



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**ESTÁNDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORIA DE DOROTHEA
OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON IMPLANTE DE
MARCAPASO DEFINITVO TRATADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE
TEJERA"VALENCIA EDO CARABOBO.
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015.
UN PROYECTO FACTIBLE**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Licenciadas en Enfermería)

Autoras:

**TSU: Espinoza, Carmen
C.I.-11.816.259**

**TSU: Mínguez, Francis
C.I.-18.930.812**

**TSU: Pérez, Vilma
C.I.-12.923.789**

Tutora:

Dra. Evelia Figuera Guerra

Valencia, Abril ,2015

**ESTÁNDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORIA DE DOROTHEA
OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON IMPLANTE DE
MARCAPASO DEFINITVO TRATADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”VALENCIA EDO CARABOBO
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015
UN PROYECTO FACTIBLE**

INDICE GENERAL

Aprobación del Tutor	v
Lista de Cuadros	vi
Lista de Gráficos	viii
Dedicatoria	xi
Agradecimiento	xii
Resumen	xiii
Introducción	1
Capítulo I.- El Problema	
I.1.-Planteamiento del Problema	4
I.2.-Objetivos del Estudio	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
I.3.- Justificación del Estudio	11
Capítulo II.- Marco Teórico	
2. 1.- Antecedentes	13
2.2.-Bases Teóricas	16
Estándar de Proceso para el Autocuidado del paciente con marcapaso definitivo	16
Requisitos de Autocuidado.	21
Mantenimiento del Aporte Suficiente de Agua y Alimentos	22
Provisión de Cuidados asociados con los procesos de eliminación.	23
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	23
Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y Bienestar	24
2.3.-Sistema de Variables	25

2.4. Operacionalización de la variable	26
2.5. Definición de términos	29
Capítulo III.-Marco Metodológico	
3.1.-Diseño de la Investigación	31
3.2.-Tipo de Estudio	32
3.3.-Población	33
3.4.-Muestra	33
3.5.-Método e Instrumento para la Recolección de Datos	34
3.6 Confiabilidad	35
3.7.-Procedimiento para la Recolección de Datos	36
3.8.-Técnicas de Análisis	37
Capítulo IV.	
4.1. Presentación y Análisis de los Resultados.	38
Capítulo V.	
5.1.Conclusiones	68
5.2.Recomendaciones	69
	70
Capítulo VI. La Propuesta	
Referencias Bibliográficas	80
Anexos	
A.-Instrumento	
B.- Confiabilidad	
C.-Comunicación Institucional.	



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado del Paciente con Implante de Marcapasos definitivo; Un Proyecto factible.

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>Estinoza, Carmen</u>	C.I. N°	<u>11.816.259</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Minguez, Francis</u>	C.I. N°	<u>18.930.812</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Pérez, Vilma</u>	C.I. N°	<u>12.923.789</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Su Aprobación.

En Caracas, a los 25 días del mes de febrero de 2016

Jurados,

Lisbeth Lizcano

Jeny's Añas

Prof. (a) Lisbeth Lizcano

Prof. (a) Jeny's Añas

C. I. N° V-12615852

C. I. N° 6304578

Prof. (a) Emilia Tiquera guerra

C. I. N° 2.741.819



Va sin enmienda

LISTA DE CUADROS

CUADRO N°

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | Datos demográficos relacionados con la edad del elemento muestral. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia .Estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 39 |
| 2 | Datos demográficos relacionados con el nivel de instrucción del elemento muestral. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia .estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 41 |
| 3 | Datos demográficos relacionados con tiempo del elemento muestral con el marcapaso. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique tejera”. Valencia .Estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 43 |
| 4 | Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del Aporte Suficiente de agua y alimentos, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014 | 45 |
| 5 | Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre Provisión de Cuidados asociados a los procesos de eliminación, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014. | 50 |

6	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y el Descanso, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	53
7	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre la Prevención de los Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	58
8	Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado del paciente con Marcapaso Definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | Datos demográficos relacionados con la edad del elemento muestral. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia .Estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 40 |
| 2 | Datos demográficos relacionados con el nivel de instrucción del elemento muestral. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia .estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 42 |
| 3 | Datos demográficos relacionados con tiempo del elemento muestral con el marcapaso. Unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique tejera”. Valencia .Estado Carabobo, segundo semestre del año 2014 | 44 |
| 4 | Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del Aporte Suficiente de agua y alimentos, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014 | 48 |

4-A	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del Aporte Suficiente de agua y alimentos, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	49
5	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre Provisión de Cuidados asociados a los procesos de eliminación, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014.	52
6	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y el Descanso, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	56
6-A	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre el Mantenimiento del equilibrio entre la Actividad y el Descanso, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	57

7	Distribución de frecuencias y porcentajes basados en la información sobre la Prevención de los Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar, dada al paciente con marcapaso definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	61
8	Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado del paciente con Marcapaso Definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	66
8-A	Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado del paciente con Marcapaso Definitivo. Unidad de cuidados coronarios. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia. Estado Carabobo, segundo semestre año 2014	67

DEDICATORIA

**A Dios Todo Poderoso
A mis Padres
A mis Hermanas
A mis compañeras de Tesis
A mi Tutora**

Carmen Espinoza.

**A Nuestro Señor Jesucristo
A mi Madre
A mi Esposo
A mis compañeras de Tesis
A mi Tutora. Dra. Evelia Figuera Guerra.**

Francis Mínguez

**A DIOS Primeramente
A mi Esposo
A mis compañeras de Tesis de Grado.
A mi Tutora: Dra. Evelia Figuera Guerra.**

Vilma Pérez

AGRADECIMIENTO

A DIOS Todopoderoso por darme la fortaleza para seguir adelante e iluminar mi camino.

A mis padres, aunque no están a mi lado físicamente, han sido y serán fuente de inspiración para alcanzar mis metas.

A mi tío Augusto, fuente importante en mi vida, ya que es un segundo PADRE y me ha acompañado en todo, a lo largo de mi preparación como profesional.

A mis hermanas por su apoyo incondicional en las buenas y en las malas

A mis compañeras de tesis por su paciencia, unión y apoyo, para lograr culminar nuestro Trabajo Especial de Grado.

A mi tutora Dra. Evelia Figuera Guerra, por aportar su conocimiento para lograr fortalecernos como profesionales y orientarnos oportunamente para finalizar de manera satisfactoria el Trabajo Especial de Grado.

Gracias,

<<<<<Carmen Espinoza>>>>>

AGRADECIMIENTO

A mi SEÑOR JESUCRISTO por Ser mi Padre, Mi Amigo y confidente en todos los buenos y malos momentos de mi vida, por bendecirme cada día y brindarme salud, dicha, fortaleza y constancia.

A mi Madre por ser el Pilar fundamental de mi vida, por ser mi mejor Amiga, por brindarme su apoyo y amor incondicional en todos los momentos de mi existencia.

A mi esposo por ser mi mejor Amigo, mi compañero, por ser parte de mi crecimiento personal y profesional, y, apoyarme Moral y Económicamente cuando fue necesario.

A mis compañeras de tesis por mantenernos unidas en todo momento, Apoyándonos siempre, respaldando nuestra confianza y dedicación a fin de cumplir con la meta propuesta: la culminación de nuestro Trabajo Especial de Grado.

A mi Tutora Dra. Evelia Figuera Guerra por ser la protagonista de hacer realidad nuestro anhelado sueño, además de estar siempre dispuesta a transmitir sus conocimientos de manera positiva y desinteresada, inculcándonos grandes valores, fortaleciendo nuestro desempeño como profesionales de Enfermería.

Bendiciones para todos.

<<< **Francis Mínguez** >>>

AGRADECIMIENTO

A DIOS primeramente, por ayudarme y permitirme alcanzar mí Meta: Ser Licenciada en Enfermería.

A mi querido esposo, por darme su apoyo incondicional tanto económico como espiritualmente.

A mis compañeras de tesis, porque juntas luchamos para alcanzar nuestra meta.

A mi tutora, Dra. Evelia Figuera Guerra, por guiarnos y apoyarnos en el trascurso de nuestra carrera, como estudiantes de la licenciatura en enfermería y actuar como tutora hasta la culminación de nuestro Trabajo Especial de Grado.

Gracias.

<<<Vilma Pérez>>>



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



ESTANDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORIA DE DOROTHEA OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON IMPLANTE DE MARCAPASODEFINITIVO TRATADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"VALENCIA EDO CARABOBO. SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2014. UN PROYECTO FACTIBLE

Autoras:

**TSU: Espinoza, Carmen
C.I.-11.816.259**

**TSU: Mínguez, Francis
C.I.-18.930.812**

**TSU: Pérez, Vilma
C.I.-12.923.789**

Tutora:

**Dra. Evelia Figuera Guerra
Año: 2015**

RESUMEN

El Propósito de esta investigación se orientó a Diseñar un Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el autocuidado en el hogar del paciente con implante de un Marcapaso Definitivo, tratado en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" de Valencia. Edo. Carabobo, en su dimensión: Requisitos de Autocuidado. En el contexto metodológico, la investigación se adscribe al diseño, no experimental, de campo, tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, tipo proyecto factible, la población fue conformada por 40 pacientes con Marcapaso Definitivo, en control; utilizando el muestreo no probabilístico intencional se seleccionaron 26 pacientes que integraron el 65% de la muestra. Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento tipo cuestionario contentivo de datos demográficos y cuarenta y dos (42) ítems es escala Likert modificada de cuatro (4) puntos: Siempre (3), Casi siempre (2), Alguna vez, (1) y Nunca (0), cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.98, según el índice alfa de Cronbach.

Palabras Clave. Estándar de proceso, Autocuidado en el hogar, Marcapasos definitivo

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte en los países desarrollados, así como en aquellos países considerados en vías de desarrollo .tal es el caso de Venezuela. En los últimos años se ha conocido de cambios trascendentes en los sistemas de estimulación cardiaca que, desde la óptica de los expertos se aproximan progresivamente al funcionamiento del corazón sano y contribuyen a que los pacientes asuman positivamente la enfermedad cardíaca que les afecta su calidad de vida.

Si bien, los Marcapasos tradicionalmente se han conocido como el tratamiento básico para corregir trastornos del ritmo del corazón caracterizados por frecuencias cardiacas lentas mal toleradas, en la actualidad, como lo señalan García Calabozo, R., Goicolea de Oro, A., Gómez Pérez, M., Hernández Madrid, A., Lorente Carreño, D., Martínez Ferrer, J., Roda Nicolás, J., y Sorbet Izco, S.(2007) “contamos con estimuladores que previenen e interrumpen arritmias rápidas (taquicardias) o mejoran los síntomas o el pronóstico a determinados pacientes con grados avanzados de insuficiencia cardíaca.”(p.8).

En ese sentido, los cuidados del equipo médico y de enfermería posteriores al implante del marcapaso y las orientaciones dadas al paciente para su autocuidado en el hogar le ayudarán a asumir positivamente la enfermedad, cumplir cuidados en la satisfacción de necesidades de la vida diaria tras el alta hospitalaria, logrando así un efecto positivo en su calidad de vida.

Por lo tanto enfermería debe cumplir una labor eficiente en las unidades de cuidados coronarios con el fin único de proporcionarle al paciente las

herramientas necesarias para que este participe en su propio autocuidado para así lograr su recuperación y evitar complicaciones futuras.

En ese sentido ,el objetivo del presente estudio ,se orientó a Diseñar un Estándar de Proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el autocuidado en el hogar del paciente con implante de un Marcapaso Definitivo, tratado en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria "Dr.Enrique Tejera" de Valencia. Edo. Carabobo , en su dimensión: Requisitos de Autocuidado.

En el contexto metodológico, la investigación se adscribe al diseño, no experimental, de campo, tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, tipo proyecto factible, la población fue conformada por 40 pacientes con Marcapaso Definitivo, utilizando el muestreo no probabilístico intencional se seleccionaron 26 pacientes que integraron el 65% de la muestra. Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento tipo cuestionario contentivo de datos demográficos y cuarenta y dos (42) ítems es escala Likert modificada de cuatro (4) puntos: Siempre (3), Casi siempre (2), Alguna vez, (1) y Nunca (0), cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.98 , según el índice alfa de Cronbach.

Los resultados para la Variable Estándar de proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con marcapaso definitivo; muestran altos porcentajes en nunca para los indicadores Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos, Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, en siwmpre se situaron para el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo sin abusos y que no requiere de Dieta especial; el 23,1% indicó casi siempre y 3,8% señaló alguna vez fue informado.

El documento final de la investigación realizada se estructura en seis (6) capítulos: Capítulo I .El Problema, contiene Planteamiento del problema, Objetivos de la investigación, Objetivo general y específicos, y la justificación del estudio. En el capítulo II, Marco Teórico, se describen los antecedentes del estudio, las bases teóricas, el sistema de Variable, la operacionalización de variables y la definición de términos básicos, el Capítulo III, Diseño Metodológico, hace referencia al diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, método e instrumento para la recolección de datos, confiabilidad del instrumento, procedimiento para la recolección de información y técnicas de análisis.

El Capítulo IV., Resultados de la Investigación. Contiene la presentación de los resultados y el análisis respectivo, el capítulo V, describe las Conclusiones y Recomendaciones surgidas del estudio y el capítulo VI.- describe la Propuesta: Estándar de Proceso para el Autocuidado del Paciente con Marcapaso Definitivo.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos respectivos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo describe el planteamiento del problema, los objetivos General y específicos, y la Justificación del estudio.

1.1.- Planteamiento del Problema

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares se ha ido incrementando cada vez más, como un problema social ascendente, donde la enfermedad Coronaria Aguda , el Infarto al Miocardio, y la Insuficiencia Cardíaca son consideradas como un problema de salud pública por su alta tasa de morbilidad, mortalidad y discapacidad a nivel laboral, frecuente hospitalización, pobre calidad de vida, múltiples comorbilidades y un complejo régimen terapéutico, que resulta de las alteración estructural o funcional del corazón. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en documento del año 2010, afirma que: “Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte, donde más de la mitad ocurrieron por infarto agudo al miocardio, cada año mueren más personas por Enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa” (Pág.45). En dicho documento, también se expresa, que:

Se calcula que en enero del presente año, murieron por esta causa 17,1 millones de personas, lo cual representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 5,7 millones a los ACV... las muertes por ACV afectan por igual a ambos sexos, y más del 82% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y ACV, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. (p.52)

El Infarto al Miocardio, se produce como resultado de la trombosis de una Arteria Coronaria, dando lugar a un severo episodio de hipoperfusión distal al lugar de oclusión y como consecuencia de la isquemia o suministro deficiente de oxígeno, dando como resultado la obstrucción produciendo la angina de pecho, la cual si es recanalizada precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir, el infarto. La OMS, en el documento citado, afirma "Es de considerar que, el Factor de riesgo cardiovascular es un hecho o circunstancia, de un estilo de vida inadecuada, una condición ambiental inapropiada que contribuye a iniciar o mantener patologías en partes o en todo el árbol arterial."(p.57)

Rodríguez Gàsquez, M., Arredondo Holguín, E., y Herrera Cortés, R. (2012), refieren que "el aumento en la prevalencia de Insuficiencia Cardíaca en las últimas décadas se debe, entre otras razones, al envejecimiento de la población y a una mayor supervivencia debido a la mejoría en los métodos de diagnóstico y tratamiento" (p.2). Entre los objetivos del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca se mencionan, suprimir los síntomas y mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida, así como prevenir la progresión del daño miocárdico, prevenir complicaciones, recaídas, reingresos y reducir la mortalidad, mediante el cumplimiento de normas generales no farmacológicas tales como: restricción de la ingesta de sodio, control del balance hídrico, control del sobrepeso, además de la supresión de hábitos tóxicos como tabaco, alcohol y café. Adicional a ello ,Jornet, A., Oller, N., Rovira, F., Sanz, M., y Salas, L.(2008) sobre el tratamiento no farmacológico de la insuficiencia cardíaca, manifiestan "otras técnicas son el tratamiento quirúrgico etiológico (sustitución valvular, revascularización miocárdica, implantación de marcapasos),..."(p.198).

Enfatizan Gómez Ferrero, O.; y, Salas Campos, L. (2008) que, Los marcapasos “son aparatos eléctricos capaces de suministrar impulsos intermitentes a una frecuencia determinada con un potencial suficiente para producir la despolarización artificial de las células cardíacas y, por tanto, la consiguiente contracción ventricular o auricular.”, (p.2014) Los Marcapasos pueden colocarse de forma temporal o permanente. Nettina, S (2003) define al marcapaso permanente como: “Un dispositivo que estimula al corazón con una frecuencia cardíaca, establecida y constante y que su indicación en primer lugar es la Bradicardia Sintomática y en el segundo lugar la enfermedad del nodo sinusal, el bloqueo AVC (Aurícula Ventricular completo) y las taquiarritmias” (Pág.271)

La colocación del Marcapaso en una persona, en la mayoría de los casos es permanente según las patologías mencionadas, por lo que es importante tener en cuenta en este estudio los aspectos relacionados que se involucran en la vida de relación de estos pacientes. por consiguiente, el paciente que va hacer sometido a un implante de marcapaso definitivo o que ya se le ha colocado el mismo, amerita que el equipo de salud específicamente el profesional de enfermería le proporcione la información necesaria con respecto a que consiste el marcapaso, como es el procedimiento quirúrgico, cuales actividades puede realizar después del implante y en cuales actividades tiene que tener precauciones de tal manera que se pueda aclarar dudas, y así asegurarse que el mismo participe en su autocuidado una vez egresado al hogar.

