

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO
AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Giovanna Magdalena Vargas Pomacosi

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Segunda Especialidad en Enfermería**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO
AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2015**

TESIS


Presentada por:

LIC. GIOVANNA MAGDALENA VARGA POMACOSI

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIA Y DESASTRES

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado.



Dr. Wender Condori Chipana
Miembro



Dra. Maria Dalila Salas de Cornejo
Presidente



Lic. Esp. Lidia Rivera Choquecota
Miembro



Lic. Esp. Glénda Romero Cerrato
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, mi fortaleza y mi fuerza en mi camino.

A mis docentes quienes me apoyaron, brindaron todos sus conocimientos, enseñanzas en mi culminar de mi desarrollo profesional.

A mi asesora, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

A mi familia por ser el motivo de mi vida, de esfuerzo y de superación.

GIOVANNA.

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias especiales: A esta prestigiosa casa de estudios Universidad Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela de Enfermería.

A mi familia, quienes son importantes en mi vida, y siempre están a mi lado para lograr la culminación de mi carrera profesional.

A los profesionales de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, por brindarme las facilidades, en cuanto a los datos brindados para realizar el presente estudio.

GIOVANNA.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1. Fundamentos y formulación del problema..... | 3 |
| 1.2. Objetivos..... | 8 |
| 1.3. Justificación..... | 9 |
| 1.4. Hipótesis..... | 12 |
| 1.5. Operacionalización de variables..... | 13 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... | 15 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación..... | 15 |
| 2.2. Bases teóricas..... | 19 |
| 2.3. Definición conceptual de términos..... | 44 |
| | |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 47 |
| 3.1. Material y métodos..... | 47 |

| | |
|---|----|
| 3.2. Población y Muestra..... | 48 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 49 |
| 3.4. Procedimientos de recolección de datos..... | 51 |
| 3.5. Procesamiento de datos..... | 52 |
| | |
| CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS..... | 53 |
| 4.1. Resultados..... | 53 |
| 4.2. Discusión..... | 62 |

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El conocimiento es la capacidad de aprehender y captar conceptos que son parte del saber humano. El presente trabajo fue realizado en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna en el periodo de Noviembre a Diciembre del 2015 con el objetivo de determinar la influencia entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015”, el estudio se aplicó a 30 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia, para lo cual se aplicó 2 instrumentos semiestructurados. Obteniendo los siguientes resultados: La mayoría reportó nivel de conocimiento muy bueno (90%); y nivel de cuidado enfermero (a) óptimo (90%); y existe relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado enfermero (a) sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo del servicio de emergencia, según prueba de t student.

Palabras clave: Conocimiento y cuidado enfermero (a).

ABSTRACT

Knowledge is the ability to apprehend and grasp concepts that are part of human knowledge. This work was performed at the Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud of Tacna in the period from November to December 2015 in order to determine the relationship between the level of knowledge about the management of patients with acute coronary syndrome and nursing care (a) Emergency Service Hospital Daniel Alcides Carrion III Essalud, Tacna 2015, "the study 30 nurses working in the emergency service for which two semistructured instrument was applied was applied. With the following results: Most reported very good level of knowledge (90%); and level of nursing care (a) optimal (90%); and the correlation between the level of knowledge and nursing care (a) on the management of patients with acute coronary syndrome emergency service as student t test.

Key words: knowledge, care nurse (a).

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad coronaria en países en desarrollo, se incrementó en la última década quizás debido al efecto de la urbanización, el cambio en el estilo de vida, la mayor prevalencia y severidad de los factores de riesgo, la manifestación a edades más tempranas de la enfermedad arteriosclerótica y al rápido crecimiento de la población. Los países latinoamericanos se enfrentan a una epidemia de enfermedad cardíaca aterosclerótica. En el año 2010, se registraron casi 800.000 muertes por causas cardiovasculares, mientras que se presentaron menos de 500.000 muertes atribuidas a enfermedades infecciosas y parasitarias (2).

Por lo tanto, esta investigación es fundamental, en el área de Enfermería, pues genera el desarrollo de nuevos conocimientos que permiten transformar la práctica empírica, en un ejercicio científico, con planificación, implementación y evaluación de las intervenciones de Enfermería propiciando las mejores condiciones para fortalecer el desarrollo del talento humano.

Ante este contexto se desarrolló el presente trabajo de investigación, presentándolo en: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.6. Fundamentos y formulación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 2014, revela que cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un ictus, esto sitúa la cardiopatía como responsable del treinta por ciento de muertes en todo el mundo constituyendo la principal causa de fallecimiento(1).

El síndrome coronario agudo (SCA) es uno de los principales problemas en Salud Pública a nivel mundial (2013), debido a que afecta al 1% de la población en el mundo. La incidencia anual de infarto agudo de miocardio es 565.000 nuevos eventos y 300.000 ataques recurrentes cada año (2).

Según las estimaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo 2015, en el 2014 se produjeron 7.2 millones de muertes debidas a cardiopatía isquémica, constituyendo el 12,6% de todas las muertes (3).

En España, en el año 2012, se detectaron aproximadamente 98,000 casos con eventos silentes, de los cuales 23,00 son detectados como IAMCESST y 47,000SESST, predominando igualmente el sexo masculino entre las edades de 40 a 74 años, con un porcentaje de mortalidad del 56,5%..En Europa en el análisis sobre 17 países europeos, el 46% de los que se internan con síndromes coronarios agudos tienen Angina estable o Infarto, sin elevación del segmento ST y el 14% de las hospitalizaciones son por simple sospecha de Síndrome Coronario Agudo (3).

Según la Asociación Americana del Corazón 71.3 millones de americanos sufrieron alguna forma de enfermedad cardiovascular en el 2013. Cuando se analizan las altas hospitalarias en el 2014 en EE.UU., 1.565.000 correspondieron a síndromes coronarios agudos (SCA) y de estas, 896.000 a infartos agudos de miocardio (IAM) y 669.000, a isquemias agudas (IA). Para finales del 2007, unos 700.000 americanos sufrieron un nuevo evento coronario y cerca de 500.000 tuvieron uno recurrente. Se ha estimado que en Estados Unidos pueden ocurrir 175.000 IAM silentes cada año. Así, la incidencia anual de IAM es 565.000 nuevos eventos y 300.000 ataques recurrentes cada año, según datos del NHLBI (Instituto Nacional de Sangre, Corazón y Pulmón) (4).

En América Latina, 31% de todas las muertes y aproximadamente la mitad de las relacionadas con enfermedades no transmisibles en el año 2010 se debieron a enfermedades cardiovasculares. Dentro de las primeras 15 causas de muertes registradas desde 2013 al 2014 en el Hospital General Domingo Luciani ubicado en la Parroquia Petare del Municipio de Sucre perteneciente al Distrito Metropolitano de Caracas ocupan el noveno lugar las enfermedades cardiovasculares y dentro de estas el Infarto del Miocardio sobresale con 405 muertes en servicios de Urgencias y Emergencias (4).

Según el Ministerio de Salud, en Perú, la mortalidad para el año 2013, las enfermedades del aparato circulatorio se encuentran entre las primeras causas de muerte con un 19,5% de las muertes registradas, afectando principalmente a las personas de 50 y más años (5).

Dentro de las enfermedades circulatorias, las de mayor incidencia se encuentran las enfermedades del corazón, que en la década del 2000 al 2010 registró un incremento del 41,9% (4).

Asimismo, del 100% de las muertes registradas por enfermedades isquémicas del corazón, el sexo masculino es afectado con un 58% y el femenino con el 42%. De todas las muertes registradas a nivel nacional, cerca de la tercera parte corresponden al departamento de

Lima. En este grupo se aprecian una serie de enfermedades que constituyen un grave problema de salud de difícil y complejo abordaje, debido a que muchas de ellas tienen que ver con la modificación de estilos de vida o la prevención de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de la población (3).

En la ciudad de Lima llegó a constituir la segunda causa de muerte en el año 2010 y llegó a ser la cuarta causa de mortalidad a nivel Nacional (4,5% del total de fallecimientos) en el año 2011, siendo discretamente superior en varones que, en mujeres, según estadísticas del Ministerio de Salud (6).

En un estudio realizado por el Essalud Tacna en el año 2010, los episodios de Síndrome Coronario Agudo correspondieron a un 2,55% y es la segunda causa de hospitalizaciones por el Servicio de Emergencia, seguido de Infecciones respiratorias. En cuanto a la mortalidad, siendo Chiclayo la ciudad con mayor porcentaje de fallecidos (4,27%), seguidos por Trujillo (3,86%) y Lima- Hospital Rebagliati (3,85%) y en séptimo lugar Tacna. (7)

La importancia del estudio se fundamenta en que el conocimiento y manejo inicial adecuado del síndrome coronario agudo se relacionan con una disminución de la morbi-mortalidad generada por dichas entidades patológicas, así como un aumento y mejoría de la calidad de vida de los pacientes coronarios.

El estudio tiene como objetivo crear y validar un cuestionario y determinar el nivel de conocimientos y cuidado enfermero(a) en el manejo de síndromes coronarios agudos (SCA) en profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, 2015.

Frente a lo expuesto, se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Existe influencia entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015?

1.7. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la influencia entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo de las enfermeras en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.
- Identificar el nivel de cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.
- Establecer la influencia entre el nivel de conocimientos y cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.

