cirugía cardíaca (Rodríguez , y otros, 2002, págs. 1-5). Este hecho obedece a la tendencia al envejecimiento de la población a nivel mundial, lo cual conlleva al aumento en el número de pacientes de edad avanzada con indicaciones para ser intervenidos de cirugía cardíaca, debido a que la edad va dejando de ser una contraindicación absoluta (Reeves y Murphy, 2008).

Tabla 5. Procedimiento Quirúrgico
Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Procedimiento Quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
RVM	35	49,30%
Sustitución Valvular	23	32,40%
Cirugías Reparadoras	5	7%
Cierre de Defecto	4	5,60%
Cierre de CIA	4	5,60%
Total	71	100%

Gráfico No.5 Procedimiento quirúrgico



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. Según los resultados obtenidos el tipo de cirugía que predominó fueron las cirugías de revascularización miocárdicas (RVM) con un 49.3%, seguidas de las sustituciones valvulares y por último las cirugías reparadoras con un 5.6% respectivamente.

Discusión:

Los resultados del estudio no presentan diferencias significativas con las de otras publicaciones procedentes tanto del ámbito regional como de países con características diferentes.

Un estudio realizado por la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular en el 2015 donde se muestra la actividad quirúrgica de 62 centros; las cifras indicaron que la cirugía valvular, ya sea aislada o combinada con revascularización coronaria, representó el 51,22 % de los casos registrados. Se observó una tendencia al incremento progresivo de la cirugía valvular, la cirugía coronaria y los procedimientos misceláneos, y se mantuvieron las cifras en la cirugía de la aorta y de las cardiopatías congénitas (CC). (Polo López, y otros, 2016, pág. 292)

Esta situación se debe a que en Europa existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares especialmente la cardiopatía isquémica y las valvulopatías, las cuales requieren de indicación quirúrgica cuando se encuentran en una etapa avanzada o se necesita una cirugía de remplazo valvular o una combinación de ambos tipos de cirugía (Martín Peñacoba, Baena Díez, & Altés Boronal, 2005, págs. 367-373).

En el ámbito regional podemos destacar el estudio realizado en el Hospital “Carlos Andrade Marín” en la ciudad de Quito, Ecuador (2015); que recoge la estadística relacionada con la cirugía cardíaca: en la que la cirugía valvular alcanzó el 45 %: (aórtica; 50%); (mitral, 46.9%); respecto a la cirugía de RVM con un 14 %, (5 pacientes con enfermedad de tronco izquierdo y 16 con enfermedad tri vascular). (Aguirre, Ortega , & Arcos, 2015, pág. 1).

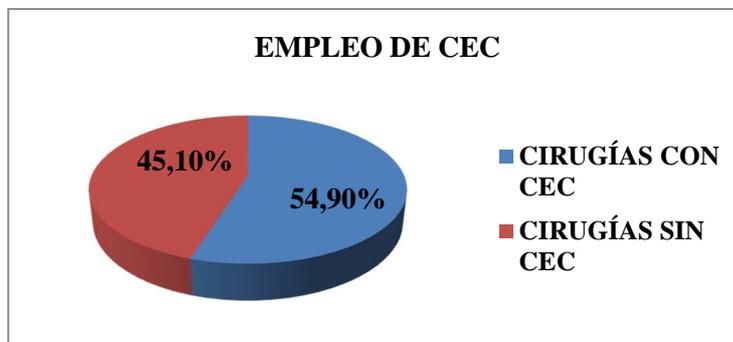
La Tabla No.5 nos muestra el porcentaje de intervenciones quirúrgicas que requirieron circulación extracorpórea (CEC).

Tabla 6. Distribución de cirugías con CEC

Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Empleo De CEC	Frecuencia	Porcentaje
Cirugías con CEC	39	54,90%
Cirugías sin CEC	32	45,10%
Total	71	100%

Gráfico No.6 Empleo de CEC



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. Según los resultados obtenidos del total de las cirugías cardíacas realizadas, que fueron 71 (100%); el 54.9 % de las intervenciones quirúrgicas, se realizaron con CEC. Lo que indica que más de la mitad de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca fueron expuestos a esta técnica.

Discusión:

Estos resultados coinciden con la literatura científica consultada. Un estudio realizado en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona en el

año 2002, en el que se analizaron los datos de 302 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, demostró que se utilizó la técnica de circulación extracorpórea (CEC) en el 85 % de los casos. (Rovira, Solsona, Tomasa, Pérez-Moltó, & Ruyra, 2002, pág. 156)

La cirugía con CEC, es la técnica más utilizada en la práctica clínica actual, y los avances tecnológicos y quirúrgicos han permitido excelentes resultados. Por otra parte, la cirugía de revascularización miocárdica (RVM) sin CEC ha ganado aceptación en la medida que muestra una disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad, generando de esta forma una reducción de los costos en la atención al paciente. Contrariamente, otros autores afirman que la cirugía de RVM sin CEC, implica riesgos de inestabilidad hemodinámica intraoperatoria y de revascularización incompleta, que aumentan la morbilidad y mortalidad a largo plazo. (Godinho, Alves , Pereira, & Santos Pereira, 2012, pág. 91)

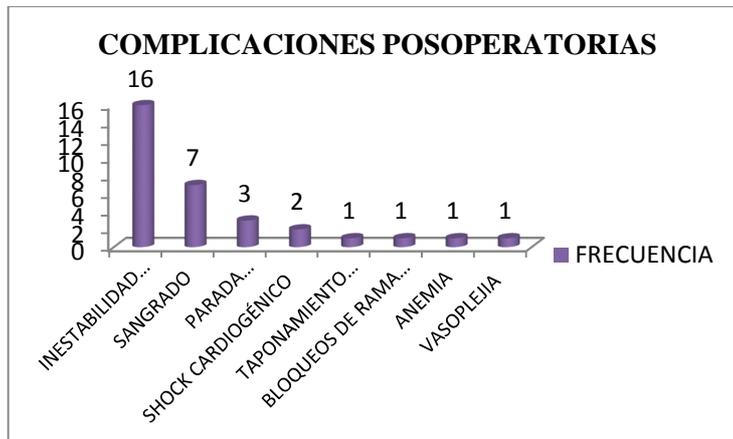
En tanto podemos concluir que la aparente superioridad de la técnica quirúrgica de RVM sin CEC en comparación a la cirugía de RVM con CEC, carece de demostración en contextos clínicos particulares.

Tabla 7. Complicaciones Posoperatorias

Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Complicaciones Posoperatorias	Frecuencia	Porcentaje
Inestabilidad Hemodinámica	16	50,00%
Sangrado	7	21,87%
Parada Cardiorespiratoria	3	9,30%
Shock Cardiogénico	2	6,25%
Taponamiento Cardíaco	1	3,12%
Bloqueos De Rama Izquierda	1	3,12%
Anemia	1	3,12%
Vasoplejia	1	3,12%
Total	32	43,70%

Gráfico No.7 Complicaciones posoperatorias



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. En el presente estudio, las complicaciones posoperatorias, representaron el 43.7 % de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca

De acuerdo a los datos se presentaron en orden de frecuencia, la inestabilidad hemodinámica con el 22.5%, seguida del sangrado posoperatorio con el 9.9%, la parada cardiorrespiratoria (PCR) con el 4.2%, el SC con el 2.8%.

En menor proporción se presentaron el taponamiento cardíaco, los BRIHH, la anemia severa y la vasoplejia todas ellas con el 1.4% respectivamente.

Cabe señalar que del total de pacientes que presentaron complicaciones (31), sólo tres de ellos desarrollaron más de dos complicaciones posoperatorias. El sangrado posquirúrgico y la inestabilidad hemodinámica constituyeron condicionantes en los tres casos. Se evidenció asociación entre las variables sangrado posoperatorio, PCR, y SC con el número de fallecidos, reportándose una $p=0.001$ para las dos primeras, y una $p=0.006$ para el SC, siendo estadísticamente significativas.