Al paciente se le debe enseñar a vivir con su marcapasos, que se olvide que lo lleva puesto, pero no de sus revisiones periódicas para evitar complicaciones aclarando todas sus dudas en cuanto a llevar una vida normal, orientándolos a que síntomas y signos debe avisar y ponerse en contacto con la consulta, Conseguir su adaptación al marcapasos y su reincorporación a

sus actividades de la vida diaria, la información debe ser detallada no solamente al paciente sino también a la familia, con un lenguaje claro y apropiado. Barrio, N. (2005) indica que el paciente que lleva un marcapaso debe ser preparado psicológicamente, ya que se trata de un cuerpo extraño, que lleva por el resto de sus días. La preparación consiste en familiarizarlo con su nueva situación, para que no le signifique un recargo psicológico sino una situación circunstancial (Pág. 76)

De acuerdo con Orem (1991) citada por Cavanagh, S (1993) El Autocuidado es “ La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar ” (Pág.5). En el contexto específico de estudio, Molina, V. (2004) afirma que el Autocuidado debe aplicarse a los pacientes con marcapaso definitivo para lograr así un estilo de vida apropiado que permita a estos usuarios mantener un estado de salud Óptimo y no se presenten complicaciones futuras (Pág.157)

En este orden de ideas, la educación continua de enfermería hacia el paciente debe ser efectiva, como profesionales ayudamos al paciente a mantener el autocuidado cumpliendo algunas tareas con respecto a actividades cotidianas, minimizando el temor, la ansiedad, la inseguridad, evitando que el paciente restrinja aspectos relacionados con las actividades físicas, manejo de artefactos eléctricos, actividad sexual, y todas las actividades diarias, con confianza y seguridad, sin temor para llevar una vida productiva y se sienta bien consigo mismo, la familia y la comunidad.

De lo antes referido se concluye que la enfermera desempeña un papel importante e independiente en el autocuidado del paciente. Marriner Tomey (1994), expresa que el modelo conceptual de Orem se ha empleado en el contexto del proceso de Enfermería para enseñar a los pacientes a

incrementar su acción de autocuidado. Al considerar los tres sistemas compensatorios presentados por Orem, se ha seleccionado el de apoyo educativo, donde la enfermera enseñará a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, para que sean capaces de manifestar la disposición de cambio sobre la reducción de ingesta de grasas saturadas y la realización de ejercicio físico (caminar), tomando en cuenta las fases de: calentamiento, entrenamiento y de recuperación, una vez que egresan a su hogar. Para ello, la enfermera debe tomar en cuenta los principios de aprendizaje, la motivación y el reforzamiento en el proceso de enseñanza para el logro de los resultados deseados.

En la Unidad de Cuidados Coronarios, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de Valencia Edo Carabobo, los registros de Historias Médicas contabilizan para el último quinquenio 2005-2010, un total de 360 Pacientes ingresados por Cardiopatía Isquémica, con Dx. de Angina Inestable de Alto Riesgo: 220 pacientes, con Dx. de Infarto Agudo al Miocardio (IAM): 720 pacientes, con Dx. De Emergencia Hipertensiva: 267 pacientes, con Indicación para Marcapaso Definitivo: 280 pacientes.

En la práctica diaria de enfermería específicamente en dicha Unidad de Cuidados Coronarios, se observa que las actividades que realiza la enfermera para ayudar al paciente pre y post- trasplantado de marcapaso definitivo se efectúa de manera informal, evidenciándose la ausencia de un programa educativo que le pueda ayudar al fomento de la salud y el éxito de su recuperación. Así mismo, se pudo evidenciar que los pacientes que asisten a la consulta por no contar con la suficiente información dadas a su egreso al hogar, presentan diferentes alteraciones como: aceleración de las pulsaciones, pulso irregular, mareos, sudoración, cansancio, observándose además en el lugar donde fue implantado el marcapaso, secreciones y enrojecimiento, lo que hace suponer que no realizan las técnicas necesarias

al momento de realizar las curas, ni cumplen medidas de autocuidado específicas para su bienestar integral.

Es oportuno mencionar que en la mencionada unidad anteriormente se llevaba un programa educativo, destinado a ofrecer a los pacientes portadores de marcapaso definitivo información pertinente a su estilo de vida cotidiana, satisfacción de necesidades fisiológicas, medidas de autocuidado a cumplir en el hogar, prevención de peligros para la vida; el mismo, se dictaba los días jueves, bajo la responsabilidad de miembros del equipo de salud, -médicos, profesionales de la enfermería y técnicos en marcapasos - adscritos a la consulta de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios, sin embargo en los últimos años los pacientes en proceso de tratamiento quirúrgico para la colocación de un marcapaso, no reciben la información específica y comprensible que le ayudarán a asumir positivamente el tratamiento eléctrico de su alteración cardíaca.

De lo anterior surgen las siguientes interrogantes:

En la Unidad de Cuidados Coronarios, los pacientes candidatos a la colocación de un marcapasos definitivo:

¿Reciben una inducción oportuna sobre el funcionamiento del aparato?

¿Son informados de los planes de alimentación, ingestión y control de líquidos, medidas de descanso y reposo en el hogar?

¿Son informados de las medidas de autocuidado a cumplir en el hogar, durante el periodo de recuperación?

¿Son informados de las medidas a cumplir para la prevención de complicaciones en la herida, prevención de infecciones, interferencia electromagnética?

¿Son informados de los controles médicos para revisiones periódicas?

¿Reciben por escrito material orientador para fomentar su calidad de vida?

Para dar respuesta a estas interrogantes, las autoras del estudio, formula el siguiente problema de investigación: ¿Es factible la elaboración de un estándar de proceso para el autocuidado en el hogar del Paciente post operado con implante de Marcapaso Definitivo tratado en la UCC de la Ciudad Hospitalaria” Dr. Enrique Tejera “Valencia Estado Carabobo en el 2do semestre del año 2014?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Diseñar un estándar de proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado en el hogar del paciente con Implante de Marcapaso Definitivo tratado en la Unidad de Cuidados Coronarios la Ciudad Hospitalaria” Dr. Enrique Tejera” de Valencia. Estado Carabobo en su dimensión: Requisitos de autocuidado.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la información sobre los requisitos de autocuidado en el hogar dada al paciente con implante de marcapaso definitivo
- Determinar la Factibilidad para la elaboración de un estándar para el Autocuidado del pacientes con Implante de Marcapaso Definitivo.

- Elaborar un Estándar de Proceso para el Autocuidado en el hogar del Paciente con Implante de Marcapaso Definitivo.

1.3 Justificación

En los actuales momentos enfermería desempeña un papel importante dentro de los programas de salud y su participación activa en los programas de atención y prevención. En tal sentido se requiere de profesionales de enfermería no solo preparados académicamente, también objetivos, observadores, audaces, con un alto índice de responsabilidad, creatividad y ética, cualidades estas que le permitan desarrollar integralmente todas las funciones inherentes a la enfermería.

Lo antes expuesto, motivo a las investigadoras a realizar esta investigación, cuyo propósito se orienta a: Diseñar un estándar de proceso enfocado en la teoría de Dorothea Orem para el Autocuidado en el hogar del paciente con Implante de Marcapaso Definitivo tratado en la Unidad de Cuidados Coronarios la Ciudad Hospitalaria” Dr. Enrique Tejera” de Valencia. Estado Carabobo en su dimensión: Requisitos de autocuidado.

En el contexto de lo teórico, el estudio está plenamente justificado porque permite describir e interpretar conceptos relativos a la teoría de enfermería de Dorotea Orem sobre el autocuidado, este se concreta cuando emerge como eventos observables de las secuencias de acciones prácticas realizadas dirigidas por las personas hacia sí misma o hacia su entorno, y permite bajo estas consideraciones buscar explicaciones para direccionar el autocuidado del paciente con marcapasos definitivo.

Desde el punto de vista metodológico, está ampliamente justificado porque se utiliza como técnica de recolección de datos un cuestionario que

demostrará su utilidad como instrumento adecuado y técnica valiosa de investigación

Los alcances y logros de esta investigación traerán beneficios a la práctica de Enfermería, ya que permitirá mejorar como profesionales y proporcionar cuidado óptimo al paciente con afección cardíaca, además de ofrecerles información oportuna para su autocuidado en el hogar, una vez que le sea colocado el marcapasos definitivo y así logre aumentar su bienestar y calidad de vida. Por otra parte, los resultados de este estudio permitirán reconocer la importancia de planificar y elaborar guías de trabajos como lo es, el estándar de proceso que, facilita el desempeño del rol asistencial y educativo de los profesionales de enfermería en las instituciones, y a su vez, permitirá una relevancia social a la carrera.

Desde el punto de vista social, el estudio es relevante ya que toda estrategia orientada a lograr condiciones favorables en los pacientes va influir directamente en la salud de los mismos, disminuyendo el temor y generando una mejor perspectiva de vida. En este sentido la Unidad de Cuidados Coronario, gozará de un mejor prestigio por cuanto se garantiza que el paciente cuente con una orientación de enfermería oportuna para obtener respuestas a sus dudas, temores y angustias.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Este capítulo hace referencia a los antecedentes del estudio, sus bases teóricas, el sistema de variables, Operacionalización de la variable y definición de términos básicos.

2.1 Antecedentes del estudio

El desarrollo del presente estudio ameritó la revisión de estudios previos relacionados con el tema de interés, es una máxima para la ejecución de toda investigación, puesto que orienta en la concreción de ideas para la descripción de la situación, así mismo, ayudan en el fortalecimiento del marco metodológico, tal como lo mencionan Polit, D. y Hungler, B (2006), la revisión de la bibliografía “es útil para la identificación de estrategias de investigación, procedimientos metodológicos específicos, instrumentos de medición y análisis estadísticos, que puedan ser provechosos para objeto del estudio”(p.70).

Atendiendo a dichas consideraciones, se presentan algunos resúmenes de investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con la variable en estudio: Autocuidado en Pacientes con Marcapaso Definitivo.

Investigaciones Nacionales relacionadas con la variable en estudio.

Maldonado, M., Rengifo, J., Guevara, B. y Rodríguez, Y. (2007).realizaron en el Estado Carabobo una investigación cuya finalidad fue Determinar el Conocimiento de los pacientes portadores de marcapaso definitivo en cuanto a su vida cotidiana, en sus factores: manejo de artefactos electrodomésticos, actividad sexual, actividades recreativas y actividad laboral, después de asistir a un Programa Educativo impartido por enfermeras,

La investigación fue adscrita al diseño cuantitativo, cuasi-experimental de campo, de tipo descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 172 pacientes con marcapaso controlados en el servicio de Cardiología del Hospital Dr. "Enrique Tejera", de Carabobo de los cuales tomaron una muestra de 43 pacientes, que represento al 25% de la población y asistieron al programa educativo, durante tres meses. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que constó de tres partes: la primera recoge información relacionada con los datos demográficos, la segunda consta de 29 ítems relacionados con el conocimiento sobre: manejo de artefactos electrodomésticos, actividad sexual, recreativa y laboral, con alternativas de respuestas dicotómicas de "Sí" y "No" y la tercera consto de 27 ítems relacionados con el comportamiento asumido por el usuario en su hogar después de participar en el programa educativo, con alternativas de respuesta "Sí" y "No".

En los resultados obtenidos pudieron demostrar que el programa fue efectivo en cuanto al variable conocimiento ya que las diferencias encontradas en las respuestas de los usuarios entrevistados no difirieron significativamente del 100 % considerado como ideal. En cuanto al comportamiento de los usuarios en relación a los aspectos enseñados (actividades deportivas, sexuales y laborales), hubo diferencias significativas en las respuestas dadas por los pacientes, es decir, a pesar de tener el conocimiento no se reflejó en el comportamiento en estos aspectos, lo cual se presume sea por la edad de los mismos, ya que la mayoría estuvo ubicada entre 61 y 81 años, factor interviniente en cuanto a la sexualidad (procreación y embarazo). La mayoría no realizaba actividad laboral salvo la del hogar y solo caminatas como actividad deportiva

Antecedentes internacionales relacionados con la variable en estudio.

Rodríguez Gàzquez, M., Arredondo Holguín, E. y Herrera Cortés, R. (2012), realizaron en Medellín, Colombia, una investigación con la finalidad de Evaluar la efectividad de un programa educativo de enfermería en el mejoramiento de los comportamientos de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

En el contexto metodológico fue un ensayo clínico aleatorizado sin cegamiento, participaron los pacientes de ≥ 30 años que asistieron al programa de salud cardiovascular en una institución hospitalaria de Medellín, el total de pacientes fue dividido en dos grupos de intervención y de control, con un 95% de confianza conformaron el tamaño de la muestra, cuyo tamaño mínimo fue de 24 personas en cada grupo. Para la conformación del grupo de intervención utilizaron la tabla de números aleatorios. Las actividades educativas, trataron cinco aspectos: Conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico solicitud de ayuda durante la enfermedad, adaptación a vivir con la enfermedad y los efectos de los medicamentos, así como el auto concepto que facilitara el empoderamiento y motivación de la persona por su cuidado. El programa educativo duro 9 meses, las actividades fueron desarrolladas mediante encuentros educativos grupales, sesiones de tele enfermería y visitas domiciliarias. Para la recolección de información diseñaron un instrumento con cuatro partes: a) información demográfica: edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios; b) información sobre apoyo social: familia, amigos e institución de salud; c) información clínica: comorbilidad, clase funcional, fracción de eyección, hospitalizaciones y muerte; y d) escala de comportamiento de autocuidado de pacientes con falla Cardíaca de Artinian, esta escala se deriva de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, valida en Colombia, obteniendo una confiabilidad de 0,76, según el alfa de Cronbach, está conformada por 28 ítems que median la frecuencia de comportamientos de autocuidado en escala Likert modificada de cuatro alternativas:

O=nunca,1=pocas veces,2=la mayor parte del tiempo, y 3= todo el tiempo, la sumatoria de los puntajes de los 28 ítems, era la puntuación total; a mayor puntaje suponían mayor nivel de autocuidado.

En los resultados destacan que un 66,6% del grupo de intervención versus 26,6% del grupo control mejoraron en al menos 20% el puntaje de autocuidado ($p < 0,0001$). Mencionan que los hallazgos sugirieron que la intervención educativa de enfermería estudiada tuvo un efecto beneficioso en los comportamientos de autocuidado de las personas con insuficiencia cardíaca. Recomendaron la elaboración de una cartilla educativa, titulada “Desarrollando comportamientos de autocuidado: una manera de afrontar la falla cardíaca “para uso de pacientes y cuidadores.

Esta investigación guarda estrecha relación con el trabajo ya que al conocer las características personales ya que permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral y de esta manera logra una mejor relación e intervención del personal profesional de enfermería para lograr mejor autocuidados y elevar la calidad de vida del paciente.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Estándar de Proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con Implante de Marcapaso Definitivo

Los Estándar son norma o guía que se sigue para realizar un proceso y obtener un fin o resultado. Estándar de Calidad hace referencia al grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso. Los estándares detallan las responsabilidades profesionales vinculadas a la evaluación del paciente, el desarrollo del plan de atención, implementación, el control y seguimiento clínico y otros aspectos profesionales. Ramey, I (1998) señala que:

Un Estándar es una medida establecida que sirve como criterio o nivel de referencia y Además la define como la Evaluación del cuidado de Enfermería como " Modelo o Ejemplo establecidos, costumbres o consentimiento " con el propósito para la Enfermera de poder brindar mejor atención al paciente.(Pág. 58)

Un estándar trata de describir en forma adecuada las acciones profesionales de cuidado en un orden lógico, para la consecución de resultado validos, que como bien lo señala; Román, G.; Zambrano, A.; y Bracho, C.(1990) "Ayuda a que otras enfermeras (os) puedan comprenderlos y aplicarlos acertadamente" (p97), desde esta perspectiva un estándar valido logra comunicar con exactitud tanto el contenido como los resultados en términos de palabras apropiadas, así como cuando sea necesario añadir oraciones explicativas pertinentes y significativas de la enfermería.

Orem D. (1993) refiere; "Las acciones organizadas y coordinadas, por ejemplo de las enfermera y de la persona que recibe sus cuidados, requiere que el/ los ejecutante/s o el/ los agente/s tengan conocimiento previo de la naturaleza, momento y duración de cada acción dentro de los grupos o series coordinadas y tengan las habilidades requeridas para su desempeño" (p88)

Ahora el paciente debe esforzarse de manera consciente en tomar decisiones para mantener su salud y calidad de vida, de ahí parte la importancia que el paciente reciba información relacionada con sus cuidados propios por ello el profesional de enfermería, debe ayudarle a comprender su estado y su mejor opción a la hora de tomar el control de su situación ante ellos la mejor manera de hacerlo es elaborando un estándar de cuidados.