1.8. Justificación

Los avances en la ciencia han mejorado las condiciones de salud de la población y están determinadas principalmente por el nivel sociocultural y económico. Por ello, los países considerados como desarrollados, dado su nivel de industrialización, enfrentan una transición demográfica, en la que pasaron de enfrentar enfermedades relacionadas con las deficiencias nutricionales e infecciones, a combatir enfermedades clasificadas como degenerativas, entre las cuales se encuentra la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Los países latinoamericanos, incluido Perú, enfrentan en mayor o menor medida dificultades generadas por la “Transición Epidemiológica”, ya que no se han controlado situaciones de salud y enfermedades prevenibles, y al mismo tiempo aumenta el impacto de enfermedades crónicas y degenerativas.

Considerando además la gran heterogeneidad en las diferentes regiones geográficas (1). La prevalencia de la enfermedad coronaria en países en desarrollo, se incrementó en la última década quizás debido al efecto de la urbanización, el cambio en el estilo de vida, la mayor prevalencia y severidad de los factores de riesgo, la manifestación a edades más tempranas de la enfermedad arteriosclerótica y al rápido

crecimiento de la población. Los países latinoamericanos se enfrentan a una epidemia de enfermedad cardíaca aterosclerótica. En 2010, se registraron casi 800.000 muertes por causas cardiovasculares, mientras que se presentaron menos de 500.000 muertes atribuidas a enfermedades infecciosas y parasitarias (2).

En Perú, el panorama no es diferente, la expectativa de vida en la población se proyecta de 67.8 años de 2005-2010 a 73.9 años del 2010-2015; es decir, durante este periodo la población mayor de 45 años se triplicará, lo que aumentará la incidencia y la prevalencia de la enfermedad cardíaca aterosclerótica con el consecuente incremento en el costo de atención en salud (3).

Paralelamente y según las estadísticas; de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, la enfermedad cardíaca fue la principal causa de muerte en personas mayores de 55 años, por encima del cáncer y la agresión. La alta morbilidad y mortalidad de esta entidad plantea un reto importante debido al impacto que producen en el estado de salud, en la calidad de vida, y en los aspectos sociales, laborales y económicos (4).

A pesar de los efectos causados por la enfermedad aterosclerótica y en especial de su manifestación como SCA, existe evidencia científica suficiente para demostrar que la intervención adecuada, específicamente en la etapa aguda, permite modificar la progresión de la enfermedad y minimizar el daño que se produce en el corazón, con la consecuente disminución en la mortalidad y la mejoría en la calidad de vida del grupo poblacional afectado o en riesgo. La enfermedad aterosclerótica cardíaca y el SCA, como principal manifestación, está considerada dentro del grupo de enfermedades catastróficas, crónicas no transmisibles.

Es por ello que el profesional de enfermería debe encontrarse capacitado para brindar una atención eficiente, oportuna y de calidad, para ello es necesario determinar la influencia entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.

Y con los resultados enriquecer el cuidado de enfermería, unificando criterios, técnicos – asistenciales, logrando favorecer la intervención oportuna y eficaz del paciente con Síndrome Coronario Agudo.

1.9. Hipótesis

Existe influencia significativa entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2015.

1.10. Operacionalización de las variables

| Variable | Definición Conceptual | Dimensión | Indicador | Escala |
|---|---|--|---|---------|
| <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Nivel de conocimientos sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo</p> | <p>“Nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con Síndrome Coronario Agudo es la capacidad de aprehender sobre el cuidado del paciente, en el que altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente” (24).</p> | <p>Definición del SCA Factores de riesgo Signos y síntomas Diagnóstico Tratamiento</p> | <p>- Muy bueno - Bueno - Regular - Deficiente</p> | Nominal |
| <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Cuidado de enfermería sobre el manejo</p> | <p>“Es el nivel de ejecución de las intervenciones de enfermería en el Servicio de</p> | <p>Intervención de enfermería en el servicio de emergencia</p> | <p>- Optimo - Promedio - Deficiente</p> | Nominal |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|--|
| <p>del Síndrome Coronario Agudo</p> | <p>emergencia del paciente en el que se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo o deficiente” (25).</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Dolor agudo relaciona do a infarto de miocardio •Reducción del gasto cardíaco relaciona do a disminución de la contractilidad cardiaca secundaria a infarto. •Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio. | | |
|-------------------------------------|---|---|--|--|

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio:

A nivel internacional:

Solar M. (8), En un estudio realizado en Houston, Texas en el año 2008, se evaluaron los conocimientos y perspectivas de enfermeras americanas con respecto a la guía clínica del AHA del 2008, donde de 505 enfermeros cardiólogos y 509 de emergencia a los que se le realizó una encuesta el 90% trabajaba en un entorno urbano o suburbano y el 82% en los hospitales con un laboratorio de cateterización cardiaca. El estudio concluyó que muchos no están familiarizados con las directrices que rodean a los enfoques terapéuticos, lo que sugiere la necesidad de una mayor educación sobre los tratamientos

Mestas A. (9), En otro estudio realizado en el 2009 por la Journal of Pakistan Medical Association (JPMA), evaluaron los conocimientos

sobre el diagnóstico y tratamiento farmacológico inicial para el infarto agudo de miocardio (IMA) en enfermeras Washigton, se demostró que, si bien los tenían conocimientos aceptables, un porcentaje considerable de ellos no consideraban los niveles séricos de troponina como una prueba fundamental para el diagnóstico de IMA.

Organización Mundial de la Salud. (10), En el estudio de la Fundación Británica del Corazón de Directrices para el Manejo Precoz de pacientes con IMA Nicaragua 2011, Concluye que el papel de la enfermera incluye el cuidado rápido de pacientes con dolor de pecho, suministro de analgesia adecuada, tratamiento para complicaciones y rapidez de la repercusión.

A nivel nacional:

Maldonado D. (11), Tesis para optar la Maestría de la Universidad Peruana Unión Grado de satisfacción del usuario en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral del Distrito de San Juan de Lurigancho periodo 2009, concluyendo que de 50 profesionales de salud, el grado de satisfacción de los usuarios que son atendidos en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano es mayoritariamente grado medio (82%) , en menor porcentaje grado bajo (16%) y ningún usuario presentó un alto nivel de satisfacción con la

atención recibida, los usuarios que no son atendidos en la emergencia y son derivados a consultorios externos presentan el menor grado de satisfacción alcanzando el 32% a diferencia del 7% que presentan grado bajo de satisfacción y que si fueron atendidos por emergencia, esta diferencia es significativa estadísticamente.

Morales B. (12), Tesis sobre conocimiento del profesional de enfermería sobre la atención al paciente prioridad I del Hospital Rebagliati 2010. Estudio descriptivo, con una muestra de 78 enfermeras; en donde resulto que el 70% tenía conocimiento alto, y estudios de especialidad, además en cuanto a la capacitación el 100% se encontraban capacitados.

Jiménez G. (13), Tesis cuidado al paciente con SCA y estrés laboral en el profesional de enfermería del Hospital Honorio delgado Arequipa 2012. Estudio correlacional y con una muestra de 67 enfermeras del servicio de emergencia, Resultando que existe relación entre las variables, en donde el nivel de estrés fue bajo y el cuidado fue eficiente en un 68%.

Machado M. (14), Nivel de conocimientos en pacientes cardiacos en el Hospital Rebagliati Lima 2012. El personal médico y no médico debe conocer y practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar

cerebral. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de una muestra formada por 68 licenciados en enfermería. Se realizó una encuesta anónima de veinte preguntas basadas en las normas internacionales del Comité de Enlace Internacional de Resucitación año 2005 (Guías 2005).

Resultados: Del total de encuestas revisadas se consideraron 16 con resultados muy satisfactorios (más de 80 puntos) 12 encuestas satisfactorias, (entre 60 y 80 puntos) y 40 insatisfactorias (menos de 60 puntos). Conclusiones: Existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral, lo que hace necesario la capacitación del personal del Centro en las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral.

Palma N. (15), Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en pacientes con IMA en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2011. Hubo 64 participantes. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. Resultados: 18 fueron varones, 46 mujeres; el 23%(15) del personal aprobó la encuesta. Conclusión: Solamente el 23% del profesional de salud conoce sobre IMA. El área Crítica es el servicio mejor preparado, y profesionales capacitados previamente.

A nivel local:

No se han encontrado trabajos de investigación relacionado con las variables del estudio a nivel local.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Nivel de conocimiento

“Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural. Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente” (16).

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas).

El conocimiento tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Una simple base de datos, por muchos registros que contenga, no constituye per se conocimiento.

El conocimiento es siempre esclavo de un contexto en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz) (17).

El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos.

El conocimiento puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

Una definición táctica de conocimiento: conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.

Medición del conocimiento:

El nivel de conocimiento es medible por la escala:

Nivel muy bueno: cantidad de conocimientos absolutos relacionados a un tema. (de 18 a 20 puntos)

Nivel bueno: cantidad de conocimientos necesarios sobre un tema. (de 14 a 17 puntos)

Nivel regular: cantidad de conocimientos básicos, pero no necesarios de un tema. (de 11 a 14 puntos)

Nivel deficiente: no se tiene conocimientos básicos del tema (de 0 a 10 puntos) (9).

2.2.2. Síndrome coronario agudo:

El Síndrome Coronario Agudo (SCA), se entiende por la manifestación clínica de una alteración isquémica cardíaca, en donde se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen (18).

Por consiguiente, el grado se correlaciona con el grado de necrosis o sólo con el grado de riesgo y compromiso anatómico del corazón (18, 19)

El principal mecanismo causal de estos síndromes es la reducción aguda o subaguda del aporte de oxígeno al miocardio, producida por ruptura de placa aterosclerótica, asociada a trombosis, vasoconstricción y embolización (20).