Discusión:

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian algunas diferencias en relación a los datos de un estudio similar realizado en Quito, Ecuador en el año 2010; en el que se estudiaron 147 pacientes.

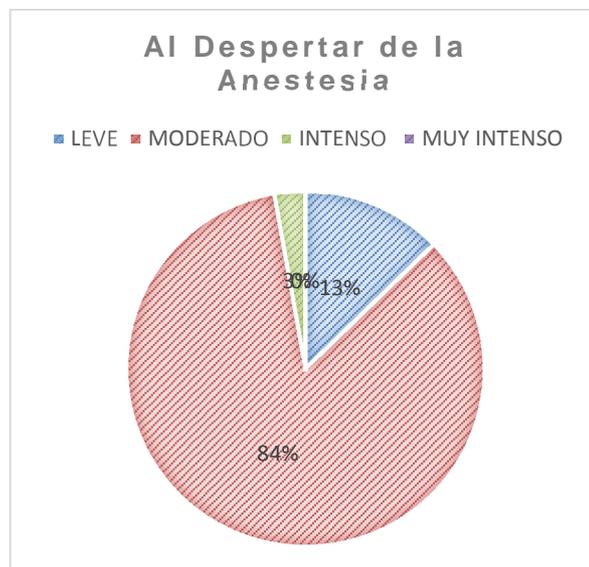
Las complicaciones reportadas fueron: la sepsis asociada a la ventilación mecánica (32%), síndrome de bajo gasto cardíaco (30%), el infarto de miocardio perioperatorio (8%), la hipertensión arterial (6%) además del sangrado posquirúrgico, el delirium, la insuficiencia renal, la insuficiencia hepática representando el 4.3% cada uno de ellos. (Aguirre, M., Ortega, H., & Arcos, R., 2015)

Tabla 8. Intensidad del Dolor

Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

	Al Despertar de la Anestesia		Tras la Extubación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Leve	9	12,70%	27	38%
Moderado	60	84,50%	38	53,50%
Intenso	2	2,80%	4	5,60%
Muy Intenso	0	0%	2	2,80%
Total	71	100%	71	100%

Grafico 8. Intensidad del Dolor



Fuente: Datos de la historia clínica

Análisis e interpretación. Los resultados que se muestran relacionados con la intensidad del dolor, evidencian que la totalidad de los pacientes estudiados, 71 (100%), presentaron este episodio.

El dolor de moderada intensidad predominó tanto en el grupo de pacientes con dolor al despertar de la anestesia, 60 (84.5%) como en el grupo con dolor tras la extubación 38 (53.5 %). El dolor intenso o muy intenso fue reportado solamente en el 2.8% de los casos.

Discusión:

Estos resultados pueden estar asociados con el manejo analgésico, los casos que requirieron ventilación mecánica superior a las 24 horas se les administró infusión de fentanyl, y de midazolam respectivamente. Los pacientes que se extubaron durante las primeras 12 horas fueron tratados con tramadol en infusión intravenosa exclusivamente, además de la ausencia de medidas no farmacológicas.

En relación a la presencia del dolor posoperatorio podemos concluir que los resultados de nuestra investigación son consistentes con los reportados por la literatura internacional. Moreno-Monsivais y otros (2017), afirman que el 90 % de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, presentan dolor posoperatorio, y que el 60 % sufre dolor de moderado a intenso en sus primeras horas posquirúrgicas (pag.5).

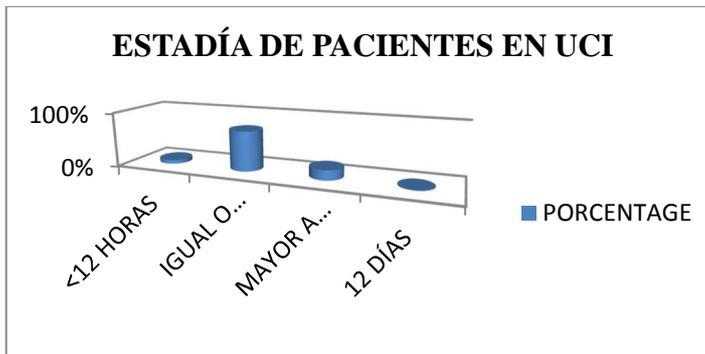
Numerosas encuestas realizadas evidencian que entre el 30-50% de los pacientes ingresados padecen dolor de moderado a severo tras una intervención quirúrgica. (Velázquez González, Valdés Llerena, & Pérez Guirola, 2010, pág. 50).

Tabla 9. Estadía de los Pacientes en UCI

Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Horas/Días	Frecuencia	Porcentaje
<12 Horas	5	7%
Igual O Menor 72 Horas	52	73,30%
Mayor A 72 Horas	13	18,30%
12 Días	1	1,40%
Total	71	100%

Gráfico. No.9 Estadía de pacientes en UCI



Fuente: Historias clínicas

Análisis e interpretación. La estadía promedio de los pacientes fue de 3.06 días, con mínimo de 0 días- máximo de 12 días, (DE +/- 1.748). (Ver Tabla No.9).

El 80.3 % de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (57) tuvo una estadía igual o menor a los tres días. Es necesario destacar que del total de pacientes (71), 100 %, 5 pacientes (7 %), no llegaron a completar las 24 horas en la UCI ya que fallecieron. Un solo paciente tuvo una estadía de 12 días para 1.4%. En tanto que catorce de ellos tuvieron estadía superior a las 72 horas, para un 19.7%. (Ver Tabla No.9).

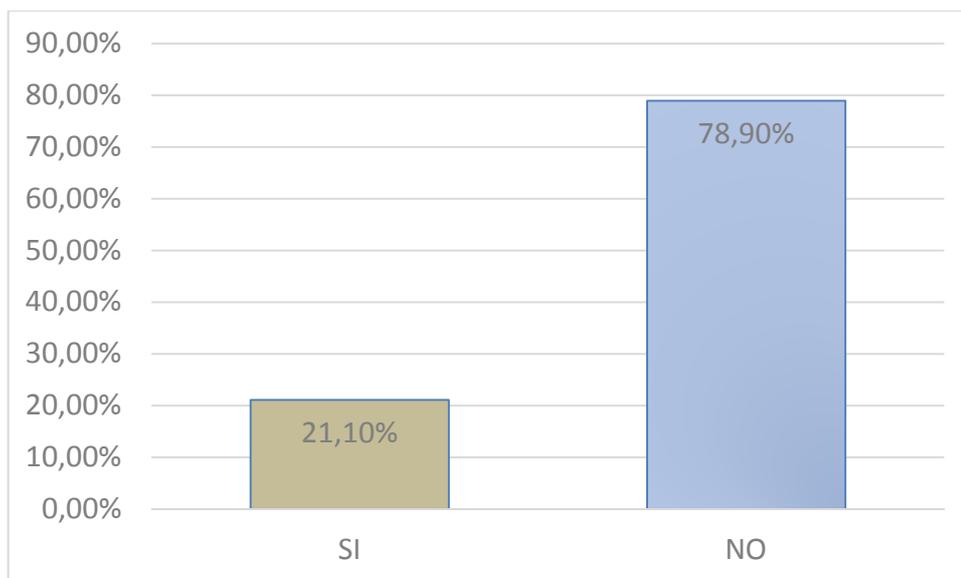
Discusión:

Los resultados reportados por la literatura afirman que la mayoría de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (CC), precisan una estancia en UCI entre 48-72 horas. Este resultado puede variar entre el 4 y el 11%. En tanto que, el 5-6% de los pacientes precisan de una estancia prolongada en dichas unidades, (Barrios Gutierrez, 2017.). Etayo y otros, (2014) reportaron una estadía promedio de los pacientes en UCI de 6.1días (pag.121). Por lo que los datos de nuestro estudio son consistentes con los reportados por la literatura mundial.

Uno de los hallazgos de nuestro estudio fue que de los 31 pacientes que presentaron complicaciones, 21 (67.7%), tuvieron una estadía igual o superior a las 72 horas. En el resto de los casos 10 (32.3%) la estadía superó las 72 horas. Sólo un paciente (1.4%) precisó de una estancia prolongada de 12 días.