Así, Román, G.; Zambrano, A y Bracho, C. Construyeron un modelo para la formulación de estándares en el cuidado de enfermería, el cual es conocido por sus siglas modelo F.E.C.E y “el mismo está constituido por tres componentes: 1) el método para formular estándares de proceso; 2) el método para formular estándares de resultado, y 3) el método para validar la formulación de los estándares de proceso y de resultado.” (p42). Cada uno de los cuales están organizados en orden lógico y está compuesto por siete (7) pasos para direccionar el cuidado de enfermería.

En el caso particular de los estándares de proceso basados en intervenciones de enfermería explican Román, G.; Zambrano, A. y Bracho, C. (1990) que la metodología para la formulación se inicia con la decisión de seleccionar la intervención a la cual se va a formular dichos estándares a partir de los resultados obtenidos del paciente, información válida sobre la práctica de enfermería. Con este tipo de información, según Jonson, M.; Maas. M. y Morread, S. (2001) “Se puede ayudar a las enfermeras(os) a desarrollar estándares realistas que reflejen resultados obtenidos en la investigación que formulan los estándares de proceso basados en intervención de enfermería” (p23)

En enfermería, un estándar de proceso define claramente las acciones que debe cumplir el personal del área para la cual fue diseñado, con los pacientes, lo que según Sánchez, R. (2001) permite:

- Modificar su entorno interno o externo en su propio beneficio.
- Ayudarle a valerse por sí mismo o cambiar su entorno.
- Enseñarle como valerse por sí mismo, a prevenir problemas de salud.
- Implicar a la familia o a otras personas allegadas para que lo ayuden a valerse por sí mismo a prevenir problemas de salud.
- Incrementar su bienestar psicológico y fisiológico.

- Coordinar con los otros miembros del equipo la disposición de los cuidados de salud necesarios para el paciente. (p318)

Es aquí donde cabe tomar en cuenta lo expuesto por Román, G.; Zambrano, A y Bracho, C. Autores del modelo F.E.C.E., para quienes la elaboración de un estándar de proceso basado en intervenciones de enfermería requiere del cumplimiento de los siguientes pasos:

1. Disponer del procedimiento para la intervención de enfermería.

Dicho procedimiento ha de estar cuidadosamente redactado. Cuando el procedimiento no exista se hace necesario escribirlo antes de formular el estándar.

2. Identificar las metas de intervención de enfermería.

La meta considerada en el momento como una afirmación específica conductual que describe lo que se planea alcanzar a través de las acciones de enfermería.

3. Identificar las acciones esenciales de enfermería en el procedimiento para lograr metas.

Significa entonces que se hace necesario analizar las acciones de procedimientos esenciales para el logro de las metas propuestas.

4. Especificar frecuencia y/o duración de cada acción esencial.

Paso considerado de mucha importancia para definir con exactitud aquellas acciones esenciales que exigen determinación de la duración y de las frecuencias de las mismas, es decir, que se refiere a la determinación del tiempo.

5. Organizar en forma lógica los estándares de proceso en relación con las metas de la intervención de enfermería.

Esto hace con la finalidad de ayudar a los profesionales de enfermería a que apliquen los estándares de proceso con menos dificultad, en razón de algunas intervenciones de enfermería que exigen conocimiento de técnicas adicionales del procedimiento.

6. Comparar los estándares de proceso con los conceptos de razonamiento y sugerencia.

El razonamiento y la sugerencia son conceptos útiles de proceso define lo que se debe hacer para proporcionar cuidados de enfermería de calidad, mientras que la sugerencia describe formas posibles para desarrollar el estándar de proceso.

7. Validar los estándares de proceso.

Las validaciones de los estándares de proceso conllevan a la revisión de la redacción y significado de las palabras seleccionadas, en tanto que expresen exactamente las acciones de la intervención de enfermería.

La explicación resumida de los siete pasos que guían la formulación de los estándares de procesos basados en la intervención de enfermería se consideran de un a alto valor teórico en los elementos previamente expuestos para alcanzar el desarrollo de la variable en estudio, referida al estándar de proceso para el autocuidado de los paciente con marcapasos. Así mismo, refiere Orem, D. (1993) “todas las enfermeras tienen que estar cualificadas para proporcionar cuidados de enfermería a los individuos, adultos, niños, que tienen demandas de enfermería. Como arte de brindar ayuda, la enfermería es la compleja habilidad de lograr o contribuir al logro del autocuidado habitual y terapéutico de la persona” (p.208)

El autocuidado comporta la connotación dual de <<para uno mismo>> y <<realizado por uno mismo>> , es decir que, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. De acuerdo con Orem, D. (op.cit) El autocuidado tiene un propósito. “Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos” (p.133)

El fomento del autocuidado les corresponde a los profesionales de enfermería con la finalidad de desarrollar en los pacientes en general y en particular a .los afectados por una enfermedad cardiaca la capacidad de cuidarse a sí mismo en base a requisitos de autocuidado

Requisitos de Autocuidado Universal

Orem, D. (1993) enfatiza “los requisitos de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. (p.136).Los requisitos de autocuidado se clasifican en universales, del desarrollo y de desviación de la salud. De acuerdo con Orem, D. (op.cit) Los requisitos de autocuidado universal, son ocho, comunes a todos los seres humanos:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. 3.-El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. La previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar
8. .La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.(p.141).

Es de considerar Que los requisitos de autocuidado conceptualizados que han sido validados por su utilización con éxito para ayudar a las personas a conservar su salud y bienestar, se convierten en elementos de la cultura general ,permaneciendo en los dominios de las profesiones del cuidado de la salud, en particular de los profesionales de enfermería.

En el marco de lo citado, es pertinente señalar, que al proporcionar actividades enmarcadas en su autocuidado, el enfermo con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, que será sometido a un implante de marcapasos definitivo, sí es organizado alrededor de los requisitos de autocuidado universal, la acción será efectiva, se refuerza la salud positiva y el bienestar. En el marco del estudio la variable seleccionada son requisitos de autocuidado universal y como indicadores los siguientes cuatro requisitos de autocuidado

Mantenimiento del aporte suficiente de agua y alimentos

En palabras de Orem, D. (op.cit) este requisito “proporciona a los individuos los materiales requeridos para la producción de metabolismo y energía.”(p.142), cuyas acciones generales establecen:

- a. Tomarlos en la cantidad requerida para el funcionamiento normal, ajustándolos según los factores internos y externos que puedan afectar los requerimientos...

- b. Preservar la integridad de las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos asociados.
- c. Disfrutar las placenteras experiencias de...,beber y comer sin abusos.(p.144)

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

Este requisito debería asegurar la integridad de dichos procesos y su regulación, así como el control efectivo de los materiales eliminados. Las acciones generales recomendadas por Orem, D. (op.cit) son:

- a. Crear y mantener las condiciones internas y externas necesarias para la regulación de los procesos de eliminación.
- b. Manejar los procesos de eliminación (incluyendo la protección de las estructuras y procesos implicados) y la eliminación de los excrementos.
- c. Proporcionar los cuidados higiénicos posteriores de las superficies y partes corporales. .(p.144)

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

La precitada, Orem, D. Manifiesta en su teoría del autocuidado que el mencionado requisito universal “controla el gasto de energía voluntaria; regula los estímulos ambientales, y proporciona variedad, salidas para los intereses y talentos y el sentido de bienestar que se deriva de todo ello.”(p.142).La precitada Orem, recomienda como acciones generales para satisfacer este requisito, las siguientes:

- a. Seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social.
- b. Reconocer y atender las manifestaciones de las necesidades de las necesidades de reposo y actividad.
- c. Usar las capacidades, intereses y valores personales, así como las normas culturalmente prescritas como bases para el desarrollo del patrón reposo-actividad. .(p.144)

Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar,

Este requisito de autocuidado dice Orem, D. (op.cit.) contribuye “al mantenimiento de la integridad humana y, por tanto, a la promoción efectiva del funcionamiento y desarrollo humanos” (p.142), evita a su vez el desarrollo de condiciones que constituyan peligros internos para la vida humana. Entre las acciones generales para cubrir este requisito sugiere:

- a. Estar alerta ante los tipos de peligros que es posible que ocurran.
- b. Empezar acciones para prevenir los acontecimientos que pueden conducir al desarrollo de situaciones peligrosas.
- c. Apartarse o protegerse uno mismo de las situaciones peligrosas cuando el peligro no puede ser eliminado
- d. Controlar las situaciones peligrosas para eliminar el peligro para la vida o el bienestar. .(p.144 /145)

2.3 Sistema de Variables

Según Arias, F. (2006), una variable es: “una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y objeto de análisis, medición, manipulación o control de una investigación” (p.57)

Variable Única

Estándar de proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con Marcapaso Definitivo

Definición Conceptual:

Es una “forma de acción profesionales de cuidados en un orden lógico, para la consecución de resultados válidos, ayuda a que otros enfermeros (as) puedan comprenderlo y aplicarlo acertadamente” (Román de Cisneros, G.; Bracho de López, C.; y, Zambrano de Guerrero, A. 1990, p. 97).

Definición operacional:

Está referido a los requisitos de autocuidado universales enfocados en la teoría de Dorothea Orem que los profesionales de enfermería deben explicar a los pacientes sometidos al implante de un marcapaso definitivo en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique tejera” de Valencia. Edo. Carabobo para promover su autocuidado en el hogar

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON MARCAPASO DEFINITIVO

Está referido a los requisitos de autocuidado universales enfocados en la teoría de Dorothea Orem que los profesionales de enfermería deben explicar a los pacientes sometidos al implante de un marcapasos definitivo en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique tejera” de Valencia. Edo. Carabobo para promover su autocuidado en el hogar.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL. Son acciones de autocuidado referidas al Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos, la Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, al Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, y la Prevención de los Peligros para la vida, el Funcionamiento y el bienestar., que el profesional de enfermería adscrito a la unidad de cuidados intermedios, enseña al paciente con	Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos para la vida, el Funcionamiento y el bienestar. Prevención de los Peligros	Cantidad de Agua y Alimentos.	25,26,27 28 1
		Cambio de cura	29,30 2
		Consumo de agua en el hogar	31,32 3
		Consumo de líquidos	33,34 4
		Alimentación Normal	35 5
		Alimentos bajos en sal	36,37,38,39,40,41 6
		Alimentos ricos en grasa	42 7,8
		Ingesta de agua y alimentos sin abusos	9.
		Dieta especial	
		Revisiones periódicas.	

marcapaso definitivo para fortalecerle su salud cardiovascular y evitarse complicaciones durante el tiempo de adaptación al aparato.	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.		Patrón normal de micción Patrón normal de evacuación Patrón normal de	10 11
	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.		sudoración Dieta habitual Práctica de actividades Práctica de deportes Exposición al sol Conducción de vehículo Relaciones sexuales Embarazo	12 13 14 15,16,17,18 19,20 21 22 23,24

2.5 DEFINICION DE TERMINOS

Ataque cardíaco. Muerte o daño de una parte del músculo cardíaco causados por una falta de sangre rica en oxígeno en el corazón.

Cardiopatía. Enfermedad del corazón.

Cardiopatía isquémica. También denominada «enfermedad arterial coronaria» y (enfermedad coronaria); estrechamiento de las arterias coronarias, lo cual da lugar a una reducción del suministro de sangre al corazón.

Cardiovascular (CV). Relativo al corazón y los vasos sanguíneos. El aparato circulatorio del corazón y los vasos sanguíneos es el aparato cardiovascular.

Enfermedad arterial coronaria (EAC). Estrechamiento del diámetro interno de las arterias que suministran sangre al corazón.

Enfermedad coronaria. Enfermedad del corazón causada por una acumulación de placa aterosclerótica en las arterias coronarias, lo cual puede ocasionar una angina de pecho o un ataque cardíaco; un término general.

Factor de riesgo. Elemento o condición que implica cierto grado de riesgo o peligro.

Gasto cardíaco. Cantidad de sangre que el corazón bombea por el aparato circulatorio en el espacio de un minuto.

Infarto. Zona de tejido cardíaco permanentemente dañado por un suministro insuficiente de oxígeno.

Infarto agudo de miocardio. Ataque cardíaco. El daño o la muerte de una zona del músculo cardíaco (miocardio) debido a una obstrucción del flujo de sangre a esa zona.

Isquemia. Disminución del flujo sanguíneo a un órgano, generalmente debida a una constricción u obstrucción de una arteria.

Marcapasos. Dispositivo electrónico que se implanta quirúrgicamente para regular el ritmo cardíaco.

Miocardio. Pared muscular del corazón. Se contrae para bombear la sangre del corazón y luego se relaja mientras el corazón vuelve a llenarse con la sangre que regresa.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo describe el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, confiabilidad, procedimientos para la recolección de la información y las técnicas de análisis.

3.1.- Diseño de la investigación

Se define el diseño de investigación, tal y como ha sido propuesto por Bernal C, (2006), como “un plan estructurado de acción que, en función de unos objetivos básicos, está orientado a la obtención de información o datos relevantes a los problemas planteados”. (p.64). Es decir, es la descripción de cómo se va a realizar la investigación y que en consecuencia dará respuesta a todas las preguntas formuladas en el presente trabajo de investigación. Atendiendo a lo citado, la investigación se realizara en la Unidad de Cuidados Coronarios que actúa como naturaleza de la fuente, para recolectar los datos de los pacientes a los cuales se les ha implantado un Marcapaso definitivo

El diseño de la presente investigación, se ubica un diseño no experimental, de campo, tipo proyecto factible debido a que solo se describe la situación actual de la variable en estudio para buscar información relativa al autocuidado en el hogar del paciente con marcapaso definitivo y proponer alternativas de solución. Según Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P. (2006), una investigación con diseño no experimental, “es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir, que se observa el fenómeno como se presenta en su contexto natural, para después proceder a su análisis respectivo.” (p189).

Para Cázares, L. (2005) la investigación con diseño de campo es aquella en que “el mismo objeto de estudio sirve como fuente de información para el investigador. Consiste en la observación, directa y en vivo, de cosas, comportamiento de personas, circunstancia en que ocurren ciertos hechos; por ese motivo la naturaleza de las fuentes determina la manera de obtener los datos.” (p.18).

En cuanto al proyecto factible, Arias, F. (2006), lo define como “propuesta de acción para resolver un problema práctico o satisfacer una necesidad. Es indispensable que dicha propuesta se acompañe de una investigación que demuestre en factibilidad o posibilidad de realización” (p134). En concreto, el interés es diseñar un estándar de proceso para el autocuidado del paciente con implante de marcapaso definitivo.

3.2.- Tipo de estudio

El estudio se enmarcara dentro de una investigación de carácter prospectivo, transversal, descriptivo, A tal efecto, Danhke citado por Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P. (2006), señala que: “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p117). En definitiva permite, describir, analizar e interpretar sistemáticamente las características del paciente con marcapaso definitivo y las medidas de autocuidado en la cual la información será recolectada en una sola oportunidad, en un momento específico, dada la especialidad temporal con la que se realiza.

La investigación se ubica en el tipo transversal, en virtud de que la variable es medida una sola vez, en un solo momento de acuerdo al criterio de Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P. (ob.cit.) “Una investigación de

tipo transversal es cuando se recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (p186)

3.3.- Población

Según Arias, F. (2006) el termino población “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (p81). La población de estudio está constituida en este caso por el total 40 pacientes que durante el año 2014 han sido implantados con Marcapaso Definitivo en la unidad de cuidados coronarios de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Ubicado en Valencia estado Carabobo.

3.4.- Muestra

La muestra como lo plantea Bernal, C. (2006) “es la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtendrá la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuaran la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (Pág. 121). Es decir, la muestra en este caso está conformada por 26 personas, que representan el 65% del total de la población de pacientes con marcapaso definitivo tratados en la unidad de cuidados coronarios de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia. Edo. Carabobo.

Considerando los objetivos del estudio se estimara conveniente estudiar a los pacientes que han sido implantado marcapaso definitivo, en cuanto a medidas de autocuidado que reciben de parte de los profesionales de la salud, específicamente de los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de cardiología previo a ser egresados al hogar.

3.5.- Método e instrumento de recolección de datos

Pineda, E., y Alvarado de E., (2008), denominan método al “medio o camino a través de cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos” (Pág. 97). Como puede observarse el método es el camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos.

Para esta investigación el método de recolección de datos es el cuestionario, ya que, se estima será de fácil aplicación para el elemento muestral, es decir los pacientes con implantes de marcapaso definitivo. Del mismo modo, Pineda, E. Alvarado de, E. (2008) señalan que el cuestionario “consiste en la aplicación de un instrumento o formulario impreso, el cual se orienta a recabar la información sobre el problema de estudio y que el consultado llena por sí mismo” (p165).

Dicho cuestionario, es un instrumento constituido por la portada, presentación, instrucciones y dos partes: la primera recoge información relacionada con los datos demográficos de los pacientes y la segunda consta de 42 ítems en escala Likert de cuatro alternativas: Siempre (3), Casi siempre (2), Casi nunca (1) y nunca (0) referentes a la información aportada al paciente previo al egreso de la unidad de cuidados coronarios sobre las medidas de autocuidado a cumplir en el hogar ,una vez que le es implantado el marcapaso definitivo.