Factores de riesgo:

Según la American Heart Association (AHA) (21), en el año 2004 establece los factores de riesgo coronario entre los cuales se encuentran:

· Criterios Mayores:

- Diabetes
- HTA (140/90 mmHg)
- Edad >55 en varones y >65 en mujeres
- Dislipidemias (colesterol >200mg/dL, triglicéridos >150mg/dL)
- Obesidad (>30 kg/m²)
- Tabaquismo (consumo de más de 3 cigarrillos diarios)
- Sedentarismo (actividad física menos de 3 veces a la semana por 30 minutos)

- Microalbuminuria o TFG <60ml/min
- Enfermedad coronaria precoz en un familiar en primer grado (madre, padre, hermanos), menor de 55 años en varones y menor de 65 en mujeres.
- Criterios Menores:
 - Sexo femenino
 - Personalidad: ansiedad
 - Estrés
 - Anticonceptivos orales
 - Dieta elevada de carbohidratos
 - Gota
 - Enfermedad coronaria familiar tardía (>55 años).

En la práctica clínica los pacientes son clasificados en base al electrocardiograma(EKG), encontrándose así dos categorías: con elevación persistente del segmento ST(SICASTE), mayor a 20 minutos y sin elevación del segmento ST (SICASTNE), que incluye la angina inestable (AI) y el infarto sin onda Q (INQ).

Diagnóstico:

El diagnóstico se base en tres criterios: criterio clínico, criterio electrocardiográfico y criterio enzimático; la Organización Mundial de la Salud indica que para realizar el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IMA), se requiere la presencia de al menos 2 de los 3 criterios establecidos (22).

Signos y síntomas:

El síntoma principal de estos episodios es el dolor, de tipo opresivo, retroesternal, que puede irradiarse a región submandibular y a extremidad superior izquierda y espalda, puede ir asociado a diaforesis profusa, y a sensación inminente de muerte.

El criterio electrocardiográfico para SICASTNE se sustenta en los cambios en el segmento ST y en la onda T. Una depresión del segmento ST $\geq 0,5$ mm (0,05 mV) en 2o más derivaciones contiguas, Inversión de la onda T > 3 mm en derivaciones con onda R predominante.

Para el diagnóstico EKG de SICASTE se basa en elevación del segmento ST > 1 mm (en más de dos derivaciones contiguas o dos o

más derivaciones adyacentes de los miembros) o bloque completo de rama izquierda, nuevo o presumiblemente nuevo; con presencia de ondas Q de amplitud superior al 25% del complejo QRS o de duración mayor de 0,04 segundos dentro de las 48 a 72 horas del episodio hiperagudo (23).

El criterio enzimático abarca lo siguiente:

- Mioglobina (VN 9 – 59 mg/ml), la cual puede ser detectada a partir de las 2 horas de ocurrido el infarto, con un pico entre 3 a 15 horas y especificidad y sensibilidad bajas, durando su elevación hasta las 24 horas.
- Troponina I (VN < 0.4 ng/dl), Troponina T (VN < 0.5 mg/dl), cuya elevación inicial se produce a las 3 a 4 horas, un pico máximo a las 16 hrs. La troponina I tiene una duración máxima de 7 a 10 días y la troponina T una duración máxima de 10 a 14 días.
- CPK T (VN < 200 U/L), se eleva a las 4 a 6 horas, con un pico de 18 horas y una duración máxima de 3 a 4 días.
- CPK MB (VN < 26 U/L), se eleva a las entre las 4 a 6 primeras horas, logrando un pico máximo a las 16 horas y una duración de 48 horas.
- DHL (VN 230 – 460 U/L), empieza su acción a las 10 a 12 horas, con un pico a las 30 horas y duración máxima a los 7 días.

Tratamiento:

La terapia de los SICASTNE está basada en:

- Tratamiento anti-isquémico con nitroglicerina sublingual, Betabloqueantes endovenoso.
- Tratamiento anti-trombótico con terapia de anticoagulación (heparina de bajo peso molecular e inhibidores IIb/IIIa) y antiagregación (doble antiagregación con aspirina y clopidrogel).
 - Revascularización miocárdica
 - Estabilización de la placa aterosclerótica con estatinas.

La terapia de los SICASTE está basada en trombólisis y angioplastia, dependiendo del tiempo de recuperación del músculo cardiaco (aproximadamente 90 minutos) (24).

“Nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con Síndrome Coronario Agudo es la capacidad de aprehender sobre el cuidado del paciente, en el que altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente” (24).

2.2.3. Cuidado enfermero(a) del paciente con síndrome coronario agudo:

“Es el nivel de ejecución de las intervenciones de enfermería en el Servicio de emergencia del paciente en el que se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo o deficiente” (25).

Cuidado Enfermero en SCA:

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio (26):

Objetivo: El paciente no presenta dolor.

- Evalúe las características, localización, duración e intensidad del dolor.
- Monitorice las funciones vitales: FC, PA, FR, Tº.
- Administre analgésicos prescritos y valore el efecto que tiene su efecto analgésico.
- Observe aparición de efectos secundarios de la medicación.

- Tenga preparado coche de paro, equipo para intubación endotraqueal y ventilador mecánico (GP B2).

Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardiaca secundario a infarto:

Objetivo: El paciente mejorará su gasto cardiaco.

- Administre O2 por CBN a 3LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente y en coordinación médica.
- Mantenga al paciente semisentado y cómodo.
- Canalice una vía venosa periférica.
- Monitorice en forma permanente y con EKG la posibilidad de arritmias (GP B1).
- Tome EKG completo para determinar localización extensión y evaluación del infarto.
- Si EKG registrado durante el dolor muestra ST elevado, se iniciará terapia antitrombolítica según indicaciones.

- Monitoree PA, FC, FR, T, hasta que el paciente se estabilice.
- Coordine para la toma de Rayos “X” de tórax Prepare equipo para cateterismo venoso central.
- Controle PVC.
- Controle de BH.
- Realice cateterismo vesical. (GP D1).
- Administre anticoagulante profiláctico: heparina 5000 UI EV stat según indicación.
- Administre terapia antiplaquetaria Aspirina 350 mg VO según prescripción médica.
- Inicie tratamiento anticoagulante con Streptoquinasa según prescripción médica.
- Coordine para RX de control.

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio.

Objetivo de enfermería: El paciente alcanza un equilibrio gaseoso.

- Administra O2 por CBN a 3 LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente en coordinación médica.
- Mantenga al paciente semi sentado y cómodo.
- Controla saturación de oxígeno.

Ansiedad relacionada a temor de muerte súbita.

Objetivo: El paciente disminuye su ansiedad.

- Explique al paciente los efectos de su enfermedad y los procedimientos Explique al paciente técnicas de relajación mediante respiraciones lentas y profundas a los que será sometido.
- Solicite al paciente la re demostración de las técnicas de relajación.
- Administre benzodiazepinas según indicación médica.

Desconocimiento acerca de su enfermedad relacionado a prácticas de hábitos nocivos y necesidad de mantenerse en reposo absoluto.

Objetivo: El paciente identificará la importancia del tratamiento y el cambio de estilo de vida

- Explicarle la importancia de que cumpla con su medicación.

- Explicarle que no debe fumar ni beber licor ya que ello le predispone a un nuevo infarto. Informarle que su dieta debe ser balanceada y baja en sal.
- Informar la importancia de caminatas diarias.
- Informarle que debe evitar la sobrecarga y stress.
- Informarle la importancia del control médico periódico.
- Darles a conocer los signos y síntomas de infarto para que puedan reconocerlo precozmente, en caso se presente un nuevo IMA en su casa.

Daño:

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

- * Prioridad I : Gravedad súbita extrema.
- * Prioridad II : Urgencia mayor.
- * Prioridad III : Urgencia menor.
- * Prioridad IV : Patología aguda común. (15)

El SICA está considerado dentro de la prioridad I.

Emergencia médica y/o quirúrgica:

Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II (16).

Red de Servicios de Emergencia:

Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutive, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia (17).

Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA.

El Servicio de Emergencia debe contar con un Jefe de Guardia especialista en Medicina Interna o en Medicina de Emergencias y

Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencia de especialidades podrá contar con el especialista según el caso (Pediatra, Gineco-Obstetra), según dispositivo Decreto Supremo N° 024-83-PCM.

El Servicio de Emergencia es una unidad que recibe al usuario de trauma, clínico y quirúrgico de diversas especialidades a nivel local, regional y nacional en estado delicado de salud; haciendo que sus posibilidades de vida sean recuperadas en mayor o menor grado con atención de inmediata ejecución y vigilancia del personal médico, licenciadas/os en enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo capacitados y entrenados para este fin.

Unidad de Reanimación o Shock Trauma:

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.

Jefe (a) de Enfermería del Servicio de Emergencia:

Enfermera colegiada y de preferencia con especialidad, acreditar labor continua en el Servicio de Emergencia, mayor de 3 años para hospital II y de 5 años para Hospital III respectivamente, contar con Certificado / Constancia de participación en Educación Continua, expedidos por instituciones reconocidas. Contar con estudios en Gestión o Administración de Servicios, mínimo 3 meses para hospital II y 6 meses para hospital III. No estar incurso en sanciones éticas. Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

Enfermera Asistencial:

Enfermera colegiada, de preferencia con especialidad o con competencias en el manejo de pacientes en situación de emergencia. Certificado/Constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad, expedidos por instituciones reconocidas. Acreditar labor en forma exclusiva en el Servicio de Emergencia. Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

Persona Adulta:

Persona cuya edad oscila entre los 20 a 59 años.

2.2.4. IMOGEN KING. TEORIA DEL LOGRO DE METAS

Filosofía, teoría y metateoría

Una metateoría es una teoría formulada a partir de otras teorías ya existentes. Una metateoría puede referirse a un punto de vista específico de una teoría y las meta-propiedades de sus materias, pero no a la aplicación de dicha teoría (27).