Tabla 10. Comportamiento de la Mortalidad
Cardiocentro Manta Junio-Julio 2019

Fallecidos	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	21,10%
No	56	78,90%
Total	71	100%



Fuente: Historias clínicas

Análisis e interpretación. Según los resultados obtenidos de 71 pacientes (100 %), fallecieron 15 de ellos, representando el 21.1% del total de defunciones. Catorce de ellos (93.3 %) lo hicieron en las primeras 72 horas, cinco de ellos (33.3%) fallecieron antes de las 24 horas. Sólo un paciente (6.7%) falleció a los 12 días.

Discusión:

Los resultados en cuanto a la mortalidad en nuestro estudio, es superior a la reportada por otras series, sospechamos que estos datos pudieran estar relacionados con la edad y comorbilidades de nuestros pacientes, el tipo de cirugía, la duración del procedimiento, el tiempo de CEC, tiempo de pinzamiento aórtico, además de los eventos relacionados con la evolución del paciente.

Las complicaciones posoperatorias relacionadas con las defunciones fueron: la inestabilidad hemodinámica 8 (33.3%), el sangrado 5 (33%), la parada

cardiorrespiratoria 3 (20%), el SC con 2 pacientes (13%) y la vasoplejia 1 (6%). Las variables asociadas a la mortalidad fueron sangrado posoperatorio, PCR, y SC, reportándose una $p=0.001$ para las dos primeras, y una $p=0.006$ para el SC, resultando estadísticamente significativas.

De acuerdo a la literatura mundial la mortalidad de la cirugía cardíaca está entre el 2 y 5 %. Aguirre, M., Ortega , H., & Arcos, R. (2015). Un estudio sobre el análisis de la mortalidad por cirugía cardíaca en México, reportó una mortalidad del 9.2%.

Las complicaciones que mayormente incidieron en la mortalidad fueron: el shock cardiogénico en el 42.8 %, shock séptico en el 21.43 % (50 % por neumonía nosocomial, 25 % por mediastinitis y 25 % por otras fuentes de infección), el 16.6% falleció por shock hipovolémico, 7% por shock mixto y el 12.3% por otras causas, las cuales incluyen trombosis y necrosis mesentérica y coagulación intravascular diseminada. (Rodríguez-Hernández, García Torres, Bucio Reta, & Baranda Tovar, 2018). Aguirre y otros (2015) incluyen el SBGC en 30%, infarto de miocardio perioperatorio 8%, entre otros.

CAPITULO III

ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA.

3.1 Guía de atención de enfermería en el paciente intervenido de cirugía cardíaca basada en la caracterización clínica epidemiológica de esta población.

3.1.1 Tipo de pacientes participantes y beneficiarios del programa

La guía de atención de enfermería basada en la caracterización clínica epidemiológica, se dirige a todos los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

3.1.2 Desarrollo de la propuesta

La propuesta se desarrolló ya que al realizar una búsqueda bibliográfica hay un déficit de información estandarizada hacia el cuidado y atención de enfermería en el paciente intervenido de Cirugía Cardíaca.

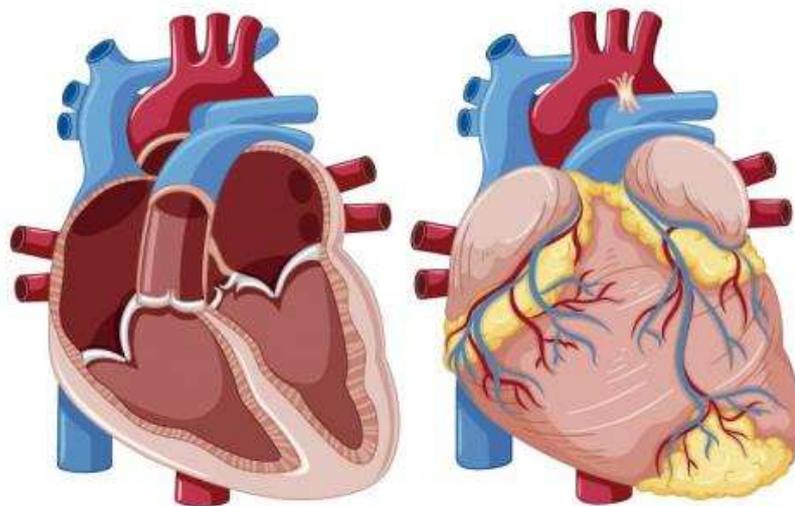
3.1.3 Antecedentes

Mediante las encuestas aplicadas en el proceso de la investigación se comprueba a través de la caracterización clínica epidemiológica que la población intervenida de cirugía cardíaca esta relaciona con enfermedades, que afectan a la población y contribuyen a desarrollar patologías cardíacas que conllevan a la cirugía cardíaca.

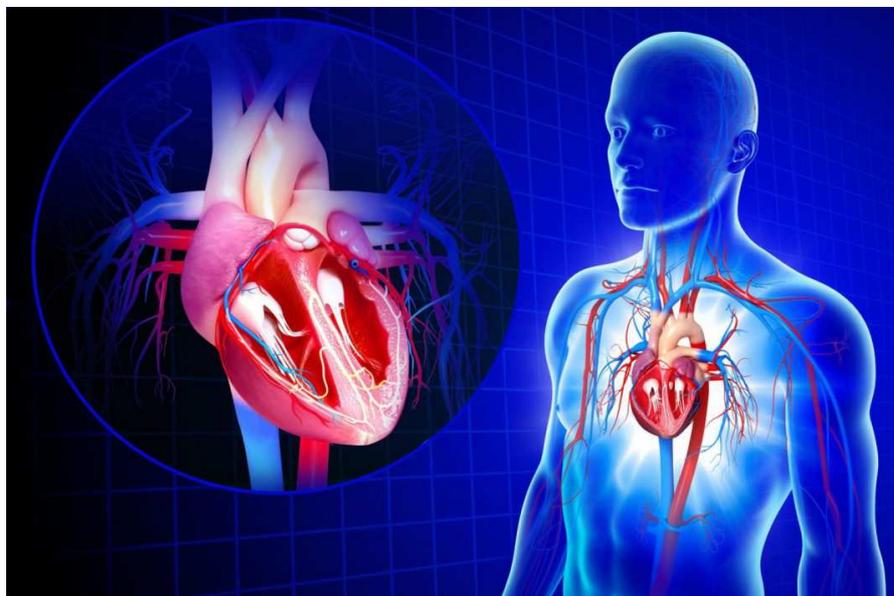
Las principales patologías que se detectaron en la investigación son, la hipertensión arterial, diabetes mellitus II, dislipidemia y disfunción renal.

3.1.4 Fundamentación

El propósito de la propuesta que se está creando, es implementar una atención de enfermería de acuerdo a la caracterización clínica epidemiológica en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.



**GUIA DE ACTUACION DE ATENCION DE
ENFERMERIA EN EL PACIENTE
INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA
BASADO EN LA CARACTERIZACION
CLINICA EPIDEMIOLOGICA**



Autor: Ramón Antonio Muñoz

INTRODUCCIÓN

Para funcionar correctamente, el corazón necesita la energía (oxígeno y nutrientes) que le llegan a través de las arterias coronarias. Existen diferentes factores de riesgo que pueden afectar a estas arterias: tabaco, diabetes, hipertensión arterial, aumento del colesterol, obesidad, estrés, etc. Los antecedentes familiares también pueden ser importantes.

El principal tratamiento de la enfermedad coronaria es la prevención mediante dieta equilibrada, ejercicio físico y eliminación del hábito tabáquico. La obstrucción de las arterias coronarias provoca un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y las demandas del corazón, lo que ocasiona insuficiencia o enfermedad coronaria y puede manifestarse por angina de pecho o llegar al infarto de miocardio.