3.5.1 Confiabilidad

Una vez que se realizó la selección del cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de: las dimensiones, indicadores y el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006)., sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (10) elementos muestrales, representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición. A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad a la muestra seleccionada se utilizó el método alfa de Cronbach, de suma utilidad cuando los ítems presentan más de dos alternativas, y cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Dónde:

α = Coeficiente de confiabilidad

K = número de Ítems

$\sum Si^2$ = Varianza del instrumento

St^2 = varianza de la suma de los Ítems Los resultados se interpretaron de acuerdo con la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja

0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 – 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de Diseñar un estándar de proceso para el Autocuidado del paciente con marcapaso:

Comparando el valor obtenido 0.98 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad “Muy Alta”. Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1999), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de estas estimaciones son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos

3.6.- Procedimiento para la recolección de los datos

Para recoger la información del elemento muestral se cumplieron las siguientes actividades: Se solicitó por escrito autorización para efectuar el presente estudio a la Coordinadora de Enfermería, Coordinadora Docente de la unidad de Cardiología de la Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Se solicitó la participación voluntaria y el consentimiento informado en el estudio a cada uno de los pacientes.

Obtenidas las diferentes autorizaciones se planifico la recolección de la información los días jueves en horario de 8 am a 2 pm. Día que corresponde a la consulta de control a los pacientes con marcapaso, y donde se atienden un máximo de 10 pacientes.

A cada paciente se le agradeció personalmente su participación en el estudio

3.7.- Técnicas de análisis

Para efectos de tabular y analizar los datos obtenidos, se utiliza la estadística descriptiva - frecuencia y porcentaje – y el programa computarizado SPSS V.15 para la representación en cuadros estadísticos de los mismos, así como para la elaboración de los gráficos que sustentan dichos datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, posteriormente se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

4.1. Presentación de los Resultados

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones, indicadores y subindicadores previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

CUADRO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA .ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
31 a 40 años	0	0,0
41 a 50 años	6	23,1
51 a 60 años	6	23,1
61 a 70 años	10	38,5
71 a 80 años	4	15,4
TOTALES	26	100,0

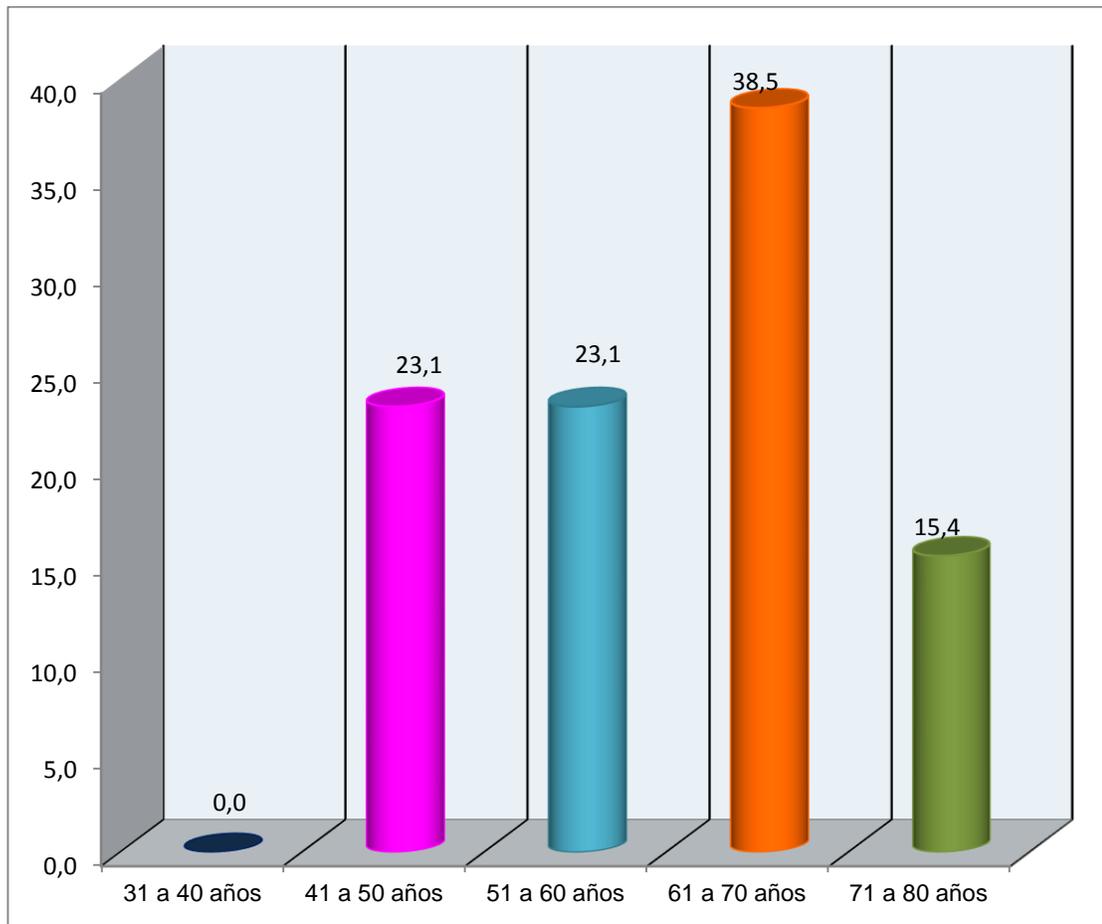
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

Los datos referentes a la edad del elemento muestral determinan que **38,5% dicen tener entre 61 a 70 años**; seguido por el 23,1% de quienes tienen 41 a 50 e igual porcentaje se ubicó entre 51 a 60 años; el 15,4% entre 71 a 80 años respectivamente

GRÁFICO N° 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA .ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA .ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Alfabeta	2	7,7
Primaria	14	53,8
Secundaria	7	26,9
Técnica	3	11,5
Universitaria	0	0,0
TOTALES	26	100,0

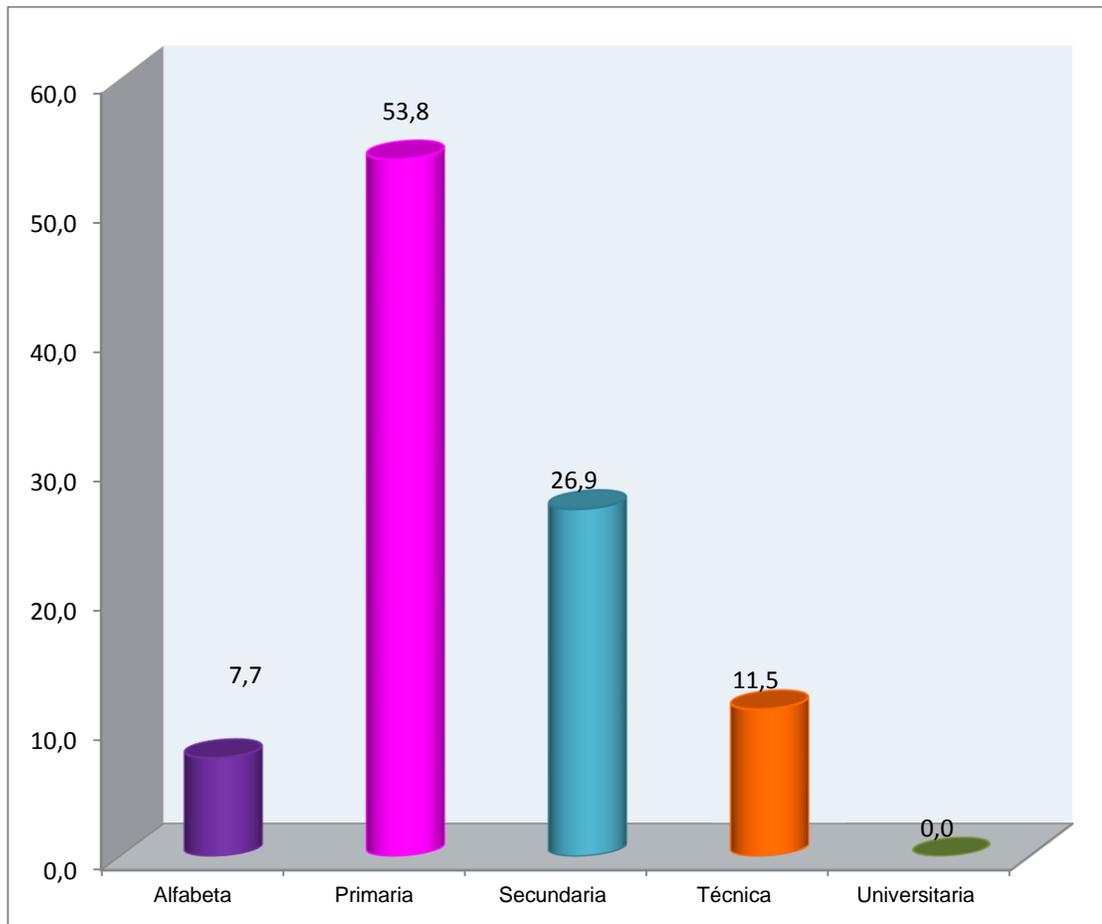
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

Los resultados correspondientes al grado de instrucción del elemento muestral, evidencian que **53,8% tienen instrucción primaria**; 26,9% educación secundaria, 11,5% técnica y 7,7% son alfabetas.

GRÁFICO N° 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA .ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 2.

CUADRO Nº 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO CON EL MARCAPASO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
03 a 06 meses	4	15,4
07 a 10 meses	5	19,2
11 a 14 meses	7	26,9
15 a 18 meses	8	30,8
2 a 4 años	1	3,8
5 a 11 años	1	3,8
TOTALES	26	100,0

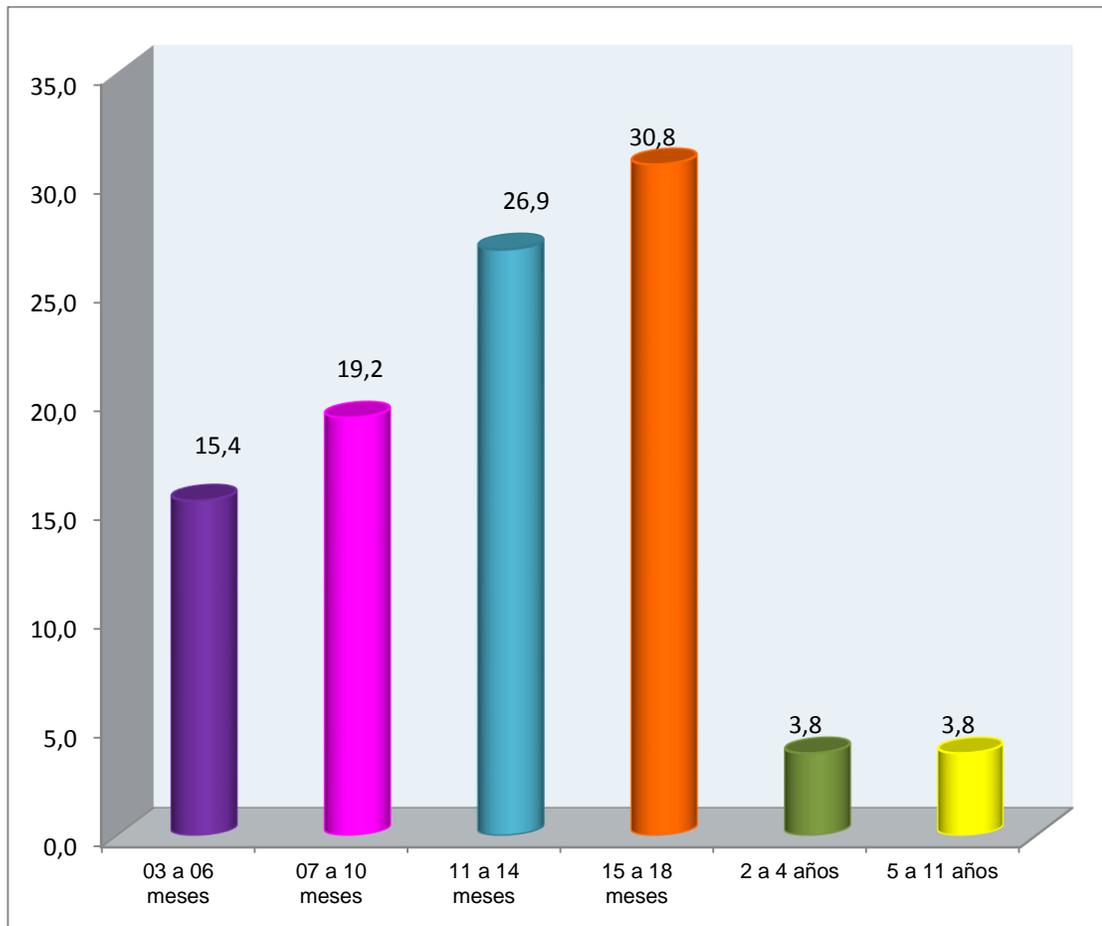
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes al tiempo con el marcapaso indicaron que el 30,8% de los encuestados dijeron tener 15 a 18 meses con el marcapasos; el 26,9% indicó 11 a 14 meses; luego el 19,2% indicaron 07 a 10 meses; el 15,4% señalaron 03 a 06 meses y 3,8% de 2 a 4 años e igual porcentaje se ubicó en 5 a 11 años, respectivamente

GRÁFICO N° 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO CON EL MARCAPASO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 3.

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Alguna vez		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cantidad de agua y alimentos	6	23,1	1	3,8	2	7,7	17	65,4	26	100,0
Consumo de agua en el hogar	12	46,2	3	11,5	1	3,8	10	38,5	26	100,0
Consumo de líquidos	15	57,7	6	23,1	1	3,8	4	15,4	26	100,0
Alimentación normal	13	50,0	12	46,2	0	0,0	1	3,8	26	100,0
Alimentos bajos en sal	13	50,0	8	30,8	0	0,0	5	19,2	26	100,0
Alimentos ricos en grasa	6	23,1	8	30,8	2	7,7	10	38,5	26	100,0
Ingesta de agua y alimentos sin abusos	14	53,8	10	38,5	1	3,8	1	3,8	26	100,0
Dieta especial	8	30,8	2	7,7	2	7,7	14	53,8	26	100,0

Fuente: Instrumento aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 4

Los resultados en el **subindicador Cantidad de agua y alimentos**, determinan que 65,4% de los consultados dicen que **Nunca** fueron informados de la cantidad de agua y alimentos a consumir en el hogar; mientras que 23,1% indicaron siempre; el 7,7% señaló alguna vez fue informado y 3,8% opinó casi siempre fue informado.

Los resultados en el **subindicador consumo de agua en el hogar** evidencian que 46,2% de los consultados dicen que **Siempre** controlan el consumo de agua en el hogar; en tanto que 38,5% indicó nunca. La opción casi siempre se ubicó con 11,5% y alguna vez con 3,8% respectivamente.

El **subindicador consumo de líquido** demuestra que 57,7% de los consultados expresan que **siempre** consumen suficiente líquidos (jugos, leche) en el hogar; en tanto que 23,1% indicaron casi siempre; para el 15,4% nunca y el 3,8% señalaron alguna vez, respectivamente.

Los resultados en el **subindicador alimentación normal**, muestran que 50% de los consultados indicaron que **Siempre** consumen alimentación normal en el hogar; en tanto que 46,2% indicaron casi siempre y 3,8% señaló que nunca.

Los resultados en el **subindicador alimentos bajos en sal**, revelan que 50% de los consultados indicaron que **Siempre** consumen alimentos con baja cantidad de sal; el 30,8% indicó casi siempre y 19,2% señaló nunca.