Por tanto, consideramos que la teoría de Logros de Metas propuesta por Imogene King es una metateoría ya que su base se encuentra en la teoría general de sistemas de Betty Neuman, y tiene una clara dependencia de las teorías de la psicología (ciencia de la conducta Sigmund Freud).

Descripción de metaparadigmas

SALUD: ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima, por tanto, es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

CUIDADO/ENFERMERÍA: es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y el cliente influyen en la relación. Promueve, como mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si estas son acertadas se alcanzarán las metas, se llegará a un crecimiento, desarrollo y efectividad de los cuidados). Por lo tanto, si se logra una equidad de criterios entre la enfermera y el cliente, se logrará una transacción; mientras que contrariamente si no se logra un acuerdo se producirá estrés.

Tiene como fin una meta en la cual interactuamos todos, y cada uno desde su rol social. De esta manera es la enfermera quien aporta conocimientos y habilidades específicas y el cliente su auto-conocimiento y sus percepciones.

PERSONA: es considerado como un ser social, emocional, con capacidad de percibir, controlar y tomar decisiones. Poseedor de un

correcto auto-conocimiento, por tanto, puede ser participe en las decisiones que afecten su vida y su salud, aceptando o rechazando los cuidados.

Tiene tres necesidades de salud fundamental, información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades, ayuda cuando las demandas de auto-cuidado no pueden ser satisfechas.

Esta así mismo, es un sistema abierto, compuesto por tres subsistemas:

Sistema personal: la persona como unidad total, como un yo individual. Para la comprensión de este sistema define los conceptos de percepción y autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal, autoconcepto, autoimagen, espacio y tiempo, señalando las relaciones y las influencias que existen entre los mismo y que configuran el yo.

Sistema Interpersonal: está compuesto por dos o más personas, que interactúan en una situación determinada. Los conceptos que King señala para comprender este sistema son los de interacción, comunicación, transacción, rol y estrés, como los aspectos principales que influyen en las interacciones personales.

Sistema Social: es el que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. Los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de decisiones definen características importantes de este sistema. Dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia o la escuela.

ENTORNO: no está definido explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y externo en su enfoque de los sistemas abiertos. Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas de Betty Neuman, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Relación enfermero-paciente-familia

En el marco de la enfermería, la relación enfermera – paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre ambos, en el cual cada uno percibe al otro la situación, y a través de la comunicación identifica problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los

objetivos propuestos. Por lo tanto, la relación es un proceso de acción-reacción-interacción-transacción.

A nuestro entender la relación entre la enfermera y el paciente en esta teórica solo se limita a los cuidados del paciente cuando este lo requiere. Por lo tanto, ante esta limitación no se observa la presencia familiar ni de ningún otro espacio dentro de esta relación.

PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN

- El interés central de la Enfermería es el ser humano, en interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un Estado de Salud entendido como la Capacidad para desempeñar un Rol social.
- Planifica, aplica y evalúa los cuidados enfermeros.
- Aporta conocimientos y habilidades para el proceso de atención de enfermería aplicado a un individuo visto desde tres dimensiones: personal, interpersonal y social en continua interacción.

Atención del Enfermería Humanizado

Es importante destacar en esta mismo orden idea que la Profesión de Enfermería, se basa en el cuidado, bajo teorías, prácticas y ética, pero lo más importante es la calidad humana de cada profesional, la moral, el amor por su carrera y el deseo de realizar una buena práctica de enfermería, empatía, espiritualidad, conocimientos entre otros, que son características propias de cada Profesional de Enfermería, por lo cual el cuidado es interpersonal y debemos evaluarnos individualmente para dar un trato de excelencia y confort de la persona enferma.

Esquema N° 01: TEORIA DE IMOGEN KING APLICADO AL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AL CUIDADO ENFERMERO (A) DE UN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO



El presente esquema representa que para el cuidado del enfermero que es el logro de metas, se necesita la práctica (Aplicación), Conocimiento (Formación. Capacitación, Especialidad, Actualización, Guías, normas, protocolos) para el desempeño de un cuidado enfermero(a).

2.2.5. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940. Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.(27)

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la

mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Supuestos básicos:

- 1) El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- 2) El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- 3) El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- 4) Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- 5) Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

6) La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Con estos supuestos y factores elaboró su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio que reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y

además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

2.3. Definición conceptual de términos

2.3.1. Nivel de conocimientos sobre el manejo del Síndrome

Coronario Agudo: Es la capacidad de aprehender sobre para el paciente, en el que se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente” (24).

2.3.2. Nivel de cuidado de enfermería sobre el manejo del

Síndrome Coronario Agudo: Es la ejecución de las intervenciones de enfermería en el Servicio de emergencia en donde se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo” (25)

2.3.3. Conocimiento: Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural. Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente (16).

2.3.4. Síndrome Coronario Agudo: El Síndrome Coronario Agudo (SCA), se entiende por la manifestación clínica de una alteración isquémica cardíaca, en donde se altera el balance entre la demanda y el aporte de oxígeno, secundario a la oclusión coronaria, por un trombo en su lumen (18).

2.3.5. Cuidado de Enfermería: La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. La profesión de Enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones

orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad, desenvolviéndose básicamente en las áreas: Asistencial, Administrativa, Docente y de Investigación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

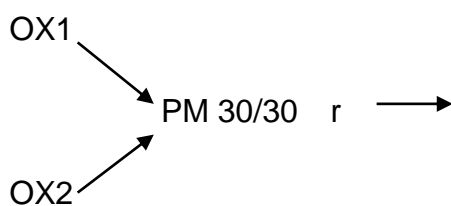
3.1. Material y métodos

Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 ó más variables) (13).

Tipo de investigación:

Tiempo



Leyenda:

X1: Variable Independiente: Nivel de conocimientos sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo.

X2: Variable dependiente: Nivel de cuidado de enfermería sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo.

P=población

M= muestra

r=relación

O=variable

3.2. Población y Muestra

Población:

La población estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Muestra:

Para efectos del estudio, se tomó el total de la población.

Criterios de Inclusión:

- Personal profesional de enfermería que labora en la el Servicio de Emergencia.
- Personal profesional de enfermería que acepte participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Personal profesional de enfermería que se encuentre de licencia o vacaciones.
- Personal profesional enfermería que labore en otros servicios.

Unidad de análisis

Profesional de enfermería del Servicio de Emergencia.

Tipo de muestreo

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico, por intención.

Validez

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo N° 01).

Confiabilidad

Se aplicó la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach (ver Anexo N° 02).

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método y técnica la entrevista.

Instrumento N° 01:

Cuestionario creado por la autora, bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). Ver anexo N° 03.

Este instrumento consta de 20 ítems de respuesta múltiple, que medirán el nivel de conocimientos, cada ítem contestado correctamente equivale a 1 punto e incorrectamente 0 puntos.

Calificado en la siguiente escala:

Nivel muy bueno : 17 a 20 puntos

Nivel bueno : 14 a 16 puntos

Nivel regular : 11 a 13 puntos

Nivel deficiente : 0 a 10 puntos

Instrumento N° 02:

Lista de cotejo creado por la autora, bajo las normas de la guía de intervención de enfermería en emergencia y desastres del Ministerio de Salud (2006). Ver Anexo N° 04.

Instrumento que consta de 3 dimensiones y 24 ítems, con un rango de: si aplica 3 puntos, a veces aplica 2 puntos y no aplica 1 punto.

Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio: 5 ítems

Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardiaca secundario a infarto: 15 ítems

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio. 04 ítems

Escala de puntuación:

Nivel de cuidado enfermero óptimo : de 57 a 72 puntos.

Nivel de cuidado enfermero promedio : de 41 a 56 puntos.

Nivel de cuidado enfermero deficiente : de 24 a 40 puntos.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento de la población en estudio haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los profesionales de enfermería para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba t student.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA 2015

| Datos generales | Total | |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| | N° | % |
| Edad | | |
| 20 a 39 años | 5 | 16,7 |
| 40 a 59 años | 25 | 83,3 |
| Más de 60 años | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Femenino | 30 | 100,0 |
| Masculino | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Años de experiencia | | |
| Días | 0 | 0,0 |
| Meses | 0 | 0,0 |
| Años | 30 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Condición laboral | | |
| Nombrado | 10 | 33,3 |
| Contratado indeterminado | 20 | 66,7 |
| Otras | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Capacitación en emergencias | | |
| Si | 30 | 100,0 |
| No | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |

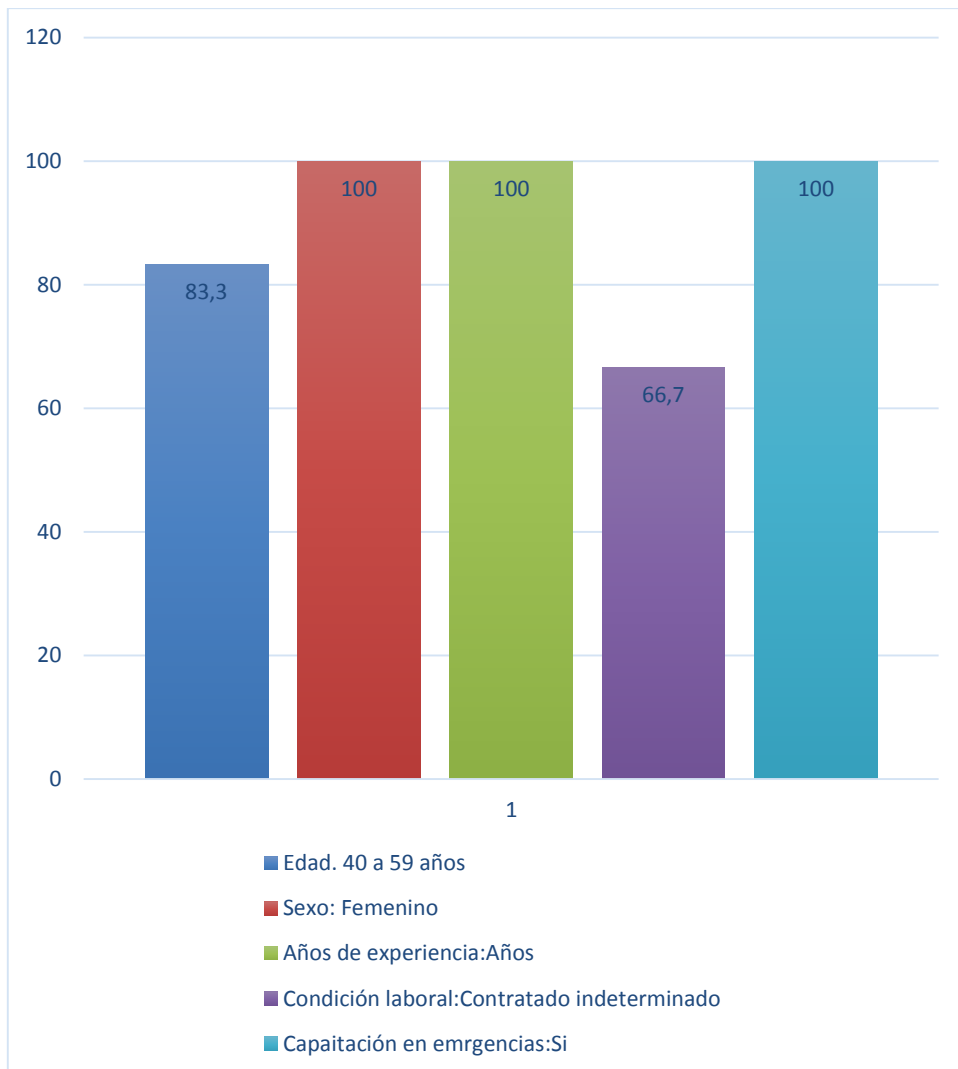
Fuente: Cuestionario y Lista de cotejo creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.

Descripción:

El 83,3% (25) de las Enfermeras tienen una edad de 40 a 59 años, un 100% (30) son del sexo femenino; el 100%(30) tienen años de experiencia y el 100% (30) cuenta con capacitación en emergencia.

GRÁFICO Nº 01

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA 2015



Fuente: Tabla N°01

TABLA N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÒN ESSALUD, TACNA 2015

| Nivel de conocimiento | Nº | % |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Muy bueno | 27 | 90,0 |
| Bueno | 1 | 3,3 |
| Regular | 2 | 6,7 |
| Deficiente | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |

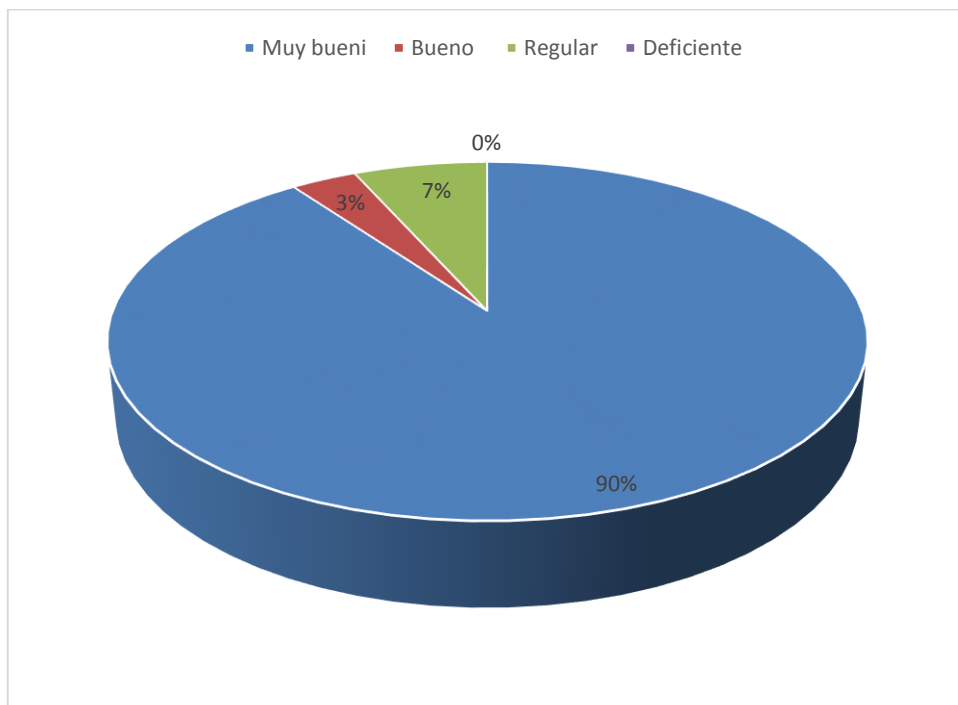
Fuente: Cuestionario creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.

Descripción:

En la presente tabla se puede observar el nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo en el enfermero (a) en el servicio de emergencia, en dónde; el 90% (27) reportó nivel de conocimiento muy bueno; un 3,3% (1) nivel de conocimiento bueno y un 6,7% (2) nivel de conocimiento regular.

GRÁFICO Nº 02

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2015



Fuente: Tabla Nº02

TABLA N° 03

**NIVEL DE CUIDADO ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DEL
SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD, TACNA 2015**

| Nivel del cuidado enfermero(a) | N° | % |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Óptimo | 27 | 90,0 |
| Promedio | 3 | 10,0 |
| Deficiente | 0 | 0,0 |
| Total | 30 | 100,0 |

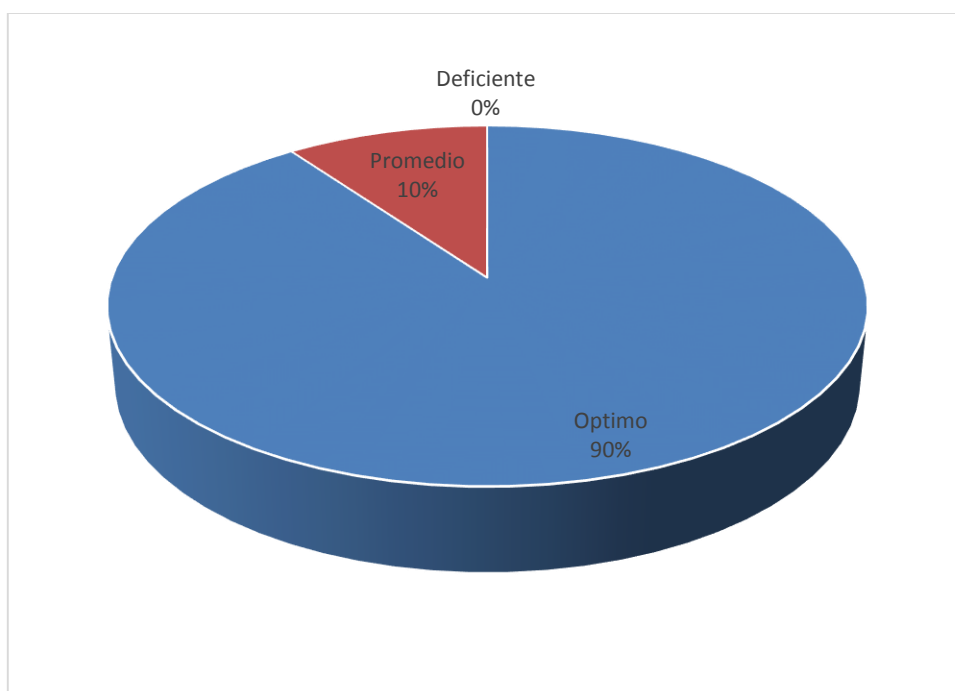
Fuente: Lista de cotejo creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.

Descripción:

La presente tabla nos muestra el nivel de cuidado enfermero (a) sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo del servicio de emergencia, en donde: el 90% (27) presentó nivel de cuidado óptimo; 10% (3) nivel de cuidado promedio.

GRÁFICO Nº 03

NIVEL DE CUIDADO ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2015



Fuente: Tabla Nº 03

TABLA N° 04

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2015

| Nivel de conocimiento | Nivel de aplicación | | | | | | Total | | T student n=15 |
|-----------------------|---------------------|------|----------|------|------------|-----|-------|-------|---|
| | Óptimo | | Promedio | | Deficiente | | N° | % | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | |
| Muy bueno | 27 | 90,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 27 | 90,0 | t= 1,76 14=gl(n-1) P=0,00 P<0,05 |
| Bueno | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | |
| Regular | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | |
| Deficiente | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Total | 27 | 90,0 | 3 | 10,0 | 0 | 0,0 | 30,0 | 100,0 | |

Fuente: Cuestionario y Lista de cotejo creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.

Descripción:

En la presente tabla se aprecia la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado enfermero (a) sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo del servicio de emergencia, en donde: el 90% (27) evidenció nivel de conocimiento muy bueno y nivel de cuidado enfermero(a) óptimo.

Estadísticamente se observa que existe relación entre el nivel de conocimiento y nivel de cuidado ya que presentó un $t=1,76$ y $p<0,05$.

4.2. Discusión

En la **tabla Nº 01**, se puede observar que la mayoría de profesionales de Enfermería en un 83,33% (25) tienen una edad de 40 a 59 años, un 100% (30) son del sexo femenino; el 100%(30) tienen años de experiencia y el 100% (30) cuenta con capacitación en emergencia.