Además, en el corazón existen 4 válvulas cardíacas para controlar la salida y entrada de la sangre dentro del corazón; su funcionamiento debe ser perfecto para que la sangre circule en la dirección correcta y a la velocidad adecuada. Estas válvulas pueden deteriorarse de dos maneras: Estenosis, la válvula se estrecha y dificulta el paso de la sangre o Insuficiencia, el cierre de la válvula es imperfecto, lo que sobrecarga el corazón y provoca que trabaje por encima de la normalidad. Pueden estar afectadas desde el nacimiento (defecto congénito) o empezar a dar problemas en edades adultas o en la vejez (fiebre reumática, degeneración, calcificación, traumatismo, etc.); también se pueden infectar (endocarditis).

- ❖ La válvula tricúspide controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.
- ❖ La válvula pulmonar controla el flujo sanguíneo del ventrículo derecho a las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.
- ❖ La válvula mitral permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.
- ❖ La válvula aórtica permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, transporta la sangre al resto del organismo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Orientar al personal de enfermería de las acciones a implementar en el paciente intervenido de cirugía cardíaca basada en la caracterización clínica epidemiológica de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Justificar las necesidades de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en base a las características clínicas epidemiológicas de los mismos.
- Establecer los principales objetivos de la atención del paciente de acuerdo a las necesidades y problemas reales y potenciales.
- Determinar las acciones de enfermería de acuerdo a las comorbilidades de cada uno de los pacientes.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA.

- Prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos fisiológicos provocados por la intervención quirúrgica, obteniendo un reporte completo de la cirugía realizada.
- Identificar y satisfacer las necesidades del paciente, con base en el principio que primero es salvar su vida.
- Evitar complicaciones.
- Educar al paciente y su familia sobre los cuidados específicos que tiene que mantener en su convalecencia hospitalaria y en el hogar; entre más pronto se inicie será más efectiva (Jiménez, 2001, pág. 5).



Cuidados posoperatorios con base en los conceptos de Virginia Henderson

- Necesidad de oxigenación o de respirar normalmente
- Necesidad de hidratación y nutrición o de comer y beber en forma adecuada
- Necesidad de eliminar los residuos corporales
- Necesidad de moverse y mantener la posición deseada
- Necesidad de dormir y descansar
- Necesidad de elegir las prendas de vestir adecuadas, de vestirse y desvestirse
- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de ropa y las modificaciones del entorno
- Necesidad de mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos
- Necesidad de evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros
- Necesidad de comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores y opiniones
- Necesidad de realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
- Necesidad de trabajar de tal forma que sienta satisfacción con lo realizado
- Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad, de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales utilizando para ello los recursos sanitarios disponibles

RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, multifactorial, que afecta a casi un tercio de la población mundial (Ingaramo, 2013), la cual es asociada a estilos de vida que conducen a obesidad, sobrepeso y sedentarismo, así como consumo excesivo de alcohol, sal, tabaco y mal manejo de tensiones que causan estrés; es una de las principales causas de morbi-mortalidad, por lo que constituye un problema de salud mundial (Matamala, 2012).

- Restricción de la ingesta de sal.
- Moderación en el consumo de alcohol.
- Modificación en la dieta diaria
- Reducción y control del peso.
- Actividad física regular.
- Abandono del tabaco.
- Manejo de estrés Intervenciones de Enfermería para la Atención Integral del Adulto con Hipertensión Arterial.
- Adherencia terapéutica



DIETA RECOMENDADA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.

- 300 a 400 grs de frutas, verduras y hortalizas.
- Fibra dietética.
- Cereales integrales.
- Consumo de pescado al menos dos veces por semana.
- Reducción de productos con contenido de grasas saturadas y colesterol



PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBE CONSIDERAR.

- Características culturales, laborales y sociales del paciente.
- Involucrar en el cumplimiento del tratamiento al paciente, la familia y al mismo equipo de salud.
- Acompañamiento a la consulta por una persona de cercana convivencia.
- Optimizar la comunicación con el paciente a través de contacto telefónico.
- Fomentar la participación del equipo de salud y grupos de educación continua a la comunidad.



CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL		
Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión arterial grado 1	140-159	90-99
Hipertensión arterial grado 2	160-179	100-109
Hipertensión arterial grado 3	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90

RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.

Diabetes mellitus (DM) es una enfermedad causada por un desorden metabólico, caracterizada por niveles elevados de glucosa en la sangre y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares a largo plazo que aumentan las causas de morbilidad y mortalidad asociadas a otras dolencias. Es una de las enfermedades crónicas que más favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Carmen Gomez, 2007, pág. 2).



Conseguir un estado nutricional adecuado en todos los pacientes con DM, corregir la desnutrición y evitar el desarrollo de complicaciones asociadas en aquellos que la presenten (Carmen Gomez, 2007, pág. 7).



Adaptar el patrón dietético de cada paciente diabético a los objetivos de control glucémicos, a las posibilidades reales de adherencia y a las costumbres culinarias de cada uno, individualizando en la medida de lo posible (Carmen Gomez, 2007, pág. 7)

Mantener la glucemia dentro de los rangos considerados normales la mayor parte del tiempo, evitando el desarrollo de hipo- e hiperglucemias (Carmen Gomez, 2007, pág. 7).



Adaptar la ingesta calórica para lograr un balance energético apropiado para un peso razonable (Carmen Gomez, 2007, pág. 7).

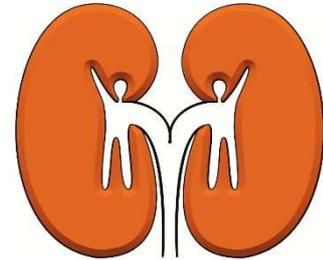
Regular la ingesta de grasas para lograr un perfil lipídico cardiosaludable (Carmen Gomez, 2007, pág. 7)



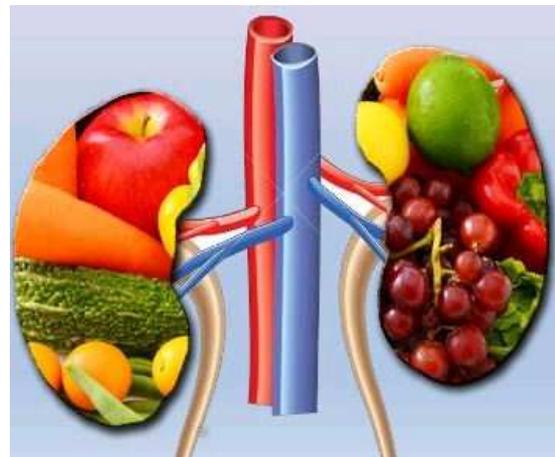
Hacer prevención primaria y secundaria de las complicaciones agudas (hipo- e hiperglucemia, cetoacidosis diabética) y crónicas de la DM (Carmen Gomez, 2007, pág. 7)

RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES CON DISFUNCION RENAL INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.

La disfunción renal es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada (Manuel. 2003. pág. 1)



- Los pacientes con disfunción renal deben recibir un aporte de glucosa de 3-5 g/kg/día.
- La ingesta de grasa debe limitarse a 1 g/kg/día, suspendiendo el aporte de lípidos si se alcanzan niveles de triglicéridos por encima de 300 mg/dl.
- El aporte proteico debe adecuarse a la situación clínica y a la situación catabólica valorada por la aparición de nitrógeno uréico.
- El aporte de aminoácidos como tirosina, histidina, taurina y aminoácidos ramificados debería realizarse en cantidades superiores a las recomendadas para otros pacientes.
- Se recomienda el empleo de glutamina.
- Es importante la valoración del aporte de vitamina A, C y D. Para la vitamina C se sugiere un mínimo de 60-100 mg/día. También se recomiendan aportes mínimos de piridoxina (5-10 mg) y ácido fólico.
- La utilización de dietas estándares de nutrición enteral no plantea problemas si los pacientes están siendo tratados con técnicas de



CONCLUSION

La elaboración de esta guía tiene como propósito facilitar la atención y la educación por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca de acuerdo a las características clínicas epidemiológicas, haciendo énfasis en la nutrición, ya que una alimentación adecuada de acuerdo a las características clínicas del paciente es de gran importancia para la recuperación del paciente.