Con respecto a los resultados en el **subindicador alimentos ricos en grasa**, muestran que 38,5% de los consultados **Nunca** consumen alimentos

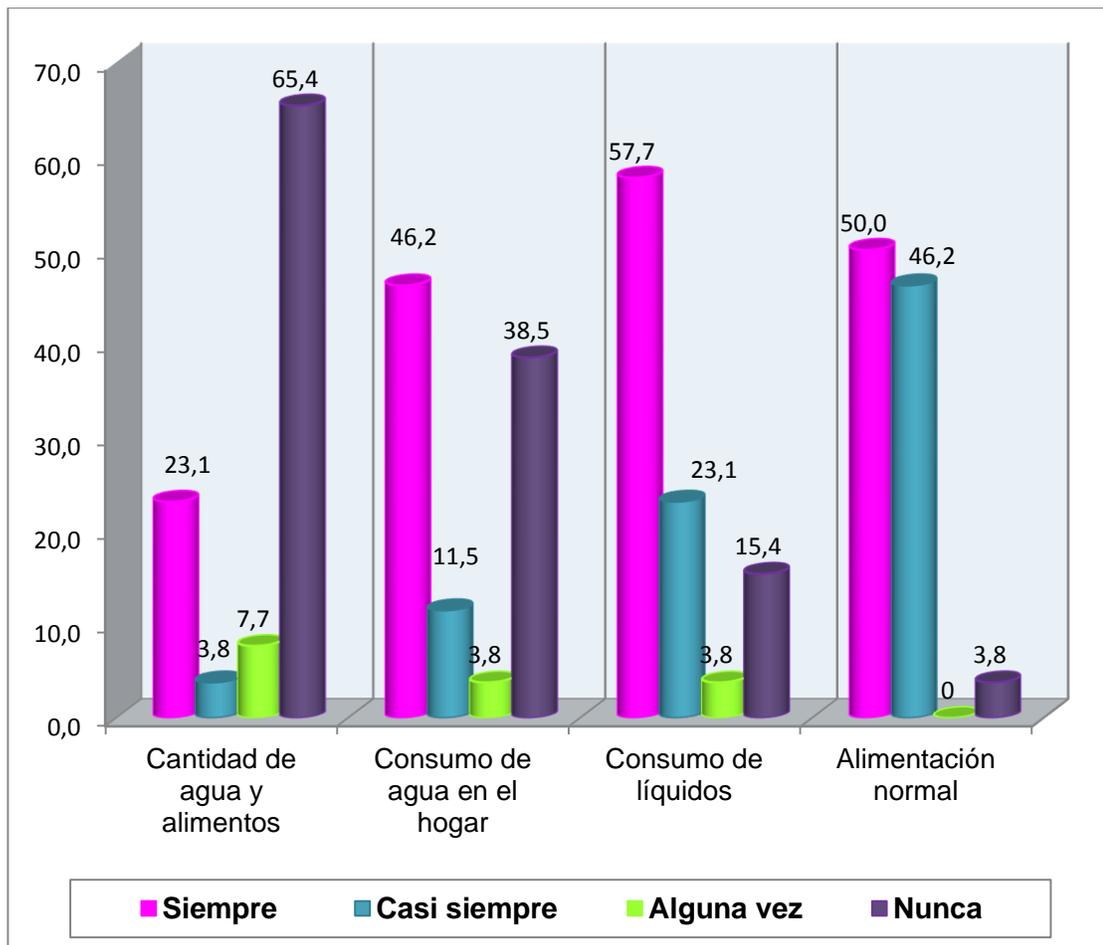
ricos en grasas; en tanto que 30,8% señaló casi siempre; el 23,1% indicó siempre y 7,7% alguna vez.

En el **subindicador ingesta de agua y alimentos sin abusos**, los resultados evidencian que 53,8% de los consultados **Siempre** disfrutaban la ingesta de agua y alimentos sin abusos; mientras que 38,5% dicen casi siempre y 3,8% indicaron alguna vez y nunca, respectivamente.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador Dieta especial**, se evidencia que 53,8% de los consultados dicen que **Nunca** fueron informados que el marcapasos precisa de dieta especial; mientras que 30,8% indicaron que siempre fue informado de esto; para el 7,7% casi siempre y alguna vez, respectivamente.

GRÁFICO N° 4

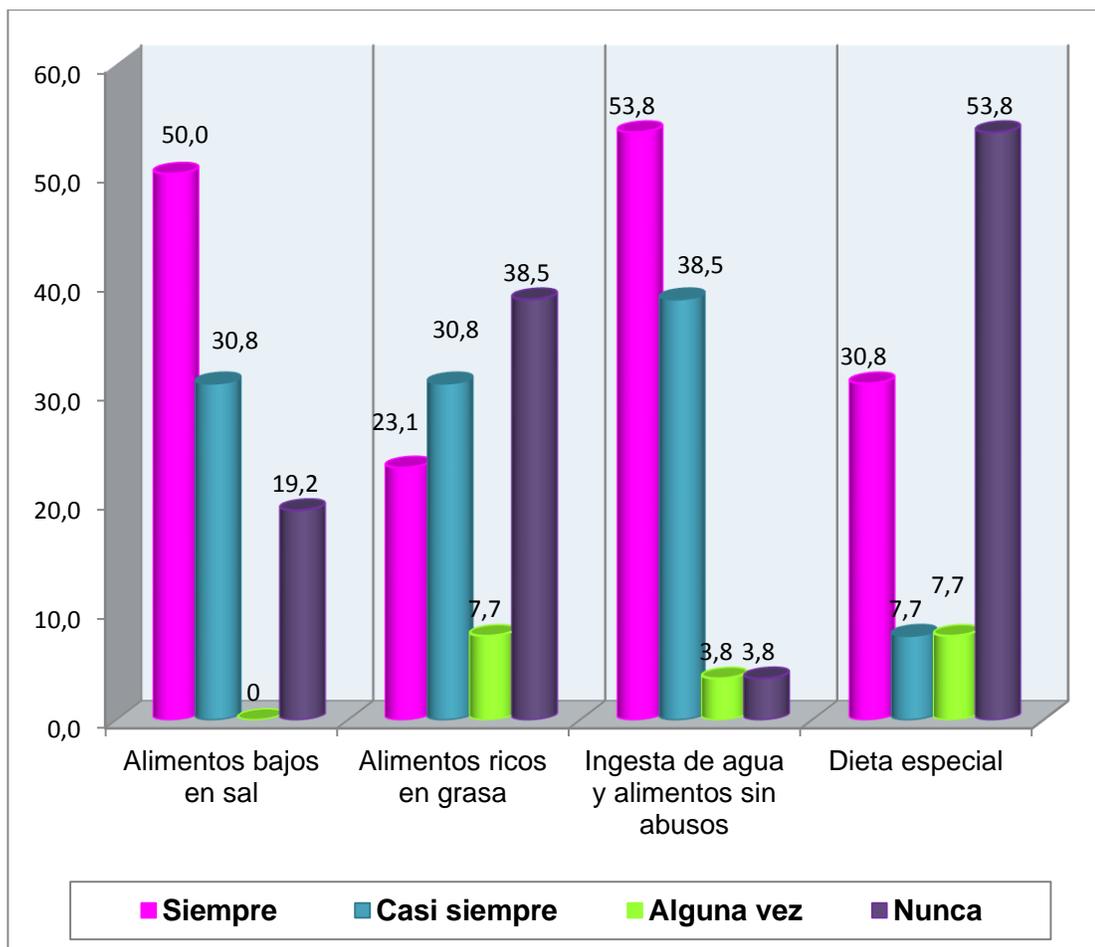
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 4.

GRÁFICO N° 4-A

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 4.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Alguna vez		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Patrón normal de micción	11	42,3	1	3,8	5	19,2	9	34,6	26	100,0
Patrón normal de evacuación	10	38,5	1	3,8	5	19,2	10	38,5	26	100,0
Patrón normal de sudoración	8	30,8	1	3,8	6	23,1	11	42,3	26	100,0
Dieta habitual	12	46,2	2	7,7	1	3,8	11	42,3	26	100,0

Fuente: Instrumento aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

Los resultados en el **subindicador Patrón normal de micción (orinar)**, determinan que 42,3% de los consultados dicen que fueron informados **Siempre** que el marcapaso no afecta su patrón normal de micción (orinar); mientras que 34,6% indicaron que nunca fueron informados; el 19,2% señaló alguna vez fue informado y 3,8% opinó casi siempre fue informado.

Los resultados en el **subindicador patrón normal de evacuación** evidencian que 38,5% de los consultados dicen que **Siempre** fueron

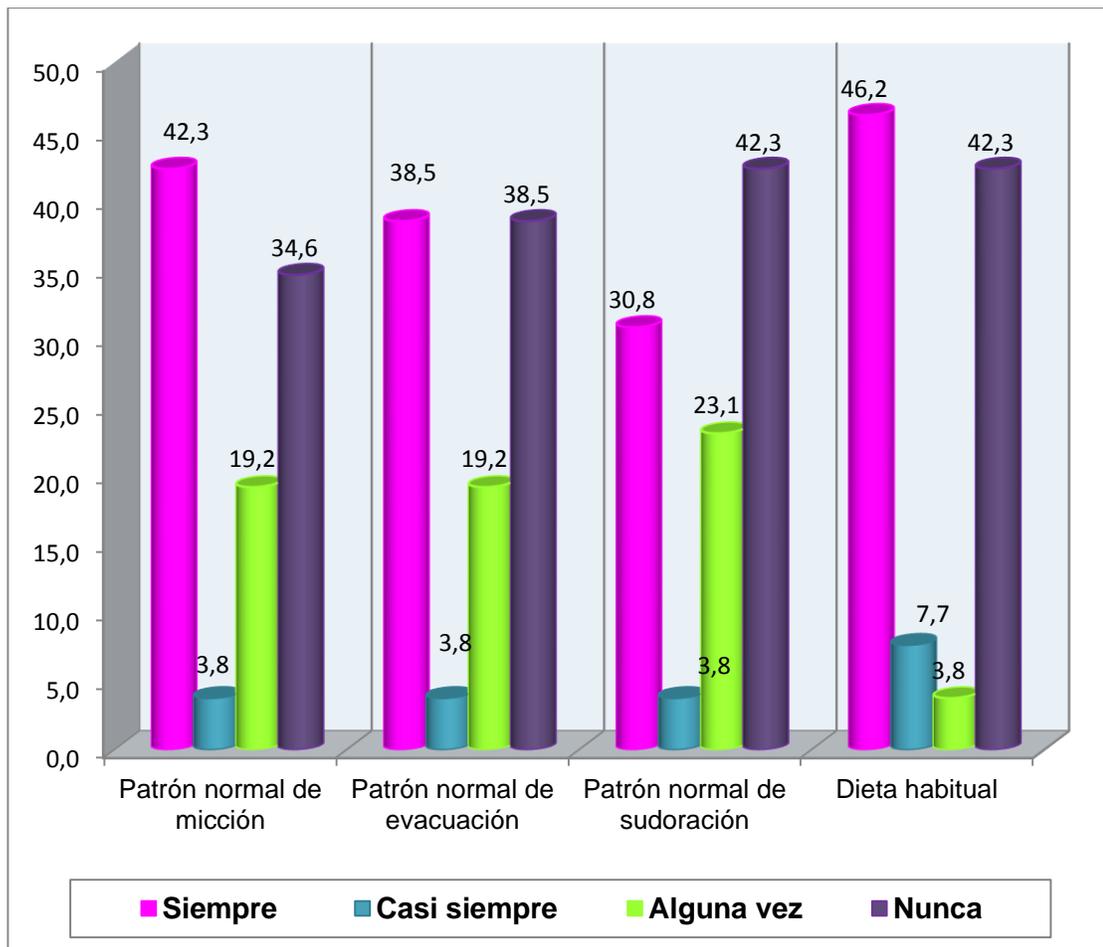
informados que el marcapasos no afecta su patrón normal de evacuar (eliminar heces) e igual porcentaje (38,5%) dicen que nunca fueron informados; en tanto que 19,2% indicó alguna vez y 3,8% señaló casi siempre fue informado.

El **subindicador patrón normal de sudoración** demuestra que 42,3% de los consultados expresan que **nunca** fueron informados que el marcapasos no afecta su patrón normal de sudoración; en tanto que 30,8% indicó siempre fue informado; para el 23,1% alguna vez y 3,8% señalaron alguna vez fue informado.

Los resultados en el **subindicador dieta habitual**, muestran que 46,2% de los consultados **Siempre** saben que su dieta habitual no debe verse afectada por el marcapasos; en tanto que 42,3% nunca lo sabe; el 7,7% señaló que alguna vez, y 3,8% opinó casi siempre, respectivamente.

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 5.

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Alguna vez		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Práctica de actividades	19	73,1	4	15,4	0	0,0	3	11,5	26	100,0
Práctica de deportes	14	53,8	1	3,8	0	0,0	11	42,3	26	100,0
Exposición al sol	16	61,5	1	3,8	1	3,8	8	30,8	26	100,0
Conducir vehículo	16	61,5	0	0,0	0	0,0	10	38,5	26	100,0
Relaciones sexuales	21	80,8	0	0,0	1	3,8	4	15,4	26	100,0
Embarazo	12	46,2	1	3,8	1	3,8	12	46,2	26	100,0

Fuente: Instrumento aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 6

Los resultados en el **subindicador Práctica de actividades**, determinan que 73,1% de los consultados **Siempre** fue informado que el marcapaso no le impide realizar ninguna actividad; mientras que 15,4% indicó casi siempre fue informado y el 11,5% señaló que nunca fue informado.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador práctica de deportes**, el 53,8% de los consultados indicaron que **siempre** fue informado que puede practicar deportes sin miedo, caminar diariamente; así como nadar y montar bicicleta; en tanto que 42,3% indicaron que nunca fueron informados; y el 3,8% señaló casi siempre, respectivamente.

De los resultados para el **subindicador Exposición al sol**, se pudo conocer que 61,5% de los consultados dicen que **siempre** fueron informados que pueden tomar sol pero con precaución y no debe exponer la piel sobre el generador del marcapasos durante largas horas; mientras que 30,8% indicó que nunca fue informado; el 3,8% dividió su opinión entre los que consideran alguna vez fue informado y los que dicen casi siempre, respectivamente.

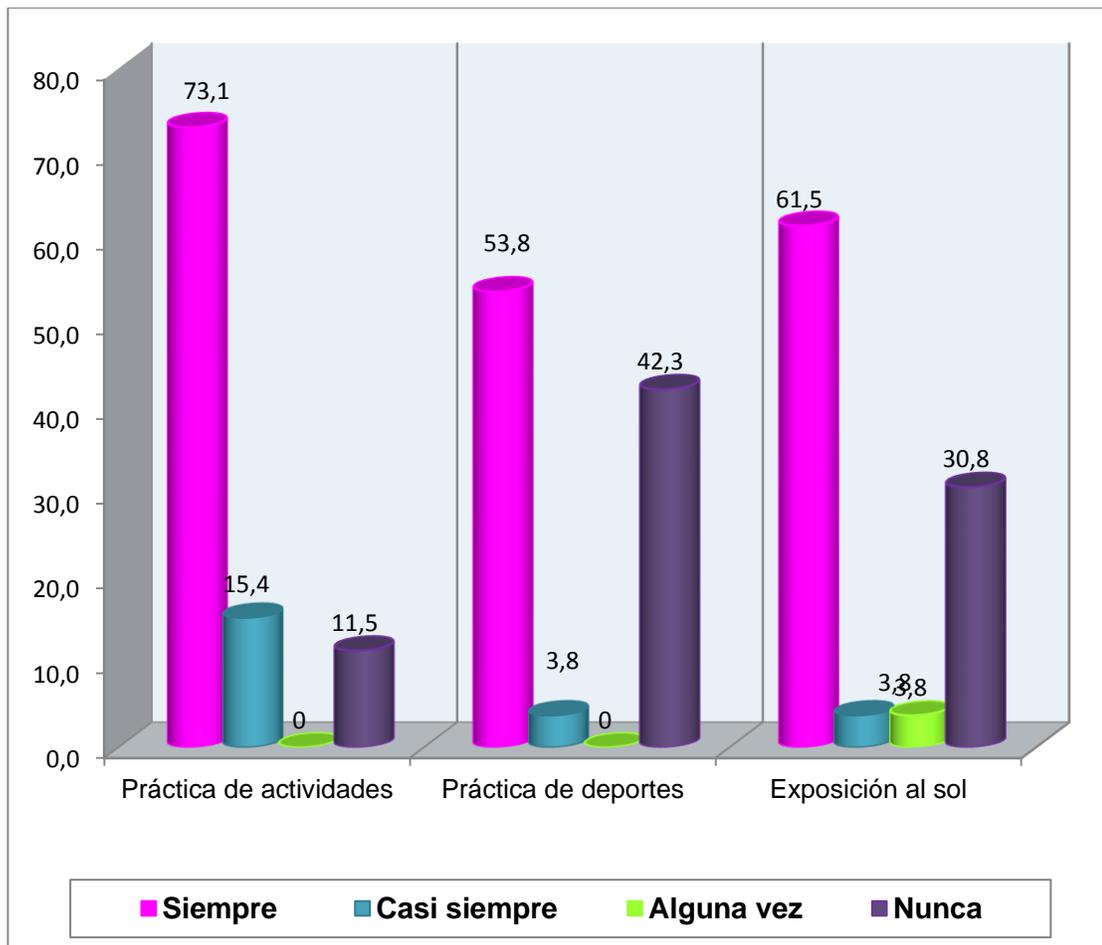
De acuerdo a los resultados en el **subindicador conducir vehículo**, se evidencia que 61,5% de los consultados señalan que **siempre** fue informado que puede conducir vehículos solo tres meses después de instalado el marcapasos; en tanto que el 38,5% indicaron que nunca fueron informados sobre esto.

En el **subindicador relaciones sexuales**, el 80,8% indicaron que **siempre** han sido informados que pueden tener relaciones sexuales con toda normalidad; mientras que 15,4% consideraron que nunca fueron informados; y el 3,8% indicaron alguna vez fue informado de esto.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador embarazo**, las opiniones estuvieron divididas, el 46,2% dicen que **siempre** fueron informados que una mujer con marcapasos puede quedar embarazada y puede tener un parto normal e igual porcentaje (46,2%) indicaron que **nunca** fueron informados de esto; así mismo, 3,8% indicó alguna vez e igual porcentaje se situó en casi siempre, respectivamente.