En la **tabla Nº 02**, se puede observar el nivel de conocimientos sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo en el enfermero (a) del servicio de emergencia, en donde; el mayor porcentaje un 90% (27) reportó nivel de conocimiento muy bueno; y en menor porcentaje un 3,3% (1) nivel de conocimiento bueno.

Difieren en cuanto a sus resultados al estudio de Crespo L. (26), Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave y politraumatismo, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo- Ecuador, julio 2011. Concluyendo: que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

Similar resultado al de Labrada A. (27), Grado de conocimientos básicos sobre Infarto Agudo de Miocardio ¿cultura médica o necesidad?, Cuba; 2011. Concluyendo: que se aplicaron 61 cuestionarios a profesionales de salud (enfermeras y médicos), Concluyendo: que el promedio fue superior entre quienes habían recibido actualización en trauma (41,8 vs. 18,3; $p= 0,004$). Seis preguntas (35 %) tuvieron porcentaje de aciertos > 60 % y 5 (25 %) > 80 %. No todos los encuestados se sienten capacitados para atender a un paciente politraumatizado en su área de salud, y aunque tienen un aceptable nivel de conocimientos teóricos, no todos se encuentran actualizados, por lo que la necesidad de capacitación es alta.

Respecto a conocimientos enfermeros diversos estudios han demostrado que una guía práctica, visual y de fácil manejo, sirve de apoyo gráfico en la labor asistencial del profesional de enfermería aumentando y/o fijando sus conocimientos; facilita la realización de una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería en las urgencias traumatológicas sobre todo al personal de nueva incorporación; mejora la efectividad de los mismos; potencia una buena praxis, que reduce la probabilidad de la aparición de complicaciones, con lo que se evitan costes innecesarios (17).

En relación a lo antes mencionado se plantea que el soporte vital en la atención a un paciente con SCA es una labor de equipo que debe tener lugar dentro de un sistema organizado. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados oportunos en términos de calidad, utilizando la experiencia y la práctica para manejar las alteraciones fisiológicas que puedan poner en peligro la vida del paciente. Contrastando con nuestros resultados, se concluye en un aumento de la calidad asistencial, contribuye a un aumento de la satisfacción del usuario, y, a la par, un aumento de la eficiencia de los procedimientos y cuidados de enfermería en emergencia.

En la **tabla N° 03**, nos muestra el nivel de cuidado enfermero (a) sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo del servicio de emergencia, en donde: el mayor porcentaje 90% (27) presentó nivel de cuidado óptimo; y en menor porcentaje 30% (3) nivel de cuidado promedio.

Difieren sus resultados al de Martínez L. (28), Cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes SCA que ingresan a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital “Dr. Eugenio P. D´ Bellard” en Guatire Estado Miranda España 2012. Que concluye: La mayoría de profesionales de enfermería no aplica los protocolos en el momento de ingreso de pacientes a

emergencia. Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes que incluye conocer el estado del sistema respiratorio, valoración circulatoria y neurológica.

Iyer P. (19), Sostiene que la aplicación de cuidados oportunos son parte de la fase del proceso de Enfermería. El rol que desempeña la enfermera (o) en el campo de la salud es tan significativo que la impulsa cada día más a responder a las exigencias impuestas por la sociedad con el fin de mejorar la calidad de atención. Es por ello que la compromete a indagar sobre nuevas investigaciones que permitan mejorar los cuidados otorgados a los diferentes pacientes que así lo ameriten, en particular al politraumatizado.

“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnóstico y terapéutico más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efecto iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (20).

En relación a la cita antes mencionada es fundamental que una atención de calidad por parte de la enfermera se traduzca en ofertar cuidados al paciente con SCA en forma oportuna, continua y segura,

por lo que es necesario que sus acciones sean dirigidas hacia la prevención y detección temprana de las posibles complicaciones que le permitan el control de los factores de riesgo y poder lograr condiciones óptimas de salud.

Barrios M. (2009) expresa que la “Calidad de atención debe estar enmarcada dentro de las características de cuidado seguro, apropiado, continuo y humanizado” (29).

Basado en esta referencia y los resultados, se enfatiza que la enfermera tiene como función esencial proporcionar cuidado al paciente tomando en cuenta las necesidades presentadas por él como: oxigenación, hidratación, evitación del dolor y control de signos vitales para así desarrollar estrategias y acciones seguras y oportunas a fin de minimizar los riesgos y complicaciones para alcanzar el restablecimiento de la salud.

En la **tabla N° 04**, se aprecia la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado enfermero (a) sobre el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo del servicio de emergencia, en donde: el 90% (27) evidenció nivel de conocimiento muy bueno y nivel de cuidado enfermero(a) óptimo.

Estadísticamente se observa que existe relación entre el nivel de conocimiento y nivel de cuidado ya que presentó un $t=1,76$ y $p<0,05$.

La atención de enfermería en el servicio de urgencias está orientada al cuidado rápido y apropiado durante la reanimación inicial y la estabilización del paciente politraumatizado. Los cuidados del paciente comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico. Una vez completada la valoración primaria, se desnuda el paciente, se le cubre para mantener la temperatura corporal y se realiza una determinación detallada de los signos vitales. Por último, se lleva a cabo una evaluación secundaria más detallada, de la cabeza a los pies, para identificar posibles lesiones; estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea (Guía de atención al paciente 2015) (22).

Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la condición en la que se encuentre, pueden

variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona (23).

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención al paciente con SCA, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Por ello los conocimientos y su aplicación de las guías de cuidado al paciente politraumatizado debe ser óptima ya que aumenta la calidad asistencial, aumenta el grado de éxito, disminuyendo la morbimortalidad de los primeros momentos y posteriores. El enfermero (a) está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento.

CONCLUSIONES

1. La mayoría reportó nivel de conocimiento muy bueno sobre el manejo del síndrome coronario agudo en las enfermeras en el servicio de emergencia en un (90%) y en menor porcentaje (3,3%) nivel de conocimiento bueno.
2. La mayoría presentó nivel de cuidado enfermería óptimo sobre el manejo del síndrome coronario agudo en un (90%); y en menor porcentaje (10%) nivel de cuidado promedio.
3. Existe relación entre el nivel de conocimientos y el cuidado de enfermería sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencia, a través de la prueba t student.

RECOMENDACIONES

- 1) Dar a conocer los resultados a la jefatura del Servicio de Enfermería y a la Coordinadora de Servicio de Emergencia del hospital para que se pueda considerar las estrategias pertinentes.
- 2) Que la jefatura del Servicio de Enfermería incentive la programación de actividades educativas, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre el cuidado del paciente con Síndrome coronario agudo.
- 3) Promover la realización de estudios similares en otros establecimientos de salud, lo que permitirá realizar inferencia y generalización de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos sin Elevación del Segmento ST (angina inestable e infarto no Q). Sociedad Mexicana de Cardiología [Revista en internet] 2015 octubre – Diciembre [Acceso 29 de mayo de 2015]; 72(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2002/acs022b.pdf>
- 2) Carrión M, Becerra L, Pinto J, Postigo R. Características clínicas y seguimiento 30 días de pacientes con síndrome isquémico coronario agudo. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna [Revista en Internet] 2013 [acceso: 15 de mayo del 2015]; 20 Disponible en:http://www.medicinainterna.com.pe/revista/revista_20_2_2007/5.pdf
- 3) Huerta B. Epidemiología de los síndromes coronarios agudos (SICA). Archivos de Cardiología de México [Revista en Internet] 2007 [Acceso el 15 de mayo delm 2012]; 77(4). Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2012/acs074ao.pdf

- 4) Abreu D. Caracterización del Síndrome Coronario Agudo [Sede Web]. Venezuela: Portales Médicos, S.L; febrero 2014 [actualizada 2014; acceso: 15 de mayo del 2014]. Caracterización del Síndrome Coronario Agudo [aproximadamente 3 pantallas] Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2034/1/Caracterizacion-del-Sindrome-Coronario-Agudo.html>
- 5) Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en América Latina. Revista Panamericana de la Salud Publica [Revista en internet]. 2013. [Acceso el 15 de mayo de 2013]; 22(6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n6/a07v22n6.pdf>
- 6) Vallenas G. La mortalidad en el Perú. INEI. Perú. [acceso 09 de octubre de 2010]; 2011. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047992.pdf>
7. www.minsa.gob.pe. Estado de Salud [sede web]. Perú: www.minsa.gob.pe. 2009 Acceso el 15 de mayo de 2010]. Disponible en: www.minsa.gob.pe
- 7) Linda d. Urden, Mary e. Loagh. Informe Epidemiológico de Esalud 2012. Editorial Essalud. Lima; 2012.

- 8) Solar M. En un estudio realizado en Houston, Texas en el año 2008, se evaluaron los conocimientos y perspectivas de enfermeras americanas con respecto a la guía clínica del AHA del 2008.
- 9) Mestas A. Journal of Pakistan Medical Association (JPMA), evaluaron los conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento farmacológico inicial para el infarto agudo de miocardio (IMA) en enfermeras Washigton 2009.
- 10) Organización Mundial de la Salud. En el estudio de la Fundación Británica del Corazón de Directrices para el Manejo Precoz de pacientes con IMA Nicaragua 2011.
- 11) Maldonado D. Tesis para optar la Maestría de la Universidad Peruana Unión Grado de satisfacción del usuario en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral del Distrito de San Juan de Lurigancho periodo 2009.
- 12) Morales B. Tesis sobre conocimiento del profesional de enfermería sobre la atención al paciente prioridad I del Hospital Rebagliati 2010.