RECOMENDACIONES

A las instituciones de salud que tomen en cuenta esta guía y con sus aportaciones y conocimientos mejorarla, estandarizarla y de esta manera lograr una mejora en la atención al paciente intervenido de cirugía cardíaca de acuerdo a las características clínicas epidemiológicas del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Baño, A., Domínguez, F., Fernández, L., & Gómez, R. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el postoperado de cardiopatía congénita. *Revista Española de cardiología*, 53(11), 2.
- Carmen Gomez, S. P. (2007). Nutricion y diabetes . *Nutricion y salud*, 7.
- Goldberg, A. (2019). Dislipidemia. *MSD*, 1.
- Jiménez, M. d. (2001). La importancia de la enfermería moderna. *Enfermeria cardiologica*, 5.
- Manuel, J. (2003). Insuficiencia renal aguda. *Rev Med Hered*, 14, 1.
- Román, D. d., & Bustamante, J. (2008). Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. *nefrologia*, 28(3), 5.

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo investigativo desea identificar las características clínicas epidemiológicas que más afectan a los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, Cuyos registros para tener de la encuesta aplicar en ellos, por lo tanto, nos permitirá obtener las conclusiones respectivas al término de este.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la guía de actuación de atención de enfermería en el paciente intervenido de cirugía cardíaca, basada en la caracterización clínica epidemiológica de esta población en el Centro de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angio-Manabí, Ecuador.
- Concientizar a la población intervenida de cirugía cardíaca y a los profesionales de la salud a llevar un tratamiento acorde a las características clínicas epidemiológicas de cada paciente intervenido de cirugía cardíaca.
- Que los profesionales de la salud realicen un seguimiento a través de visitas domiciliarias a estos pacientes una vez que hayan sido dado de alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M., Ortega , H., & Arcos, R. (2015). Estadística del manejo quirúrgico, posquirúrgico y mortalidad pos cirugía cardíaca: a propósito del primer año de funcionamiento de la unidad de cuidados posoperatorios de cirugía cardíaca. *Revista Ecuatoriana de Cardiología*, 1(1), 1.
- Acosta Herrera Grace Estefanía, Á. B. (2014). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CONSULTA DE EMERGENCIA. 17.
- Acosta, J. F. (2015). Caracterización clínica y morbimortalidad postoperatoria del paciente mayor de 75 años sometido a cirugía cardíaca. *Universidad Militar Nueva Granada*, 10.
- Ada María Mendoza Alvarez. (diciembre de 2012). PROYECTO PARA LA CREACIÓN DE UNA HOSTERÍA. *repositorio.ucsg*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/366/1/T-UCSG-PRE-ESP-AETH-84.pdf>
- Aguirre, M., Ortega , H., & Arcos, R. (2015). Estadística del manejo quirúrgico, posquirúrgico y mortalidad pos cirugía cardíaca: a propósito del primer año de funcionamiento de la unidad de cuidados posoperatorios de cirugía cardíaca. *Revista Ecuatoriana de Cardiología*, 1(1), 1.
- Barrios Gutierrez, J. M. (2017.). *Análisis de estancia posoperatoria prolongada en cuidados intensivos despues de cirugía cardíaca. Desarrollo y validación de un modelo predictivo propio*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España: [Tesis Doctoral]Universidad Complutense de Madrid.
- Bergadá García, J., Riera Sagrera, M., Soriano Zaragoza, G., Zarzar Flores, J., & Albertos Salvador, J. (2002). Reanimación tras cirugía cardíaca extracorpórea. Análisis de resultados. *Medicina Intensiva*, 26(4), 1.
- Balestrini Acuña, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (7ma ed., Vol. XXV). Caracas: BL Consultores Asociados.
- Barrios Gutierrez, J. M. (2017.). *Análisis de estancia posoperatoria prolongada en cuidados intensivos despues de cirugía cardíaca. Desarrollo y validación de un modelo predictivo propio*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España: [Tesis Doctoral]Universidad Complutense de Madrid.
- Bergadá García, J., Riera Sagrera, M., Soriano Zaragoza, G., Zarzar Flores, J., & Albertos Salvador, J. (2002). Reanimación tras cirugía cardíaca extracorpórea. Análisis de resultados. *Medicina Intensiva*, 26(4), 1.

- Bridgewater, B. (2012). Cirugía cardíaca del adulto. *Almanac*.
- Caballero Galvez, S., García Camacho, C., & Siannes Blanco, A. (2011). Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca. *Enfermería Global*(22), 3.
- Carlos A. Mestres, A. D. (2015). Cirugía Cardiovascular, pasado, presente y futuro.
- Carocella, V. (2011). Primer puntaje de riesgo latinoamericano en cirugía cardíaca. *REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA*.
- de Oliveira, R., de Sena, Z., Frota, L., & de Oliveira, J. (2010). Quality of life of women submitted to myocardial revascularization surgery in a public hospital. *Revista brasileira promocion de salud*, 23(3), 237.
- Duro, A. C. (2017). Valoración Y Control Del Dolor.
- Estudio sobre poblaciones de riesgo en Ecuador [Internet] [citado 17 de Agosto de 2016 Recuperado a partir de: <https://www.redaccionmedica.ec/.../ops-evidencia-factores-de-riesgo-para-enfermedad>].
- Etayo, E., González, F., Florián, M., & Chacón, A. (2014). Cirugía cardíaca en ancianos. Epidemiología, calidad de vida y funcionalidad posoperatoria. *Acta Médica Colombiana*, 39(2), 118-123.
- elena, M. G. (2011). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. *red de salud de ladera*, 2.
- EPICURE, G. d. (2002). Desarrollo de un modelo predictivo de morbilidad en cirugía cardíaca. *Medicina Intensiva*, 26(4), 145 - 234.
- Fellows, & R Liu, A. (2015). *Research Methods for Construction* (4th ed.). (Wiley-Blackwell, Ed.) Wiley-Blackwell.
- 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>
- Godinho, A., Alves, A., Pereira, A., & Santos Pereira, T. (2012). Cirugía de revascularización miocárdica con circulación extracorpórea versus sin circulación extracorpórea: un Metanálisis. *Arq Bras Cardiol*, 98(1), 91.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). En H. S. Roberto, *Metodología de la investigación* (6ta ed., pág. 154). México, D.F, Mexico: Mc Graw Hill Education.

- Koerich, C., de Melo Lanzoni, G. M., Schlindwein Meirelles, B. H., Baggio, M. A., Callegaro Higashi, G. D., & Lorenzini Erdmann, A. (2017). Epidemiological profile of the population who underwent myocardial revascularization and acces to the unified health system. *Cogitare Enferm.*, 22(3), 1-6.
- Lanas, F., Del Solar, J., Maldonado , M., Guerrero , M., & Espinoza , F. (2003). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados chilenos. *Rev.med. Chile*, 131(2).
- LLC., K. S. (2015). Cirugía Cardíaca: Enfermedad de las Válvulas. *Northwestern Medicine*.
- Martín Peñacoba, R., Baena Diez, J., & Altés Boronal, A. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev española Cardiol*, 58(4), 367-373.
- Moreno-Monsivais, M. G., Fonseca-Niño, E. E., & Interrial-Guzmán, M. G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en período posoperatorio. *Rev Soc EspDolor*, 24(1), 4-10. Martín Peñacoba, R., Baena Diez, J., & Altés Boronal, A. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev española Cardiol*, 58(4), 367-373.
- Mondéjar, D. D. (2018). EJERCICIO FÍSICO EN PATOLOGÍA CARDIACA.
- Múñez, E. (2013). Etiología de las infecciones del sitio quirúrgico en pacientes intervenidosde cirugía cardiaca. *Cir Cardio*.
- Muñoz Blanco, F., Salmerón, J., Santiago, J., & Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor posoperatorio. *Revista de la Soc Esp Dolor*, 8, 194-211.
- Oeschgera, D. V. (2014). Lineamientos en soporte nutricional en. *Arch Argent Pediatr* .
- Palacios Ramos, X., Castro, J. A., Meza Jiménez , R., Jaramillo, J. C., & Quintero Ossa, A. (2007). *Revista Colombiana de Anestesiología*, 35(4), 289-292.
- Paladino, M. A., & Sabrina, S. A. (2003). El paciente hipertenso y la anestesia. *Anestesia Analgesia y Reanimación*, 18(1).
- Pérez Rodríguez, A., Hidalgo Menéndez, P., Fuentes Herrera, L., Ceballos Alvarez, A., Rodríguez Hernández, R., & González Alfonso, O. (2012).