GRÁFICO N° 6

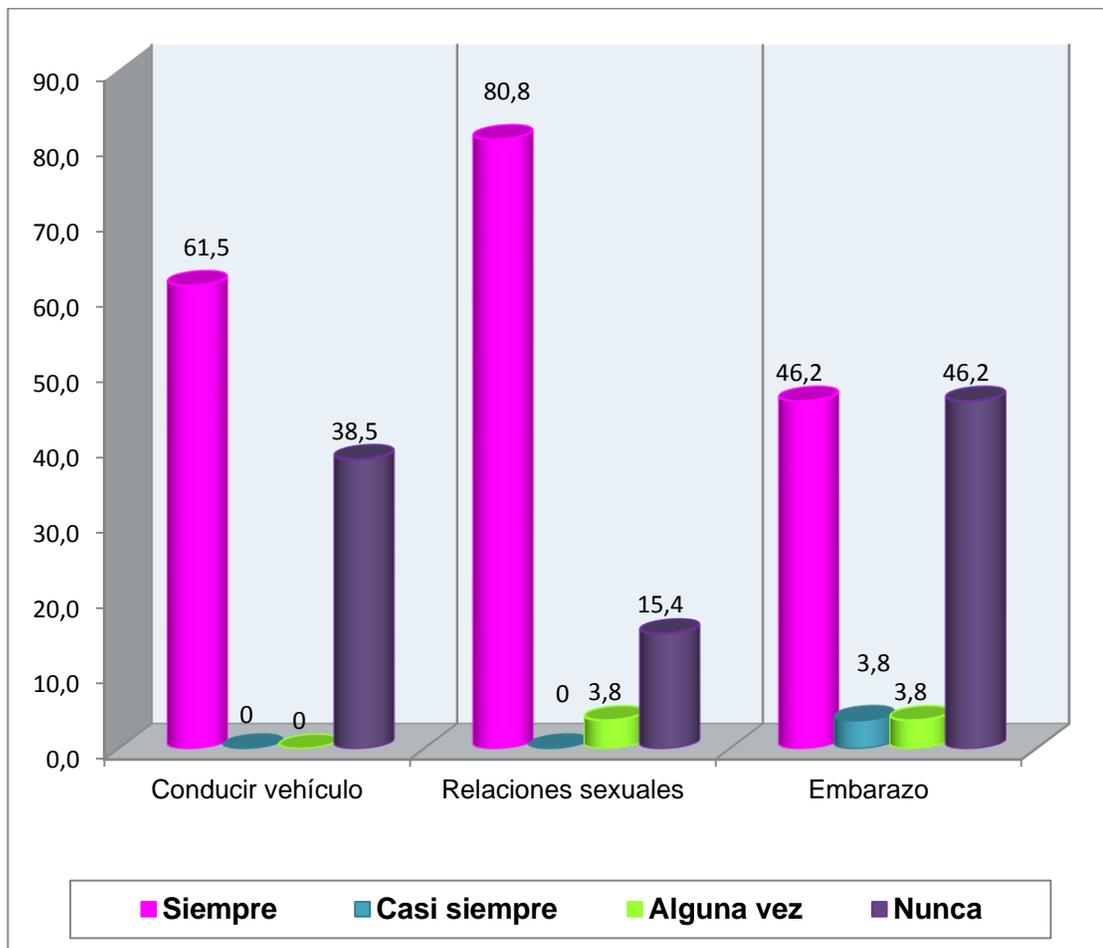
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 6

GRÁFICO Nº 6-A

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro Nº 6.

CUADRO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Alguna vez		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cambio de cura	21	80,8	3	11,5	0	0,0	2	7,7	26	100,0
Esfuerzo Físico	23	88,5	3	11,5	0	0,0	0	0,0	26	100,0
Complicaciones de herida	19	73,1	4	15,4	1	3,8	2	7,7	26	100,0
Manifestaciones de Infección	21	80,8	2	7,7	1	3,8	2	7,7	26	100,0
Control Médico	26	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	100,0
Interferencias electromagnéticas	19	73,1	5	19,2	0	0,0	2	7,7	26	100,0
Interferencias de electrodomésticos.	17	65,4	2	7,7	1	3,8	6	23,1	26	100,0
Revisiones periódicas	25	96,2	0	0,0	0	0,0	1	3,8	26	100,0

Fuente: Instrumento aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 7

Los resultados en el **subindicador Cambio de cura**, determinan que 80,8% de los consultados consideran que **Siempre** fue informado que debe hacer cambio de cura previa limpieza con povidine; además para el cambio de cura debe utilizar tegaderm Pad y que el sistema de curas plásticos le permite

bañarse sin riesgo de mojar su herida; mientras que 11,5% indicó casi siempre fue informado y el 7,7% señaló que nunca fue informado.

En el **subindicador esfuerzo físico**, se pudo determinar que el 88,5% de los consultados indican que **siempre** fueron informados que debe evitar hacer esfuerzos físicos con el brazo del sitio donde se implantó el marcapasos; en tanto que 11,5% dijo casi siempre.

Con respecto a los resultados en el **subindicador complicaciones de herida**, se pudo conocer que 73,1% de los consultados indicaron que **siempre** fueron informados que debe vigilar tanto la aparición de abultamiento con color rojo y temperatura aumentada en el área de la herida operatoria, así como la presencia de secreción en la herida operatoria; mientras que 15,4% dijeron que casi siempre; el 7,7% indicó nunca y 3,8% señaló alguna vez.

Así mismo, los resultados en el **subindicador manifestaciones de infección**, indican que 80,8% de los consultados **siempre** fueron informados que debe vigilar presencia de escalofríos y/o fiebre en su organismo, así como acudir al centro hospitalario si presenta alguna manifestación de infección en la herida operatoria; mientras que 7,7% dividieron su opinión entre los que dicen que casi siempre y con igual porcentaje los que indicaron que nunca; sólo el 3,8% dijo que alguna vez.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador control médico**, se pudo conocer que el 100% de los consultados dicen que **siempre** han sido informados que deben acudir al centro hospitalario a los 10 días para el retiro de los puntos y que deben mantener un control periódico con el médico tratante.

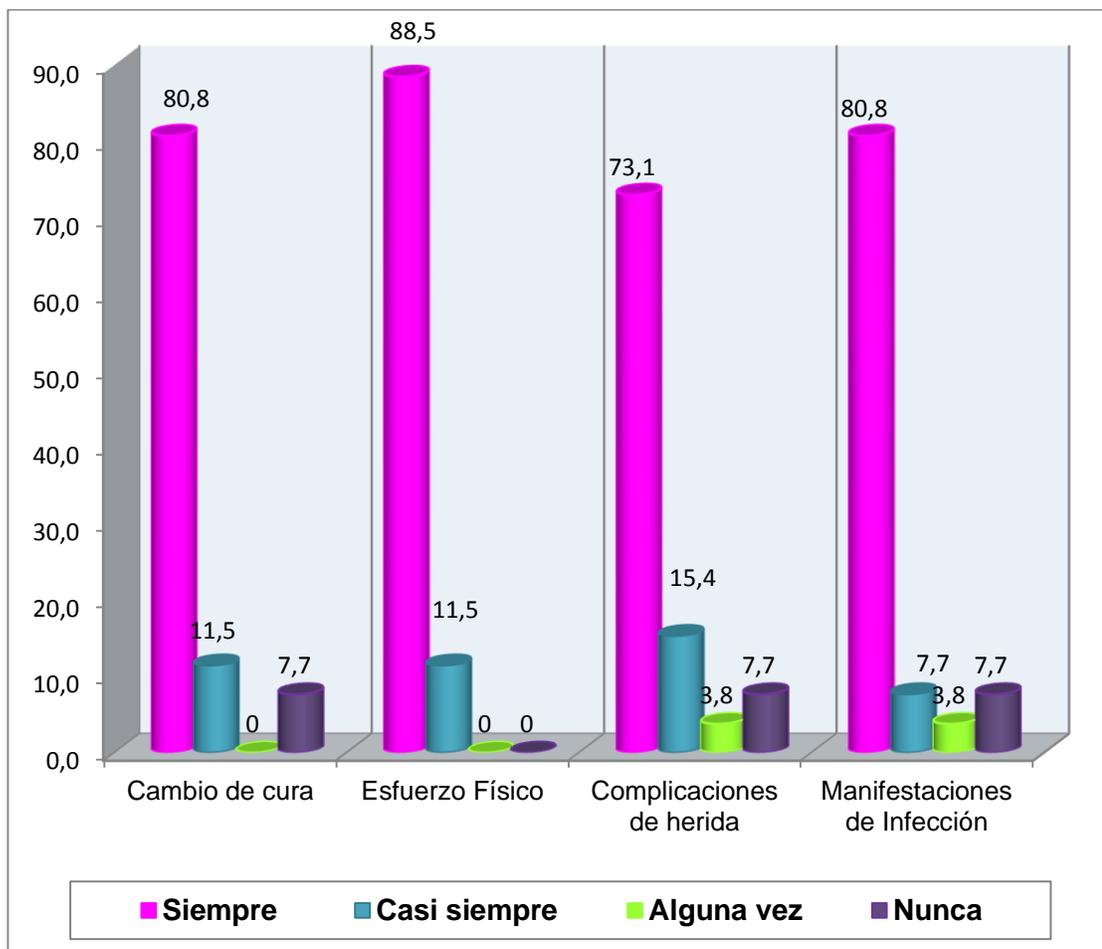
En el **subindicador interferencias electromagnéticas**; se pudo evidenciar que el 73,1% de los consultados **siempre** han sido informados que no debe arriesgarse a sitios de interferencia electromagnética en centros hospitalarios; mientras que 19,2% señalan que casi siempre fueron informados de esto; solo el 7,7% dijo que nunca.

Los resultados en el **subindicador interferencias de electrodomésticos**, determinan que 65,4% de los consultados **siempre** han sido informados que los electrodomésticos pueden producir interferencias con el marcapasos; éstas interferencias de los electrodomésticos se evitan si los aparatos tienen toma a tierra; así mismo, se evitan interferencias cuando los aparatos no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos; también que los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden causarle; del mismo modo que para manipular aparatos conectados a la red eléctrica, antes debe desconectarlos de la toma de corriente general de la casa o apartamento y que no debe colocar ni aproximar imanes a la zona del marcapasos. Para el 23,1% nunca fueron informados de esto y el 3,8% indicó alguna vez.

En los resultados para el **subindicador revisiones periódicas**, se pudo determinar que el 96,2% de los consultados **siempre** han sido informados que al portar un marcapasos debe realizarse revisiones periódicas con el médico tratante, toda la vida; mientras que 3,8% indicó que nunca ha sido informado de esto.

GRÁFICO N° 7

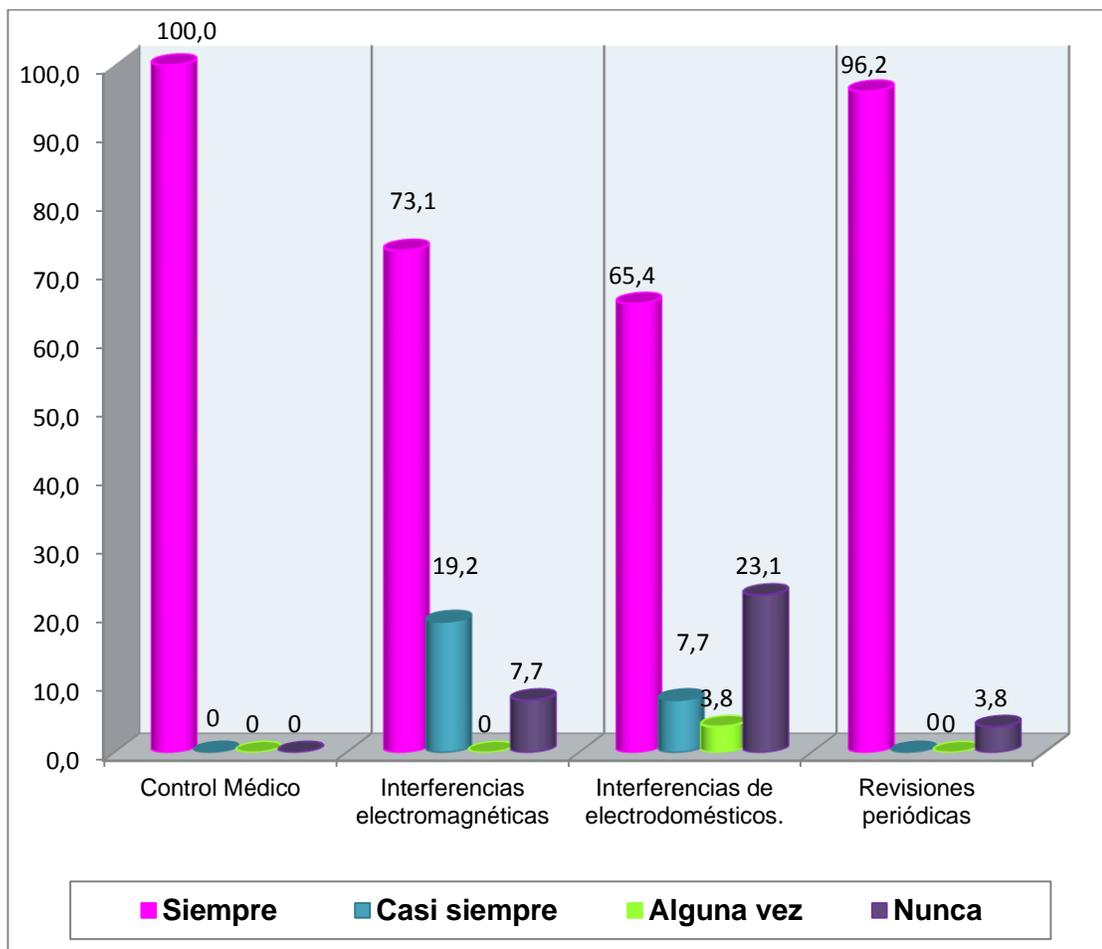
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 7.

GRÁFICO N° 7-A

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES BASADOS EN LA INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR DADA AL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



Fuente: Cuadro N° 7.

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE ESTÁNDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. EN SU DIMENSIÓN: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

Indicadores	Siempre		Casi siempre		Alguna vez		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos	11	42,3	6	23,1	1	3,8	8	30,8	26	100,0
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.	10	38,5	2	7,7	4	15,4	10	38,5	26	100,0
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	16	61,5	1	3,8	1	3,8	8	30,8	26	100,0
Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar	21	82,2	2	9,1	0	1,4	2	7,2	26	100,0

Fuente: Instrumento aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 8

Los resultados para la Variable Estándar de proceso para el Autocuidado del paciente con marcapaso definitivo; en su Dimensión: Requisitos de Autocuidado; determinan en el **indicador Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos**, que 30,8% de los consultados consideran que **Siempre** han sido informados en lo que respecta a: Cantidad de agua y alimentos; Consumo de agua y líquidos en el hogar, Alimentación normal, baja en sal y en grasa; la Ingesta de agua y alimentos sin abusos y que no requiere de Dieta especial; mientras que 30,8% indicaron que nunca fueron informados sobre esto; el 23,1% indicó casi siempre y 3,8% señaló alguna vez fue informado.

Los resultados para el **indicador Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación**, evidencian que el 38,5% de los consultados **Nunca** fue informado sobre Provisión de cuidados, referidos a: Patrón normal de micción (orinar), de evacuación, de sudoración y la Dieta habitual; mientras que el mismo porcentaje (38,5%) se ubicó en **siempre** ha sido informado de esto; para el 15,4% alguna vez le informaron y 7,7% indicó casi siempre le han informado de esto.

En el **indicador Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**, se pudo evidenciar que 61,5% de los consultados **siempre** han sido informados sobre el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, en lo referido a: la práctica de actividades y deportes; así como la exposición al sol, el conducir vehículos, sobre las relaciones sexuales y el embarazo; mientras que 30,8% indicaron que nunca han sido informados; el 3,8% señaló casi siempre e igual porcentaje se ubicó en alguna vez fue informado de esto.

De acuerdo a los resultados en el **indicador Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar**; se pudo evidenciar que el 82,2% de los consultados **siempre** ha sido informado de la provisión de los peligros en lo que respecta a: cambio de cura, esfuerzo Físico, las complicaciones de herida; las manifestaciones de Infección; el control Médico; las interferencias electromagnéticas y electrodomésticas y sobre las revisiones periódicas; en tanto que 9,1% casi siempre ha sido informado; el 7,2% nunca y 1,4% alguna vez se le ha informado sobre esto.