- 13) Jiménez G. Tesis cuidado al paciente con SCA y estrés laboral en el profesional de enfermería del Hospital Honorio delgado Arequipa 2012.
- 14) Machado M. Nivel de conocimientos en pacientes cardiacos en el Hospital Rebagliati Lima 2012.
- 15) Palma N. Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en pacientes con IMA en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2011.
- 16) Bravo M. Guía metodológica del proceso de atención de enfermería. 1ra ed. Aspeden Microsoft Encarta 2008. Microsoft Corporation 1993-2007.
- 17) Ministerio de Salud. Conjunto de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres. Perú – 2006.
- 18) Océano. Manual de Enfermería. Washigton; 2011

- 19) Organización Mundial De La Salud Salud.13 de diciembre del 2010.Washington. Disponible en: www.who.int/es/
- 20) MINSA Atención de emergencias. 18 de diciembre del 2010. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/destacados/sns/ITCM_InformeFinal56-68.pdf
- 21) Saldiñas E. Síndrome coronario agudo. Dilemas éticos y bioéticos en Enfermería. Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000400007&script=sci_arttext. 2007.
- 22) Sans G. Cardiopatía Isquémica. En: Rozman, director. Medicina Interna.14 Ed. Madrid: Harcourt; 2000.p.625-44.
- 23) Griffin B, Topol E. Cardiología de bolsillo. España: Marban Libros; 2006.
- 24) Ministerio de Salud. Normas de atención a un paciente con Síndrome Coronario agudo. Lima; 2010.

- 25) Ministerio de Salud. Guía del cuidado de enfermería a un paciente SCA2006. Lima; 2006.
- 26) Crespo L. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave y politraumatismo, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo- Ecuador, julio 2011.
- 27) Labrada A. Grado de conocimientos básicos sobre Infarto Agudo de Miocardio ¿cultura médica o necesidad?, Cuba; 2011.
- 28) Martínez L. Cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes SCA que ingresan a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital Dr; 2010.
- 29) Barrios M. Calidad de atención en emergencia. México: OMS; 2009.
- 30) Fauci, A; Braunwald E. Harrison: Principios de Medicina Interna. 17a Ed. Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2008; pp. 3111.

- 31) Hernández H. Metodología de la investigación. Editorial Interamericana. México; 2008.
- 32) Polit H. Metodología de Investigación. Editorial Interamericana. Washigton; 2009.
- 33) Jaramillo M. Síndromes Coronarios Agudos. Instituto de Enfermedad Cardiovasculares. Colombia.; 2001 [Acceso 29 de mayo de 2010]. Disponible en:
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Cardiovascular-Respiratorio/Sindromes_coronarios_agudos.pdf

ANEXOS

ANEXO Nº 01

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? | | | | | |

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

| EXPERTOS /ITEMS | A | B | C | D | PROMEDIO |
|--------------------|---|---|---|---|----------|
| Y1 = 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Y1 = 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4.4 |
| Y1 = 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4.6 |
| Y1 = 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4.2 |
| Y1 = 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4.4 |
| Y1 = 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4.4 |
| Y1 = 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4.8 |
| Y1 = 8 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4.8 |
| Y1 = 9 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4.6 |

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{\frac{2}{n} \sum_{i=1}^n (x - y_i)^2}$$

Donde DPP = $\sqrt{\frac{2}{n} \sum_{i=1}^n (x - y_i)^2}$

Donde x = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es r = 176

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$D_{\text{máx.}} = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde DPP=V $(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 10,42

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

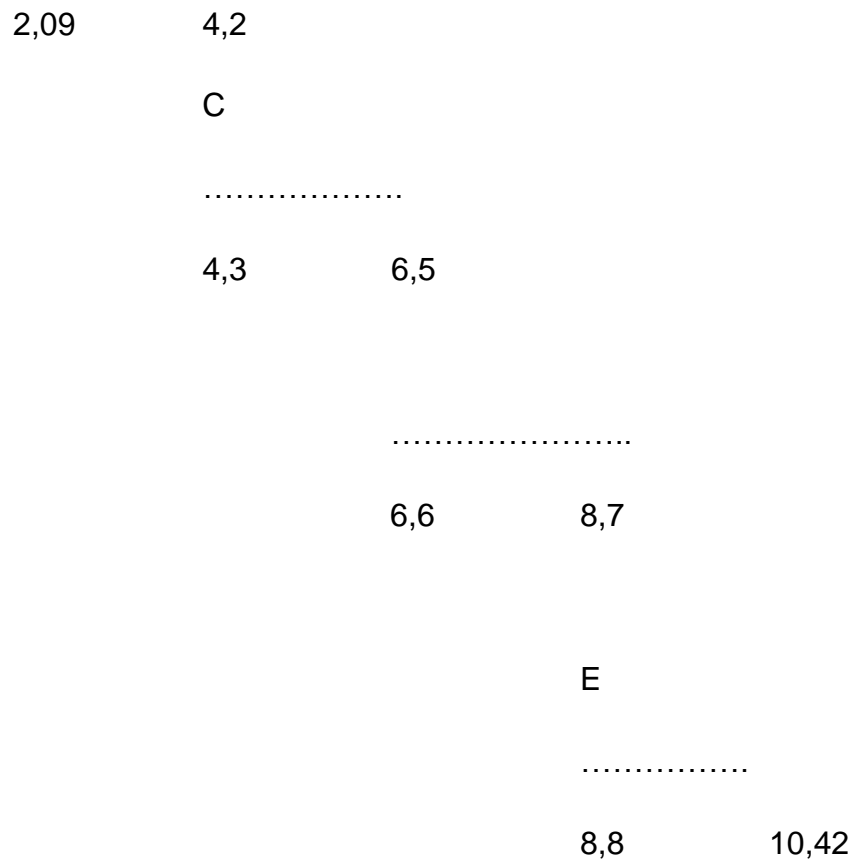
A

...r=1,78.....

0 2,08

B

.....



5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP(r) fue 1,78 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

ANEXO N° 02

CONFIABILIDAD POR ALPHA DE CRONBACH

ethod 2 (eovariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Instrumentos: 1 y 2

De un total de 10 encuestas realizadas a nivel piloto para la confiabilidad del instrumento se obtuvo para la escala total un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.82.de confiabilidad.

Resumen del procesamiento de los casos

| | N | % |
|---------------|----|-------|
| Casos Válidos | 10 | 100.0 |
| Excluidos(a) | 0 | 0.0 |
| Total | 10 | 100.0 |

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

ANEXO Nº 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

SEGUNDA ESPECIALIDAD

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE UN PACIENTE CON SCA

Instrucciones: Se está realizando un trabajo de investigación, para lo cual pido su absoluta sinceridad, contestando verazmente a la siguiente información, marcando con equis(X) a las siguientes interrogantes y es anónima:

Datos Generales

A. Edad:

- a) 20 a 39 años
- b) 40 a 59 años
- c) Mayor de 60 años:

B. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

C. Años de experiencia:

- a) Días
- b) Meses
- c) Años

D. Condición laboral:

- a) Nombrado
- b) Contratado
- c) SERUMS
- d) Otra modalidad (especifique).....

E. Capacitación

Ud. ha recibido capacitación en emergencias:

- a) Si
- b) No

Especifique si su respuesta es sí.....

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE
PACIENTES CON SCA

- 1. ¿Cuál es el límite de tiempo máximo para considerar un evento coronario como SCA?**
 - a. 48 horas de evolución
 - b. 2 meses de evolución
 - c. 24 horas de evolución
 - d. 1 mes de evolución
 - e. Una semana de evolución

- 2. Paciente varón acude a emergencia por dolor precordial opresivo e irradiado a mandíbula. Su diagnóstico más probable es SCA. Para confirmar su presunción diagnóstica es suficiente:**
 - a. Electrocardiograma con alteraciones
 - b. Enzimas Cardiacas elevadas
 - c. Cuadro clínico característico
 - d. Sólo se necesitan 2 de las 3 anteriores
 - e. Son necesarias 1, 2 y 3

- 3. Ante la sospecha de un síndrome coronario agudo en un paciente que acude a emergencia, el primer test diagnóstico a realizar sería:**
 - a. Dosaje de Mioglobina
 - b. Dosificación de enzimas cardiacas
 - c. EKG de 12 derivaciones
 - d. Placa de tórax
 - e. Dosaje de troponinas

- 4. En la evolución de un SCA, el primer y el último marcador enzimático en elevarse respectivamente son:**
- a. Mioglobina, LDH
 - b. CPK Total, troponinas
 - c. LDH, CPK total
 - d. Troponinas, CPK MB
 - e. CPKMB, mioglobina
- 5. En relación a las enzimas cardíacas en pacientes con SCA, marque la opción verdadera:**
- a. LDH es específica de problemas isquémicos coronarios
 - b. A mayor valor de troponina peor pronóstico
 - c. Un valor de troponina negativo descarta el diagnóstico
 - d. Recién a las 6 horas se detecta mioglobina.
 - e. Solo se elevan en síndromes coronarios.
- 6. En un paciente con supradesnivel del segmento ST en derivaciones V2-V4 en el EKG, la arteria que probablemente está comprometida es:**
- a. Descendente anterior
 - b. Coronaria izquierda
 - c. Circunfleja
 - d. Coronaria derecha
 - e. Marginal
- 7. Paciente varón de 70 años de edad, con infarto agudo de miocardio de 3 horas de duración; la complicación que usted pensaría con el siguiente EKG sería:**

- a. Fibrilación auricular
- b. Fibrilación ventricular
- c. Taquicardia paroxística
- d. Bloqueo rama derecha.
- e. Flutter atrial

8. Paciente de 60 años acude por cuadro de SCA ST elevado; el tratamiento inicial para este paciente durante la emergencia sería:

- a. Betabloqueantes, nitratos, oxígeno, estatinas
- b. Nitratos, Clopidogrel, oxígeno, aspirina
- c. Oxígeno, betabloqueadores, IECA, aspirina
- d. Estatinas, clopidrogel, morfina, oxígeno
- e. Aspirina, nitratos, IECA, betabloqueadores

9. Paciente con cuadro clínico sugerente de SCA y en la lectura del EKG se encuentra supradesnivel del ST en derivaciones V5-V6; la arteria que probablemente está comprometida es:

- a. Coronaria izquierda
- b. Descendente anterior
- c. Circunfleja
- d. Marginal
- e. Coronaria derecha

10. En los pacientes con SCA marque usted la tríada terapéutica que disminuye la mortalidad a largo plazo:

- a. Aspirina, atorvastatina, Heparina
- b. Heparina, Oxígeno, IECA
- c. Clopidrogel, atorvastatina, nitratos

- d. Aspirina, oxígeno, betabloqueadores
- e. Betabloqueadores, aspirina, IECA

11. Un paciente llega a emergencia con supradesnivel en derivaciones V5-V6, I, AVL al EKG de 40 minutos de evolución con una presión de 50/20, ¿Cuál sería la medida inmediata que mejore la sobrevida del paciente?