- Evaluación del registro de datos durante la parada cardíaca posoperatoria en cirugía cardiovascular. *CorSalud*, 4(1), 49-58.
- Perez Vela, J., Jiménez Rivera, J., Alcalá Lorente, M., González de Marco, B., Torrado, H., García Laborda, C., . . . Martín Benítez, J. (2018). Síndrome de bajo gasto cardíaco en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Perfil, diferencias en evolución clínica y pronóstico. Estudio ESBAGA. *Med. Intensiva*, 42(3), 159-167.
- Pérez Vela, J., Martín Benítez, J., Carrasco González, M., De la Cal López, M., Hinojosa Pérez, R., Sagredo Meneses, V., & del Nogal Saez, F. (2012). Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de BGC en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista de Medicina Intensiva*, 36(4), 1-44.
- Polo López, L., Centella Hernández, T., López Menéndez, J., Bustamante Munguira, J., Silva Guisasola, J., & Hornero Sos, F. (2016). Cirugía Cardiovascular en España en el año 2015. Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. *CirCardiov.*, 23(6), 292.
- Ponte, K., da Silva, L., Borges, M., Aragao, A., Arruda, L., & de Galiza, F. (2013). Caracterizao de pessoas em cirurgías cardíacas: estudio descriptivo. *Rev.pesqui.cuid.fundam*, 5(2), 3677.
- Reeves BC, Murphy GJ. (2008) Increased mortality, morbidity, and cost associated with redblood cell transfusion after cardiac surgery. *Curr Opin Cardiol* 2008; 23:607-612.
- Rincón Salas, J., Novoa Lagos, E., Sánchez, E., & Hortal Iglesias, J. (2013). Manejo de las complicaciones posoperatorias de la cirugía cardíaca en cuidados intensivos. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 27(3), 172-178.
- Reviejo, K., Laviñeta, E., Samaniego, L., Romo, E., & Choperena, G. (2002). Epidemiología de los pacientes pos quirurgicos cardiacos ingresados en la UCI de la policlinica GIPUZKOA. *Medicina Intensiva*, 26(4), 145 - 234.
- Rodríguez, R., Torrens, A., García, P., Ribera, A., Permanyer, G., Moradi, M., . . . Murtra, M. (2002). Cirugía cardíaca en el anciano. *Rev. Esp. Cardiol*, 55(11), 1-5.
- Rodríguez, R., Torrens, A., García, P., Ribera, A., Permanyer, G., Moradi, M., . . . Murtra, M. (2002). Cirugía cardíaca en el anciano. *Rev. Esp. Cardiol*, 55(11), 1-5.

- Rovira, C., Solsona, M., Tomasa, T., Pérez-Moltó, H., & Ruyra, X. (2002). Primer Año de Cirugía Cardíaca en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona. *Med. Intensiva*, 26(4), 156.
- Sebastián García Zamora, R. P. (2015). Las escalas de riesgo en cirugía cardíaca. *scielo*.
- Sousa Valmi, D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507.
- Tamayo y Tamayo, m. (2006). *El proceso de la investigación científica* (4ta ed.). Mexico, D.F.: LIMUSA. S:A:
- Texeira Silva, L., Ferreira da Mata, L. R., Ferreira Silva, A., Campos Daniel, J., Leite Andrade, A., & Mendoza Santos, E. (2017). Cuidados de enfermería en las complicaciones en el post-operatorio de cirugía de revascularización del miocardio. *Rev baiana enferm*, 31(3), 2.
- Vélez C, Gil LM, Avila CL, López A. (2015). Factores de riesgo cardiovascular y variables asociadas en personas de 20 a 79 años en Manizales, Colombia. *Rev Univ. salud.*; 17(1):32-46.
- Velázquez González, K., Valdés Llerena, R., & Pérez Guirola, Y. (2010). Analgesia posoperatoria en cirugía torácica electiva. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 9(2), 48-59.



ANEXOS



Anexo N° 1

USUARIO: _____		EDAD: _____		SEXO: M _____ F _____	
ENCUESTA APLICADA PARA USUARIOS POST-QUIRURGICOS CARDIACOS, MANTA- MANABI					
A) DATOS GENERALES					
RAZAS			ESCOLARIDAD		
Mestiza	<input type="checkbox"/>			basica	<input type="checkbox"/>
negra	<input type="checkbox"/>			secundaria	<input type="checkbox"/>
amarilla	<input type="checkbox"/>			bachillerato	<input type="checkbox"/>
caucasica	<input type="checkbox"/>			superior	<input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL					
soltero/a	<input type="checkbox"/>				
union libre	<input type="checkbox"/>				
casado/a	<input type="checkbox"/>				
divorciado/a	<input type="checkbox"/>				
viudo/a	<input type="checkbox"/>				
B) DATOS SOCIOECONOMICOS					
OCUPACIÓN:			ÁREA DE RESIDENCIA:		
Labores de hogar	<input type="checkbox"/>			Rural	<input type="checkbox"/>
Empleado	<input type="checkbox"/>			Urbana	<input type="checkbox"/>
Pensionado	<input type="checkbox"/>			ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA:	
Profesionista	<input type="checkbox"/>			Caminata	<input type="checkbox"/>
Campesino	<input type="checkbox"/>			Trote	<input type="checkbox"/>
Obrero	<input type="checkbox"/>			Correr	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>			Otro	<input type="checkbox"/>
C) ANTECEDENTES PERSONALES:					
Alcohol	<input type="checkbox"/>			Sedentarismo	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>			Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Ictus	<input type="checkbox"/>			HTA	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>			Obesidad	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>			Hepatopatía	<input type="checkbox"/>
AIA 6 meses	<input type="checkbox"/>			Arritmias	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>			Coagulopatía	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>			HTP	<input type="checkbox"/>
IAM 6 meses	<input type="checkbox"/>			Nefropatía	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>			FVEVI 40%	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>			Difusión renal	<input type="checkbox"/>
SCACEST	<input type="checkbox"/>			Dislipidemia	<input type="checkbox"/>
D) DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO:					

D.1 Capacidad funcional. (NYHA):					

D.2 Estado fisico:					
1 2 3 4 5					
D.3 Operación programada:					

D.4 peso:					
kg Talla:	<input type="checkbox"/>	cm			
Superficie corporal m ²	<input type="checkbox"/>				
IMC	<input type="checkbox"/>				
E) VALORES DE LABORATORIO:					
Hb:	<input type="checkbox"/>			Glicemia:	<input type="checkbox"/>
Hto:	<input type="checkbox"/>			Creatinina:	<input type="checkbox"/>
Grupo sanguineo:	<input type="checkbox"/>			Urea:	<input type="checkbox"/>
Plaquetas:	<input type="checkbox"/>			Proteinas totales:	<input type="checkbox"/>

Anexo N° 2
Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	ABRIL			MAYO			JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				
	S3	S4	S5	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	
Aprobación del tema y designación de tutores																							
Socialización del tema con el tutor asignado	X																						
Revisión bibliográfica		X																					
Formulación de objetivos			X																				
Elaboración de la introducción				X																			
Elaboración del planteamiento del problema					x																		
Elaboración del marco teórico						x	X																

Anexo N°3

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Nombre del proyecto: “Caracterización Clínica Epidemiológica De La Población Intervenida De Cirugía Cardíaca En La Ciudad De Manta”

Nombre de investigador principal: Ramón Antonio Muñoz Manzaba

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. INTRODUCCION:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo general proponer un modelo de valoración continua y sistemática de enfermería al paciente intervenido de cirugía cardíaca en la etapa inmediata. El estudio se realizará a cargo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y respaldado por el Comité de Ética de Investigación de la mencionada institución académica.

2. JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud en el Ecuador, ya que se encuentran entre las primeras causas de muerte de la población adulta. En el año (2014) se reportaron un total de 4430 muertes por enfermedades isquémicas del corazón, mientras que por insuficiencia cardíaca, los fallecimientos llegaron a 1316.

Del total de muertes por enfermedades del corazón, que suman casi 12000, donde el 51,68% de las víctimas son hombres, mientras que el 48,32% restante son mujeres, según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC).

En la actualidad, las cifras de pacientes de edad avanzada, tributarios de cirugía cardíaca han aumentado con respecto a épocas anteriores, debido a que la edad va dejando de ser una contraindicación absoluta para la realización de este

tipo de cirugía. La cirugía cardíaca constituye un procedimiento de alta complejidad; con una elevada morbimortalidad asociada a enfermedades como: (hipertensión, diabetes mellitus, edad, obesidad, dislipidemia, etc.), por otra parte, están las complicaciones que pueden surgir tanto en el acto quirúrgico como en la etapa posoperatoria entre ellas tenemos el sangrado, problemas respiratorios, hipotensión, lesión renal entre otras. El estudio de estos pacientes en la etapa del posoperatorio inmediato, permitirá obtener información objetiva en cuanto a la naturaleza de los cambios fisiológicos y psicológicos que experimenta el sujeto, así como, la posterior evaluación de los resultados, proporcionando de esa manera, las herramientas necesarias para trazar estrategias de intervención.

3. DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Los sujetos participantes en el estudio deberán ser adultos mayores de 18 años que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos (mayores de 18 años en adelante) con indicación de cirugía cardíaca, que brinden su consentimiento para participar en el estudio y que estén en pleno uso de sus facultades mentales para interactuar con el personal médico y paramédico.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador. Los datos obtenidos se asentarán en una base de datos diseñada para el estudio, los cuáles serán sometidos a procesos de análisis e interpretación de los mismos, con el fin de arribar a conclusiones que serán la base de la propuesta de dicha investigación.

El presente estudio es prospectivo, o sea, la selección de los sujetos de la investigación se realizará en la medida que se vayan diagnosticando los pacientes con criterio de cirugía cardíaca y que cumplan con los criterios de inclusión. El paciente será estudiado en la etapa inmediata del posoperatorio de cirugía cardíaca.

4. PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO

Los pacientes previamente estudiados con indicación de cirugía cardíaca, se entrevistarán y se les solicitará su consentimiento para participar en el estudio. De resultar afirmativa su intención, se les realizará la recogida de los datos mediante el uso del formato establecido por el Ministerio de Salud Pública.

Toda vez que el paciente sometido a la cirugía cardíaca, ingrese en la sala de cuidados intensivos posoperatorios, se hará uso de las diferentes herramientas de recolección de datos, así como la aplicación de diferentes tests, la información se asentará en una matriz previamente diseñada, para su posterior análisis e interpretación de los resultados.

5. INFORMACION SOBRE EL PRODUCTO A INVESTIGARSE

La información obtenida en base a la recogida, análisis e interpretación de los resultados, servirán como base científica para elaborar el modelo de valoración continua y sistemática de enfermería en el paciente posoperado de cirugía cardíaca en la etapa posoperatoria inmediata.

6. TRATAMIENTO

Las intervenciones del profesional de enfermería se realizarán en base a la identificación de los problemas reales y potenciales del paciente en la etapa posoperatoria inmediata de cirugía cardíaca, así como de las orientaciones emanadas del resto del equipo de salud, tomando como referencia los resultados de las pruebas de laboratorio, así como de otros estudios diagnósticos.

7. CONFIDENCIALIDAD

El investigador mantendrá la confidencialidad de la información incluida en el estudio, incluso en casos de publicación. Los datos serán conservados por un período de 5 años, en los archivos de la Clínica de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angiomanabí.

8. PARTICIPACION VOLUNTARIA

Las personas invitadas a participar pueden elegir, libre y voluntariamente, participar o no en la investigación, las mismas pueden abandonar el estudio en cualquier momento, especificando que lo único que deben hacer es informar de

esta decisión al profesional de salud involucrado en el estudio, en este caso al profesional de enfermería.

El retiro del estudio no le ocasionará ninguna penalidad ni la pérdida de ninguno de los beneficios a los cuales la persona que otorga el consentimiento, o su representado, cuando corresponda, sea acreedora y que, en caso de retirarse del estudio, no sufrirá ningún perjuicio en relación con la atención médica o su participación en investigaciones futuras. No obstante, es importante que informe cualquier problema que pueda ocurrir durante su participación en el estudio.

El investigador o la institución patrocinadora del estudio pueden cancelar la participación de un sujeto en investigación en cualquier momento, con o sin su consentimiento o el de su representante legal, cuando corresponda, si necesita medicación adicional, si no cumple el plan del estudio, si experimenta un trastorno relacionado con el estudio.

En el caso de que el sujeto decida cancelar su participación, seguirá con los procedimientos de terminación del estudio u otro procedimiento que se considere necesario por parte del equipo de salud, para su propia seguridad.

9. COSTO Y COMPENSACIÓN:

Su participación en la presente investigación no tendrá ningún costo para usted en cuanto a los gastos ocasionados por las consultas o los análisis incluidos en el estudio; tampoco incluye algún pago por su participación.

10. NUEVOS DESCUBRIMIENTOS

El patrocinador tiene la obligación de informar cualquier evento o dato relevante relacionado con el sujeto participante en la investigación, en este caso el paciente, aunque ésta ocasione que el sujeto en investigación decida retirarse del estudio.

11. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación.

El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

En caso de que el sujeto participante en el estudio decida cancelar su colaboración en el mismo, el Investigador Responsable deberá garantizar todas las medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio.

12. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

No limita la publicación de los resultados en revistas indexadas de difusión internacional como un aporte a la ciencia y a la humanidad. Se publicará de acuerdo a las normas internacionales de revistas biomédicas, respetando la copropiedad intelectual de los investigadores.

13. PREGUNTAS Y CONTACTOS RELATIVOS A LA INVESTIGACIÓN

El sujeto en investigación puede formular libremente preguntas acerca de este formulario de consentimiento informado o del estudio clínico, ahora o en cualquier momento durante el mismo. Si el sujeto que otorga el consentimiento o su representado, en el caso que corresponda, desea formular preguntas acerca de la investigación, puede comunicarse con el Investigador Responsable

Estudiante de enfermería Ramón Antonio Muñoz al número telefónico 0983792056 (Investigador)

PARTE II. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente participar en este estudio.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos, a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____ / ____ / ____

Firma del sujeto de investigación

Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____ / ____ / ____

Firma de la persona que explicó el contenido del consentimiento

Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Si el participante es analfabeto

Se me ha leído y explicado la información respecto al estudio en el que me proponen participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Declaro que se me ha leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente a participar en este estudio.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____ / ____ / ____

Firma del sujeto de investigación

Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____ / ____ / ____

Firma de la persona que explicó el consentimiento

Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Huella dactilar de participante

_____ / ____ / ____

Firma del Testigo

Fecha

Cédula de ciudadanía

Investigador

He dado lectura y he aclarado las dudas generadas por el participante del documento de consentimiento informado. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libre y voluntariamente.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

_____ / ____ / ____

Firma del Investigador

Fecha

Cédula de ciudadanía



Anexo N°4

HOJA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Datos Generales

1. Usuario _____ 2. Fecha de ingreso: _____ 3. Edad: _____

4. Raza: caucásica ___
Mestiza ___
Negra ___
Amarilla ___

5. Sexo: (f) ___
(m) ___

Estado civil: _____
Afiliación: _____
Talla: _____
peso: _____
ASC: _____

Nivel de instrucción: _____

Área de residencia: _____

A) Antecedentes personales

Alcohol	___	Diabetes Mellitus	___	AIA < 6 meses	___
Café	___	EPOC	___	IAM < 6 meses	___
Alergia	___	Asma	___	SCACEST	___
Tabaco	___	Anemia	___	HTA	___
Sedentarismo	___	Hipotiroidismo	___	Arritmias	___
Obesidad	___	Hepatopatía	___	HTP	___
		Coagulopatía	___	FEVI < 40 %	___
		Nefropatía	___	Dislipidemia	___
		Disfunción renal	___		
		Ictus	___		