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE ESTÁNDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO EN SU DIMENSIÓN: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014

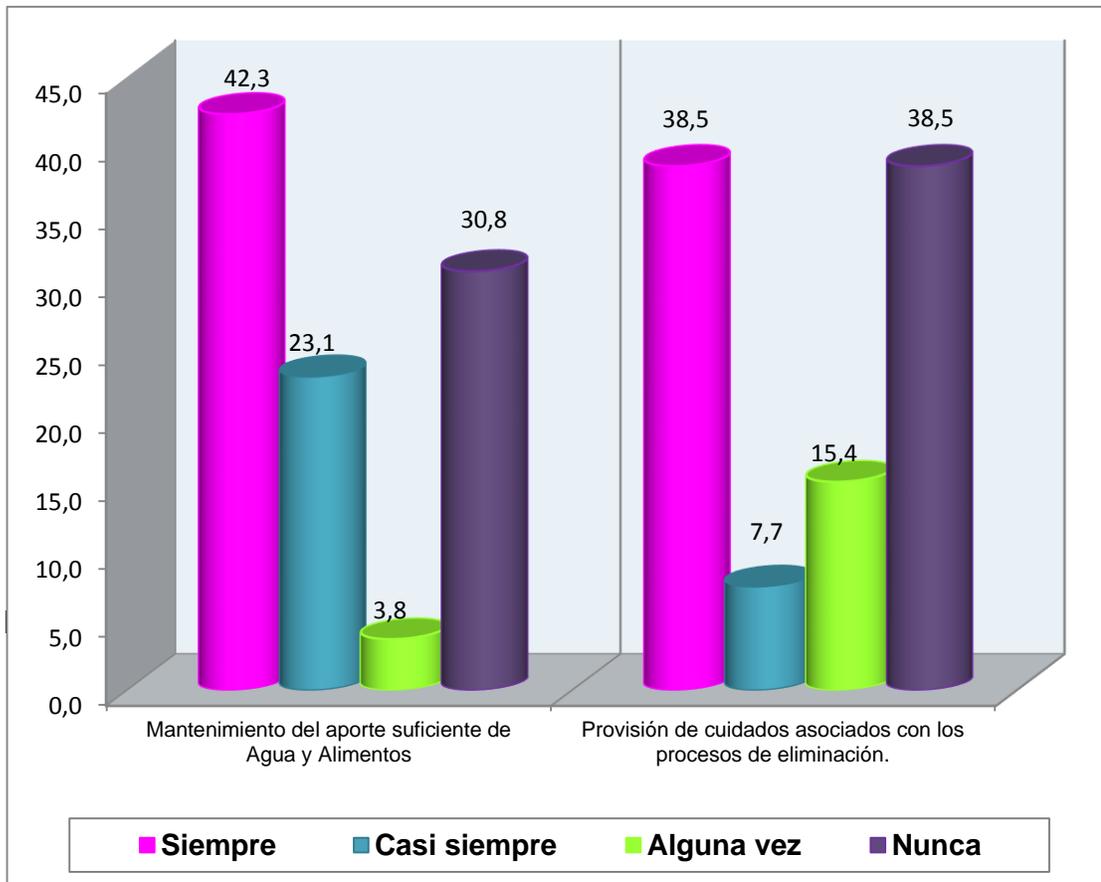
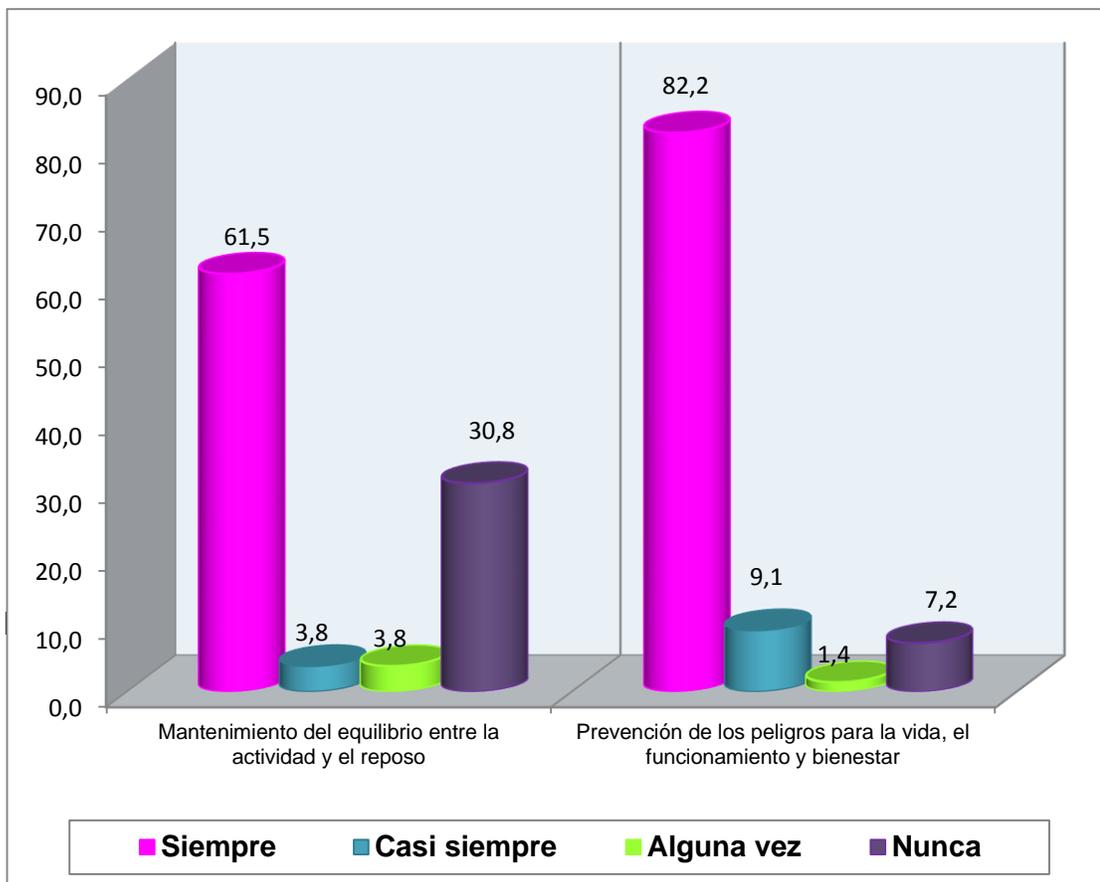


GRÁFICO Nº 8-A

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE ESTÁNDAR DE PROCESO ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON MARCAPASO DEFINITIVO. EN SU DIMENSIÓN: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO. UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA ESTADO CARABOBO, SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2014



resultados obtenidos y las Recomendaciones.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones surgidas del análisis de los datos obtenidos una vez aplicado el instrumento de recolección de datos para la finalización de esta investigación.

5.1.- Conclusiones

Los resultados para la Variable Estándar de proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con marcapaso definitivo; muestran en el indicador Mantenimiento del aporte suficiente de Agua y Alimentos, que 30,8% de los consultados nunca han recibido instrucción sobre la Cantidad de agua y alimentos; el Consumo de agua y líquidos en el hogar, Alimentación normal, baja en sal y en grasa; la Ingesta de agua y alimentos sin abusos y que no requiere de Dieta especial; el 23,1% indicó casi siempre y 3,8% señaló alguna vez fue informado.

Los resultados para el indicador Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, evidencian que el 38,5% de los consultados Nunca recibió información referida a que el marcapasos no afecta su Patrón normal de micción (orinar), de evacuación, de sudoración mientras que el mismo porcentaje (38,5%) se ubicó en siempre, el 15,4% en alguna vez y 7,7% indicó casi siempre.

Se pudo evidenciar que 61,5% de los consultados siempre han sido informados sobre el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, en lo referido a: la práctica de actividades de la vida diaria y deportes; la exposición al sol, con precaución, el tiempo en que puede conducir vehículos, mantener relaciones sexuales y el embarazo; mientras que 30,8% indicaron

que nunca han sido informados; el 3,8% señaló casi siempre e igual porcentaje se ubicó en alguna vez.

De acuerdo a los resultados en el indicador Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar; se pudo evidenciar que el 82,2% de los consultados siempre ha sido informado de la prevención de los peligros para la vida en lo que respecta a: cambio de cura, esfuerzo Físico, las complicaciones de herida; las manifestaciones de Infección; el control Médico; las interferencias electromagnéticas y electrodomésticas y sobre las revisiones periódicas; en tanto que 9,1% casi siempre ha sido informado; el 7,2% nunca y 1,4% alguna vez se le ha informado.

5.2.-Recomendaciones

Presentar los resultados de esta investigación al equipo de profesionales de salud de la unidad de cuidados coronarios y pacientes implantados con marcapaso definitivo a fin de establecer estrategias educativas de autocuidado que les garanticen un aprendizaje significativo sobre su bienestar y calidad de vida en el hogar.

Programar charlas de educación continua en servicio enfocadas en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, que estimulen en los profesionales de enfermería su análisis en el marco de los requisitos de autocuidado que fortalezcan en los pacientes con patología cardíaca su interés por el cuidado de la salud.

Diseñar un estándar de proceso para el autocuidado en el hogar del paciente con marcapaso definitivo que facilite la orientación permanente de los pacientes antes, durante y después de ser sometido al implante.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

Estándar de Proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con Marcapasos Definitivo, tratado en la Unidad de Cuidados Coronarios de La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia. Edo. Carabobo.

Introducción

La estimulación cardíaca ha experimentado en las últimas décadas avances de mucha importancia para la supervivencia de enfermos diagnosticados con patologías de índole cardiológica como puede ser el caso de las arritmias, aproximándolos progresivamente al funcionamiento del corazón sano, mediante la implantación de un marcapasos, cuyo funcionamiento y los cuidados en la vida diaria en el hogar ayudarán a las personas post implantadas a asumir una actitud positiva para mejorar su calidad de vida.

Es así como se presenta la propuesta; Estándar de Proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con Marcapasos Definitivo, enfocada teóricamente en los requisitos de autocuidado universales de Dorothea Orem (1971), siguiendo además el orden lógico de los siete (7) pasos propuestos por Román de Cisneros, G., et al (1971) para la elaboración de un estándar de proceso en el contexto de enfermería que facilite o sea soporte de inducción para el autocuidado en el hogar de todo enfermo que amerite la implantación de un marcapasos definitivo.

Justificación

El profesional de enfermería es el referente cercano que intenta favorecer el autocuidado en el hogar del paciente sometido al implante de un marcapasos definitivo, mediante el cumplimiento de actividades educativas en salud que lo adiestren en acciones específicas que favorezcan su bienestar, autonomía, calidad de vida y adaptación a un nuevo estilo de vida, en el caso particular de la implantación de un marcapasos definitivo. Es decir que al paciente se le debe enseñar a vivir con su marcapasos, aclarándole todas sus dudas en lo referente a llevar una vida normal y ofrecerle siempre apoyo emocional con participación del grupo familiar. En el marco de la teoría de Dorothea Orem (op.cit.) el autocuidado se define como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”, el autocuidado se concibe como una conducta, una actividad aprendida. Al reconocer el autocuidado como una conducta, se convierte en un hecho real, en una acción fruto del aprendizaje, en donde interactúan el profesional de enfermería y la persona o ser cuidado.

Fomentar la adherencia al autocuidado en el hogar, en el paciente con implante de marcapasos definitivo conlleva a que aumenten su calidad y esperanza de vida y por ende contribuya con sus acciones a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular.

Misión

Establecer procedimientos estandarizados de Educación para la salud enfocados en el autocuidado en el hogar de pacientes sometidos a la implantación de marcapasos definitivo que conlleven a mejorar su calidad y esperanza de vida.

Visión

Fortalecer el autocuidado en el hogar de los pacientes con implante de marcapasos definitivo, mediante intervenciones educativas planificadas de los profesionales de enfermería adscritos a las unidades de cuidados coronarios, responsables de sus cuidados antes, durante y posterior al acto quirúrgico.

Factibilidad

La propuesta diseñada se considera factible en el contexto económico, puesto que mediante entrevista con los directivos médicos y de enfermería del centro hospitalario se obtuvo garantía de los recursos para cubrir el costo que requiere la elaboración de los folletos ; en cuanto a la Factibilidad Operacional se cuenta en la unidad de cuidados coronario con profesionales de enfermería capacitados para contribuir a la puesta en práctica del estándar de proceso para el autocuidado del paciente con marcapasos definitivo, mediante la planificación y ejecución de las actividades educativas con los pacientes que serán sometidos a implantación de marcapasos.

Objetivo

Elaborar un Estándar de Proceso para el Autocuidado en el hogar del paciente con Marcapasos Definitivo, tratado en la Unidad de Cuidados Coronarios de La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia. Edo. Carabobo.

Formulación del estándar de proceso

Primer Paso

Disponer del procedimiento para la intervención de enfermería
Informar al paciente:

- 1.-la cantidad de agua y alimentos a consumir en el hogar en cada comida
- 2.- Que debe controlar el consumo de agua en el hogar
- 3.-la cantidad de líquidos (jugos, Leche) a consumir en el hogar.
- 4.- Que puede consumir alimentación normal en el hogar
- 5.- Que debe consumir alimentos con baja cantidad de sal
- 6.-Que no debe consumir alimentos ricos en grasa
- 7.- Que el marcapasos no precisa de dieta especial.
- 8.- Que, el marcapasos no afecta su patrón normal de micción (orinar)
- 9.- Que, el Marcapasos, no afecta su patrón normal de evacuar (eliminar Heces)
- 10.-Que, el Marcapasos, no afecta su patrón normal de sudoración (sudar)
- 11.-Que, su dieta habitual no debe verse afectado por el Marcapasos.
- 12.- Que el marcapasos no le impide realizar ninguna actividad.
- 13.-Que puede. Practicar deportes sin miedo
- 14.- Que puede caminar diariamente.
- 15.-Que puede nadar
- 16.-, Que puede montar en bicicleta
- 17.- Que puede tomar el sol, pero con precaución.
- 18.- Que no debe exponer al sol, la piel sobre el generador del marcapasos durante largas horas.
- 19.- Que puede conducir vehículos solo tres meses después de instalado el marcapasos
- 20.- Que puede tener relaciones sexuales con toda normalidad.
- 21.- Que una mujer con marcapasos puede quedar embarazada
- 22.- Que una mujer con marcapasos puede tener un parto normal.
- 23.- Que debe hacer cambio de cura, previa limpieza con povidine, de la zona donde fue implantado el marcapasos.
- 24.- Que para hacer el cambio de cura deberá utilizar TEGADERM_PAD (sistema de curas plásticas)

- 25.- Que el Sistema de curas Plásticos, le permite bañarse, sin riesgo de mojar su herida
- 26.- Que debe evitar hacer esfuerzos físicos con el brazo, del sitio donde se implanto el marcapasos.
- 27.- Que debe vigilar aparición de abultamiento con color rojo y temperatura aumentada en el área de la herida operatoria.
- 28.-Que debe vigilar presencia de secreción en la herida operatoria.
- 29.- Que debe vigilar presencia de escalofríos y/o fiebre en su organismo
- 30.-Que debe acudir al centro hospitalario, si presenta alguna manifestación de infección en la herida operatoria.
- 31.- Que debe acudir al centro hospitalario a los 10 días para el retiro de los puntos
- 32.- Que debe mantener un control periódico con su médico tratante.
- 33.- Que no debe arriesgarse a sitios de interferencia electromagnética en centros hospitalarios.
- 34.- Que los electrodomésticos pueden producir interferencias con el marcapasos.
- 35.- Que las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos tengan toma a tierra.
- 36.- Que las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos.
- 37.- Que los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden causarle,
- 38.- Que para manipular aparatos conectados a la red eléctrica, antes debe desconectarlos de la toma de corriente general de la casa o apartamento.
- 39.- Que no debe colocar, ni aproximar imanes a la zona del marcapasos.
- 40.- Que al portar un marcapasos debe realizarse revisiones periódicas con su médico tratante, toda la vida.

Segundo Paso

Identificar las metas de la intervención de enfermería.

Meta.- Explicar los requisitos de autocuidado universales a los pacientes que

Serán sometidos a implante de marcapasos definitivo

Tercer paso

Identificar las intervenciones esenciales de autocuidado en el procedimiento para lograr las metas, enfocadas en:

- a. Mantenimiento del aporte de agua y alimentos
- b. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación
- c. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- d. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Cuarto paso

Especificar la frecuencia y duración de cada acción.

- La actividad educativa se realizara el día de la consulta, durante cuatro semanas, previas a la colocación del marcapaso

Quinto paso

Organizar de forma lógica el estándar de proceso en relación con las metas de intervención

Procedimiento

A.-Mantenimiento del aporte de agua y alimentos.

Explicar al paciente:

- 1.-cantidad de agua y alimentos a consumir en el hogar en cada comida
- 2.- control del consumo de agua en el hogar
- 3.- cantidad de líquidos (jugos, Leche) a consumir en el hogar.
- 4.- consumo de alimentación normal en el hogar

- 5.- consumir alimentos con baja cantidad de sal
- 6.- no debe consumir alimentos ricos en grasa
- 7.- el marcapasos no precisa de dieta especial.
- 8.- su dieta habitual no debe verse afectada por el Marcapasos.