Tipo de ingreso: Emergencia ___ Estudio ___

B) Datos preoperatorios

6. Diagnóstico preoperatorio: _____

7. FEVI: _____ Capacidad funcional _____

8. Cirugía Programada: _____

Estado Físico: ASA1 ___ ASA2 ___ ASA3 ___ ASA4 ___ ASA5 ___ ASA6 ___

Predicción de riesgo: _____

C) Datos intraoperatorios



10. TCEC _____

11. TCAOT _____

12. Salida del Paro:

espontánea__ ritmo sinusal__ desfibrilación__ inotrópico__

13. Duración de la cirugía: _____ Horas

Datos posoperatorios

14. RASS: +4_ +3_ +2_ +1_ 0_ -1_ -2_ -3_ -4_ -5_

15. Hb____ Hto____ Urea____ Creatinina____

16. Transfusión: Si _____ No _____

(Si la respuesta es afirmativa, colocar el volumen total transfundido)

Volumen total transfundido _____

17. Tensión Arterial:

a) A la recepción _____ b) 12 Horas _____ c) 24 horas

18. Tiempo de extubación _____ Horas

19. Evaluación del dolor mediante escala Cuestionario Español de Dolor elaborado "ad hoc".

6 Horas__ 12 Horas__ 24 Horas__ 48 Horas__

Complicaciones durante la estancia en UCI, por

a) Cardiovasculares:

1. Arritmias _____
2. Hipotensión _____
3. Disfunción miocárdica _____
4. SBG _____
5. Taponamiento cardíaco _____
6. PCR _____

b) Respiratorias

7. Atelectasias _____
8. NAV _____



9. SDRA —
- c) Renales**
10. Disfunción renal —
- d) Neurológicas**
11. Delirio hiperactivo —
12. Ictus —
13. Crisis convulsivas —
14. Coma —
- e) Metabólicas**
15. Hiperglicemia —
- f) Hematológicas**
16. Anemias —
- g) Generales**
17. Dehiscencia de la herida —
18. Hemorragias —
19. Infección de la herida —
20. Dolor posoperatorio —
- 20. Patrones funcionales**
- a) Actividad – Ejercicio —
- b) Tolerancia al estrés —
- c) Auto percepción – Autoconcepto —
- d) Cognitivo – Perceptual —
- e) Descanso y sueño —
- f) Eliminación —
- g) Metabólico - Nutricional —
- h) Percepción de salud —
- i) Rol – Relaciones —
- j) Sexualidad – Reproducción —
- k) Valores y Creencias —
21. Estancia en UCI ____ días
22. Condición al egreso a) vivo__ b) muerto__



Anexo N°5



Servicio Autónomo de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

N° Historia

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE –

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1 Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme / incisiva Presión de tracción gravitativa Espacial Viveza.	Temor Autonómica / vegetativa Castigo Tensión / cansancio Cólera / disgusto Pena / ansiedad	Temporal 2 Intensidad

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.
- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5
- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total		0/14
Valor de intensidad actual		0/5
Escala Visual Analógica		0/10

Bibliografía

- Melzack R. 1975. The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1: 277-99.
- Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1990. The spanish pain questionnaire. Pain. 5: 304S.
- Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1991a. El lenguaje del dolor. Medicina clínica. 96: 196.
- Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1991b. El cuestionario del dolor en español. Pain. 5: 110S.
- Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. 1993. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Dolor. 11S.



Anexo N°6



Manta, 20 de octubre de 2017.

Por medio de la presente yo: Dr. Miguel Machuca Mera Director Médico de la Clínica ICCMA/Cardiocentro Manta/AngioManabí, autorizo a la Lic. Galina Orlandowna González Kadashinskaia docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí" a permanecer en las áreas de cuidados intensivos coronarios, así como el uso de la documentación pertinente y de la base de datos para el desarrollo del Proyecto de Investigación para optar por el Título de Doctora en Ciencias de la Salud:

Estrategias de intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular.

Atentamente

ANGIOMANABÍ CIA. LTDA
Dr. Miguel Machuca Mera
Título I PAG. 1718
Reg. Prof. MSP. 4160
MAT. CMM. 1815

Dr. Miguel Machuca Mera
1305444521

Reg. Méd. 1815

Director Médico ICCMA/Cardiocentro Manta/AngioManabí

ANGIOMANABÍ

Calle 18 y Av. 37

Tel: 05 2620868

MANTA - ECUADOR



Anexo N°7



ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

CI: _____ FECHA: _____ FECHA DE NAC.: _____

1er APELLIDO: _____ 2° APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ RAZA: _____ PESO: _____ Kg. TALLA: _____ cm SC. _____ m2

DIAG. PREOP. _____ ESTADO FÍSICO: 1 2 3 4 5

OPER. PROGM. _____ CAPACIDAD FUNC. (NYHA): _____

INTERROGATORIO	EXAMEN CARDIOPULMONAR	LABORATORIO	PREDICCIÓN DE RIESGO		
TB: ENFISEMA: NEUMOPATÍA: HEMOPTISIS: ASMA: ALERGIA: EDEMA: CIANOSIS: HTA: IAM PREVIO: ARRITMIAS: HEPATOPATÍA: DIABETES: EPILEPSIA: NEFROPATÍA: ACV: TRAUMA: COAGULOPATÍA: PSICOPATÍA: OTROS:	FC: lpm FR: rpm TA: / mm Hg AUSC: ECG: Rx: ECO: HEMOD:	Hb: Hto: GRUPO SANG: PLAQUETAS: LEUCOS: ERITRO: GLICEMIA: CREATININA: ACLARAMIENTO: PROT. TOTALES: ALBÚMINA: TGP (ALT): TGO (AST): HIV: VDRL: HEPATITIS, MARC. VIR: OTROS:	MALA FUNCIÓN VENT. (FEVI < 40%); INSUF. CARD. CONG. O EQUIVALENTES: AIA O IAM < 6 MESES: EDAD (M>40, F>45): ACV: REOPERACIÓN: CIR. EMERGENTE: HTA: DIABETES MELLITUS: ARRITMIAS: HTP: EPOC: IRC: TABAQUISMO:		
HAB. TÓXICOS. CAFÉ _____ TABACO: _____ ÁLCOHOL: _____ OTROS: _____ FOSAS NAALES: _____ BOCA: _____ TRAQUEA: _____ COLUMNA: _____ OBSERVACIONES: _____ MEDICACIÓN EN 2 SEMANAS ANTERIORES: _____			ANESTESIÓLOGO: _____		
ANEST. REGIONAL:	TÉCNICA:	DROGA:	DOSIS:	NIVEL:	RESULTADOS:
INDUCCIÓN AGENTE: _____ BNM: _____ MÉTODO: _____ MANTENIMIENTO AGENTE: _____ BNM: _____ MÉTODO: _____		VÍA DE AIRE MÁSCARA: _____ O. TRAQ.: _____ N. TRAQ.: _____ TRAQUIEOST.: _____ INTUBACIÓN TUBO No.: _____ FAC: _____ DIF: _____	LÍQUIDOS CRISTAL. ml COLOID. ml PLASMA ml SANGRE ml TIEMPO ANEST. _____ Qx. _____	RECUPERACIÓN MUCUS: 1 2 3 EMESIS: SI: NO: REFLEJOS: 1 2 3 EXCITACIÓN: SI: NO: CONCIENCIA: 1 2 3 RESPIRACIÓN _____ RESULTADO: _____	
DIAGNÓSTICO OPERATORIO:			OPERACIÓN REALIZADA:		