B.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación:

Explicar al paciente:

- 9.- el Marcapaso no afecta su patrón normal de orinar
- 10.- el Marcapasos, no afecta su patrón normal de evacuar
- 11.- el Marcapasos, no afecta su patrón normal de sudoración (sudar)

C.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Explicar al paciente:

- 12.- el marcapasos no le impide realizar ninguna actividad.
- 13.- puede Practicar deportes sin miedo
- 14.- puede caminar diariamente.
- 15.- puede nadar
- 16.-, puede montar en bicicleta
- 17.- puede tomar el sol, pero con precaución.
- 18.- no debe exponer al sol, la piel sobre el generador del marcapasos durante largas horas.
- 19.- puede conducir vehículos solo tres meses después de instalado el marcapaso
- 20.- puede tener relaciones sexuales con toda normalidad.
- 21.- una mujer con marcapasos puede quedar embarazada
- 22.- una mujer con marcapasos puede tener un parto normal

D.-Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Explicar al paciente:

- 23.- Acudir al centro hospitalario a los 10 días para el retiro de los puntos
- 24.- Hacer cambio de cura, previa limpieza con povidine, de la zona donde fue implantado el marcapasos.
25. Para hacer el cambio de cura deberá utilizar TEGADERM_PAD (sistema de curas plásticas)
- 26.- el Sistema de curas Plásticos, le permite bañarse, sin riesgo de mojar su herida
- 27.- evitar hacer esfuerzos físicos con el brazo, del sitio donde se implanto el marcapasos.
- 28.- vigilar aparición de abultamiento con color rojo y temperatura aumentada en el área de la herida operatoria.
- 29.- vigilar presencia de secreción en la herida operatoria.
- 30.- vigilar presencia de escalofríos y/o fiebre en su organismo.
- 31.- acudir al centro hospitalario, si presenta alguna manifestación de infección en la herida operatoria.
- 32.- mantener un control periódico con su médico tratante.
- 33.- no debe arriesgarse a sitios de interferencia electromagnética en centros hospitalarios.
- 34.- los electrodomésticos pueden producir interferencias con el marcapasos.
- 35.- las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos tengan toma a tierra.
- 36.- las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos.
- 37.- los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden causarle,
- 38.- para manipular aparatos conectados a la red eléctrica, antes debe desconectarlos de la toma de corriente general de la casa o apartamento.
- 39.- no debe colocar, ni aproximar imanes a la zona del marcapasos.

40.- el portador de un marcapasos debe realizarse revisiones periódicas con su médico tratante, toda la vida.

Sexto paso

Comparar los estándares de proceso con los conceptos de razonamiento

Sugerencias

Séptimo paso

Validar el estándar del proceso

	Estándar de proceso	si	no
	A.-Mantenimiento del aporte de agua y alimentos. Explicar al paciente:		
1.-	cantidad de agua y alimentos a consumir en el hogar en cada comida		
2.-	control del consumo de agua en el hogar		
3.-	Cantidad de líquidos (jugos, Leche) a consumir en el hogar.		
4.-	consumo de alimentación normal en el hogar		
5.-	consumir alimentos con baja cantidad de sal		
6.-	no debe consumir alimentos ricos en grasa		
7.-	El marcapasos no precisa de dieta especial.		
8.-	Su dieta habitual no debe verse afectada por el Marcapasos.		
	B.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación: Explicar al paciente, que:		
9.-	el Marcapaso no afecta su patrón normal de orinar		
10.-	el Marcapasos, no afecta su patrón normal de evacuar		

11	el Marcapasos, no afecta su patrón normal de sudoración C.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Explicar al paciente que:		
12.-	El marcapasos no le impide realizar ninguna actividad.		
13.-	puede Practicar deportes sin miedo		
14.-	Puede caminar diariamente.		
15.-	puede nadar		
16.-	puede montar en bicicleta		
17.-	Puede tomar el sol, pero con precaución.		
18.-	No debe exponer al sol, la piel sobre el generador del marcapasos durante largas horas.		
19.-	puede conducir vehículos solo tres meses después de instalado el marcapaso		
20.-	Puede tener relaciones sexuales con toda normalidad.		
21.-	una mujer con marcapasos puede quedar embarazada		
22.-	una mujer con marcapasos puede tener un parto normal		
	D.-Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar. Explicar al paciente que		
23.-	Acudir al centro hospitalario a los 10 días para el retiro de los puntos		
24.-	Hacer cambio de cura, previa limpieza con povidine, de la zona donde fue implantado el marcapasos.		
25.-	Para hacer el cambio de cura deberá utilizar TEGADERM_PAD (sistema de curas plásticas)		
26.-	el Sistema de curas Plásticos, le permite bañarse, sin riesgo de mojar su herida		
27.-	Evitar hacer esfuerzos físicos con el brazo, del sitio donde se implanto el marcapasos.		

28.-	Vigilar aparición de abultamiento con color rojo y. Temperatura aumentada en el área de la herida operatoria		
29.-	Vigilar presencia de secreción en la herida operatoria.		
30.-	Vigilar presencia de escalofríos y/o fiebre en su organismo.		
31.-	Acudir al centro hospitalario, si presenta alguna manifestación de infección en la herida operatoria.		
32.-	mantener un control periódico con su médico tratante		
33.-	No debe arriesgarse a sitios de interferencia electromagnética en centros hospitalarios.		
34.-	Los electrodomésticos pueden producir interferencias con el marcapasos.		
35.-	Las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos tengan toma a tierra.		
36.-	Las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos.		
37.-	los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden causarle,		
38.-	Para manipular aparatos conectados a la red eléctrica, antes debe desconectarlos de la toma de corriente general de la casa o apartamento.		
39.-	no debe colocar, ni aproximar imanes a la zona del marcapasos.		
40.-	El portador de un marcapasos debe realizarse revisiones periódicas con su médico tratante, toda la vida.		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, Fidas (2006) **Como desarrollar un proyecto de Investigacion**. Ed. Panares.Caracas.Venezuela
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios/Sociedad Española de Cardiología (2007) **Guía del Paciente Portador de Marcapasos**.Gobierno de España/ Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Albuquerque Frota,Mirna,Vale Falcao,Patrice,De Sousa Araújo Santos, Zélia Maria (2007) **El Paciente portador de Marcapaso Cardíaco y la Repercusion em su Estilo de Vida** Ceará.Brasil. .Esc. Anna Nery R. Enferm.11(2)
- Bernal César Augusto.(2006). **Metodología de la Investigación**. Editorial Pearson Prentice Hall. Segunda Edición. México.
- Cano de la Cuerda, Roberto, Alguacil Diego, Isabel M^a, Alonso Martín, Joaquín J., Molero Sánchez, Alberto y Miangolarra Page, Juan Carlos (2012) **Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud: Situación actual**. Rev Esp Cardiol.65 (1): Artículo de revisión
- Cavanahs, S. (1.993) **Orem, Dorothea Teoría del Autocuidado Conceptos de enfermería en la Práctica**. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. (España)
- Cueli Díaz, Elena y Rodríguez Martín, Elías (2013) **Plan de Cuidados Enfermería Estandarizado, para los pacientes sometidos a la Implantación de un Marcapasos Definitivo**. Trabajo Fin de Grado. Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria.
- Flores Limache, Matilde; Navia Bueno, María del Pilar (2010) **Complicaciones en pacientes con implantes de marcapasos definitivo en el servicio de cirugía cardioráica del hospital obrero N° 1**.Tesis de maestría enfermería médico-quirúrgica. Unidad de Post-grado e investigación. Universidad mayor de San Andrés. La Paz-Bolivia
- García Calabozo, R., Goicolea de Oro, A., Gómez Pérez, M., Hernández Madrid, A., Lorente Carreño, D., Martínez Ferrer, J., Roda Nicolás, J., y Sorbet Izco, S.(2007) **Guía del paciente portador de marcapasos(actualizada)**;Sección de Estimulación cardíaca de la

sociedad española de Cardiología. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/electrofisiologia/marcapasos/guia_marcapasos_2008.pdf. Consulta 12 de noviembre 2014

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos. y Baptista Lucio, Pilar. (2003). **Metodología de la Investigación** Editorial, McGraw -Hill. Interamericana México

Jornet Morera, Agustí, Oller Varela, Neus, Rovira Gimeno, Fèlix, Sanz Cardelús, Mireia y Salas Campos, Luis (2008) Cardiovascular.cap.9 del texto **Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermería de Cuidados Intensivos Médico-Quirúrgica** de Ona Gómez y Luis Salas (Coordinadores) Monsa – Prayma Ediciones, S.L. Barcelona (España)

Luna J, Jara P, Merino J. (2006) **Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería.**

Organización Panamericana de Salud (OMS), (2005) **Estrategias para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares crónicas**

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) **Estrategias para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares crónicas**

Marriner, Ann y Raile, Martha (2003) **Modelos y Teorías en Enfermería**, (5ª ed.). Editorial Mosby, Madrid.

Maldonado, Marlene, Rengifo, Julia, Guevara, Berta y Rodríguez Yolanda (2007). **Pacientes con Marcapaso Definitivo: Comportamiento en su vida Cotidiana servicio de Cardiología del Hospital Dr. "Enrique Tejera", Valencia estado Carabobo (trabajo de investigación).**Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados.Vol.7, Número 2.

Molina, V. (2004) **Cuidados de los pacientes portadores de marcapasos.** Mimeo

Olivella Fernández, Madeleine C., Bastidas Sánchez, Clara V., Castiblanco Amaya, Myriam A. (2012) **La Adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: Abordaje desde el Modelo de Orem.** Rev. Aquichan Chía, Colombia año 12, vol.12 N°1

- Pineda, Elia; De Alvarado, Eva Luz (2008) **Metodología de la Investigación.**3ª edición. Editorial, McGraw -Hill. Interamericana México
- Pérez -Vico Pozo, Feliciano; Valle Racero, Juan Ignacio (2009) **Consulta y Seguimiento de Pacientes portadores de un marcapasos.**
- Ramey I (1998). **Estándares de Desempeño: Modelo o Ejemplo establecidos, costumbres o consentimiento con el propósito para la Enfermera de poder brindar mejor atención al paciente”** Mimeo.
- Robles Montes, Julián; Rodríguez Morales, Mercedes (2009) **Papel de Enfermería en el seguimiento de marcapasos**
- Rodríguez Gàzquez, María de los Ángeles Arredondo Holguín, Edith Herrera Cortés, Richard (2012).**Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Ensayo clínico controlado. Facultad de Enfermería de la universidad de Antioquia. Colombia.** Rev. Latino-Am Enfermagem 20(2); mar.abr.
- Román de Cisneros, Gladis; Zambrano de Guerrero, Amarilis; y Bracho, de López, Cira. (1990). **Modelo para la Elaboración de Estándares en el Cuidado de Enfermería.** Área de Post Grado, Universidad de Carabobo. Valencia, Edo Carabobo Venezuela: Mimeo.
- Valcárcel Piñero, Amparo; Torres Sánchez, Elena, Romero González, Antonia, Rodenas Sánchez, Francisca, López Morcillo, María; García Sacristan, Jesús; Enero Navajo, José (2013) **Implante de Marcapasos Definitivo. Protocolo de Enfermería.** Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)

ANEXOS

A.-Instrumento



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD Y MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA VARIABLE: AUTOCUIDADO DE
PACIENTES CON MARCAPASO DEFINITIVO .UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS.CIUDAD HOSPITALARIA “DR.ENRIQUE TEJERA”VALENCIA
.EDO CARABOBO.PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2015**

Autoras

TSU: Espinoza, Carmen

TSU: Mínguez, Francis

TSU: Pérez, Vilma

Valencia...Edo. Carabobo, Febrero, 2015

PRESENTACIÓN

El presente cuestionario se elaboró para obtener de usted información relacionada un **AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON MARCAPASO DEFINITIVO.UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.CIUDAD HOSPITALARIA “DR.ENRIQUE TEJERA”VALENCIA. EDO.CARABOBO.PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015**, dicha información permitirá al equipo investigador finalizar una investigación, que es requisito académico exigido por la escuela de enfermería de la UCV, para optar al título de Licenciada en Enfermería. No necesita firmarlo. Es anónimo.

Gracias,

Las Autoras

INSTRUCCIONES

Lea cada pregunta, antes de proceder a contestarlas

- Si tiene dudas de interpretación, pregunte a la investigadora
- No deje preguntas, sin responder
- Coloque una equis (X) en el espacio en blanco, del número (la alternativa,) que usted considere responde a la interrogante sobre Autocuidado del paciente con marcapaso definitivo
- No lo firme es Anónimo.

PARTE 1.- DATOS DEMOGRÁFICOS

Instrucciones: coloque una equis (X) en el espacio en blanco que corresponda.

EDAD

De 20 a 30 años _____

De 31 a 40 años _____

De 41 a 50 años _____

De 51 a 60 años _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Alfabeta _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnica _____

Universitaria _____

Tiempo con el marcapaso _____ Días. / Meses

Cuántas veces han cambiado su marcapaso:

Una _____

Dos _____

Tres _____

PARTE II.- CUESTIONARIO

Siempre _____
 Casi siempre _____
 Alguna vez _____
 Nunca _____

Nº	Mantenimiento del aporte suficiente de agua y alimentos	0	1	2	3
1	Ud., fue informado de la cantidad de agua y alimentos a consumir en el hogar en cada comida.				
2	Ud., controla el consumo de agua en el hogar				
3	Ud., consume suficiente líquidos (jugos, Leche) en el hogar.				
4	Ud., consume alimentación normal en el hogar				
5	Ud., consume alimentos con baja cantidad de sal				
6	Ud., consume alimentos ricos en grasa				
7	Ud., disfruta la ingesta de agua sin abusos				
8	Ud., disfruta la ingesta de alimentos sin abusos				
9	Ud., fue informado que el marcapasos no precisa de dieta especial.				
	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación				
10	Ud., fue informado que, el marcapaso no afecta su patrón normal de micción(orinar)				
11	Ud., fue informado que, el Marcapasos, no afecta su patrón normal de evacuar (eliminar heces)				
12	Ud., fue informado que, el Marcapasos, no afecta su patrón normal de sudoración (sudar)				
13	sabe Ud., que, su dieta habitual no debe verse afectada por el Marcapasos.				

	Mantenimiento del Equilibrio entre la actividad y el reposo				
14	Ud., fue informado que, el marcapasos no le impide realizar ninguna actividad.				
15	Ud., fue informado que, puede. practicar deportes sin miedo				
16	Ud., fue informado que, puede caminar diariamente.				
17	Ud., fue informado que, puede nadar				
18	Ud., fue informado que, puede montar en bicicleta				
19	Ud., fue informado que, puede tomar el sol, pero con precaución.				
20	Ud., fue informado que, no debe exponer al sol, la piel sobre el generador del marcapasos durante largas horas.				

Siempre _____

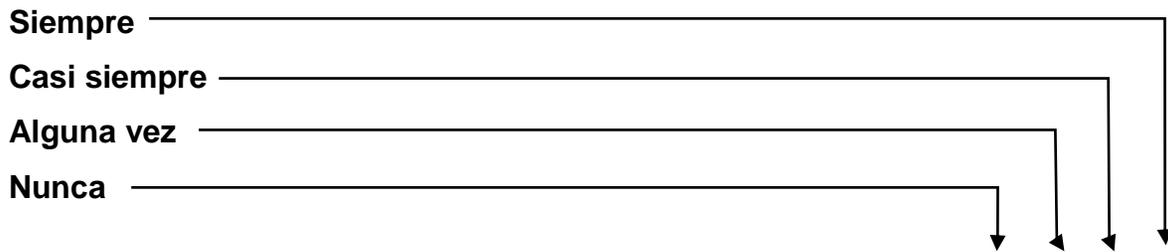
Casi siempre _____

Alguna vez _____

Nunca _____

	Mantenimiento del Equilibrio entre la actividad y el reposo	0	1	2	3
21	Ud., fue informado que, puede conducir vehículos solo tres meses después de instalado el marcapasos				
22	Ud., fue informado que, puede tener relaciones sexuales con toda normalidad.				
23	Ud., fue informado(a) que, una mujer con marcapasos puede quedar embarazada				
24	Ud., fue informado(a) que, una mujer con marcapasos puede tener un parto normal.				
	Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar				
25	Ud., debe hacer cambio de cura, previa limpieza con povidine, de la zona donde fue implantado el marcapasos.				
26	Ud., para el cambio de cura deberá utilizar TEGADERM_PAD(sistema de curas plásticas)				
27	Ud., fue informado que, el Sistema de curas Plásticos, le permite bañarse, sin riesgo de mojar su herida.				
28	Ud., fue informado que debe evitar hacer esfuerzos físicos con el brazo, del sitio donde se implanto el marcapasos.				
29	Ud., fue informado que, debe vigilar aparición de abultamiento con color rojo y temperatura aumentada en el área de la herida operatoria.				
30	Ud., fue informado que, debe vigilar presencia de secreción en la herida operatoria.				

31	Ud., fue informado que, debe vigilar presencia de escalofríos y/o fiebre en su organismo.				
32	Ud., fue informado que, debe acudir al centro hospitalario, si presenta alguna manifestación de infección en la herida operatoria.				
33	Ud., fue informado que, debe acudir al centro hospitalario a los 10 días para el retiro de los puntos.				
34	.Ud., fue informado que, debe mantener un control periódico con su médico tratante.				
	Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar				
35	Ud., fue informado que, no debe arriesgarse a sitios de interferencia electromagnética en centros hospitalarios.				
36	Ud., fue informado que, los electrodomésticos pueden producir interferencias con el marcapasos.				



	Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar	0	1	2	3
37	Ud., fue informado que, las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos tengan toma a tierra.				
38	Ud., fue informado que, las interferencias de los electrodomésticos se evitan siempre que, los aparatos no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos.				
39	Ud., fue informado que, los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden causarle,				
40	Ud., fue informado que, para manipular aparatos conectados a la red eléctrica, antes debe desconectarlos de la toma de corriente general de la casa o apartamento.				
41	Ud., fue informado que, no debe colocar, ni aproximar imanes a la zona del marcapasos.				
42	Ud., fue informado que, al portar un marcapasos debe realizarse revisiones periódicas con su médico tratante, toda la vida.				