- a. Utilizar trombólisis inmediata para solucionar el cuadro agudo de SICA.
- b. Hidratación inmediata para poder realizar angioplastia.
- c. Utiliza dopamina para estabilizarlo y luego proceder con el uso de trombólisis.
- d. Utiliza dopamina para estabilizarlo y luego proceder con el uso de angioplastia.
- e. Colocar catéter venoso central e inicio con dopamina.

12. Paciente mujer de 28 años, madre soltera, acude a emergencia presentando dolor retroesternal moderado de 1 hora de evolución, palpitations y disnea importante. Tiene FC:110, FR: 26, PA: 110/70. Se realiza un EKG, y se encuentra T negativas en AVR, la actitud más adecuada sería:

- a. Utiliza morfina, propranolol, nitratos y pasa a observación.
- b. Doy terapia inicial y evalúo para trombólisis
- c. Utilizo nitratos, aspirina, atorvastatina y observación.
- d. Administrarle lorazepam y observarla en emergencia.
- e. Doy terapia inicial y evalúo para angioplastia

13. Paciente varón de 65 años, hipertenso, llega a Emergencia con dolor retroesternal de 4 horas de evolución, diaforesis, náuseas y vómitos en 3 oportunidades. En el EKG se evidencia supradesnivel del ST en derivaciones II, III y AVF. Al examen clínico se le encuentra una presión de 70/40 y frecuencia cardiaca en 110. En relación a este paciente.

- a. Un infarto de ventrículo derecho explica todo el cuadro.
- b. Debe tratarse de un SICA con gran componente vasovagal.
- c. Lo más probable es que este hipotenso por disfunción ventricular izquierda
- d. El cuadro es compatible con un gran infarto extenso de cara anterior.
- e. La diaforesis y los vómitos explican la hipotensión del paciente.

14. Paciente varón 75 años de edad con antecedentes de Diabetes tipo 2 mal controlada, acude a emergencia por presentar epigastralgia, náuseas, vómitos y diaforesis de 3 horas de evolución. Usted lo encuentra pálido y diaforético. En relación a este paciente la primera medida que usted haría sería.....

- a. Iniciar Pantoprazol endovenoso.
- b. Solicitar Hemoglobina y colocar NAACL 0.9%. a infusión rápida.
- c. Iniciaría Aspirina, clopidrogel y Heparina.
- d. Solicitar, ante todo, un Electrocardiograma.
- e. Interconsultar a Gastroenterología para endoscopia digestiva alta.

15. Paciente mujer 55 años de edad sin antecedentes de importancia, acude a emergencia por presentar dolor retroesternal irradiado a

mandíbula de 1 hora de evolución. Según el siguiente EKG tomado durante el dolor, su presunción diagnóstica sería.

- a. Bloqueo de rama derecha.
- b. Hemibloqueo de rama izquierda
- c. Taquicardia supraventricular
- d. Síndrome coronario agudo
- e. Bradicardia sinusal

16. En un paciente con cuadro sugerente de SCA, el primer fármaco que administraría para el episodio agudo:

- a. Morfina subcutánea
- b. Isorbide sublingual
- c. Heparina no fraccionada endovenosa
- d. Atorvastatina oral
- e. Aspirina oral

17. Paciente mujer de 60 años de edad, hipertensa, con antecedente de dislipidemia, acude a emergencia por presentar dolor opresivo retroesternal irradiado a miembro superior izquierdo de 8 horas de evolución; en el EKG no se evidencia ninguna alteración y el primer set de enzimas es normal. En relación a esta paciente...

- a. Lo más indicado sería darle de alta y citarlo por cardiología.
- b. La evolución del electrocardiograma puede confirmar el diagnóstico
- c. Con éstos datos lo mejor sería pensar en otro diagnóstico
- d. La normalidad del EKG descarta la presencia de un SCA
- e. Con 8 horas de evolución y enzimas normales descartamos un SCA.

18.El síntoma principal de estos episodios es el dolor, de tipo opresivo, retroesternal, que puede irradiarse a región submandibular y a extremidad superior izquierda y espalda, puede ir asociado a diaforesis profusa, y a sensación inminente de muerte.

Verdadero () Falso ()

19. El criterio electrocardiográfico para SICASTNE se sustenta en los cambios sólo en el segmento ST.

Verdadero () Falso()

20. Para el diagnóstico EKG los cambios en las ondas Q de amplitud superior al 25% del complejo QRS o de duración mayor de 0,04 segundos dentro de las 48 a 72 horas del episodio hiperagudo.

Verdadero () Falso ()

ANEXO Nº 04

**LISTA DE COTEJO SOBRE NIVEL DEL CUIDADO ENFERMERO(A) EN
EL MANEJO DEL PACIENTE CON SCA**

| Nº | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | APLICA | A VECES APLICA | NO APLICA |
|--|--|---------------|-----------------------|------------------|
| Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio: | | | | |
| 1 | Evalúa las características, localización, duración e intensidad del dolor. | 3 | 2 | 1 |
| 2 | Monitoriza las funciones vitales: FC, PA, FR, Tº. | 3 | 2 | 1 |
| 3 | Administra analgésicos prescritos y valora el efecto que tiene su efecto analgésico. | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Observa aparición de efectos secundarios de la medicación. | 3 | 2 | 1 |
| 5 | Tiene preparado coche de paro, equipo para intubación endotraqueal y ventilador mecánico (GP B2). | 3 | 2 | 1 |
| Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardíaca secundario a infarto: | | | | |
| 6 | Administra O2 por CBN a 3LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente y en coordinación médica. | 3 | 2 | 1 |
| 7 | Mantiene al paciente semisentado y cómodo | 3 | 2 | 1 |
| 8 | Canaliza una vía venosa periférica. | 3 | 2 | 1 |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| 9 | Monitoriza en forma permanente y con EKG la posibilidad de arritmias (GP B1). | 3 | 2 | 1 |
| 10 | Toma EKG completo para determinar localización extensión y evaluación del infarto. | 3 | 2 | 1 |
| 11 | Si EKG registrado durante el dolor muestra ST elevado, inicia terapia antitrombolítica según indicaciones. | 3 | 2 | 1 |
| 12 | Monitoriza PA, FC, FR, T, hasta que el paciente se estabilice. | 3 | 2 | 1 |
| 13 | Coordina para la toma de Rx de tórax Prepare equipo para cateterismo venoso central. | 3 | 2 | 1 |
| 14 | Controla PVC. | 3 | 2 | 1 |
| 15 | Controla de BH. | 3 | 2 | 1 |
| 16 | Realiza cateterismo vesical. (GP D1). | 3 | 2 | 1 |
| 17 | Administra anticoagulante profiláctico: heparina 5000 UI EV stat según indicación. | 3 | 2 | 1 |
| 18 | Administra terapia antiplaquetaria Aspirina 350 mg VO según prescripción médica. | 3 | 2 | 1 |
| 19 | Inicia tratamiento anticoagulante con Streptoquinasa según prescripción médica. | 3 | 2 | 1 |
| 20 | Coordina para RX de control. | 3 | 2 | 1 |
| Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio. | | | | |
| 21 | Administra O2 por CBN a 3 LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las | 3 | 2 | 1 |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | condiciones indivi-duales de cada paciente en coordinación médica. | | | |
| 22 | Mantiene al paciente semisentado y cómodo. | 3 | 2 | 1 |
| 23 | Controla la Sat O2 | 3 | 2 | 1 |
| Ansiedad relacionada a temor de muerte súbita. | | | | |
| 24 | Explica al paciente los efectos de su enfermedad y los procedimientos Explique al paciente técnicas de relajación mediante respiraciones lentas y profundas a los que será sometido. | 3 | 2 | 1 |
| 25 | Solicita al paciente la re demostración de las técnicas de relajación. | 3 | 2 | 1 |
| 26 | Administra benzo-diacepinas según indicación médica | 3 | 2 | 1 |

Gracias...

ANEXO Nº 05

**NIVEL DE CUIDADO ENFERMERO (A) POR DIMENSIONES SOBRE EL
MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD, TACNA 2015**

| Dimensiones del cuidado | Nivel de cuidado | | | | | | Total | |
|---|------------------|-------|----------|------|------------|-----|-------|-------|
| | Óptimo | | Promedio | | Deficiente | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio | 26 | 86,7 | 4 | 13,3 | 0 | 0,0 | 30 | 100,0 |
| Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardiaca secundario a infarto | 27 | 90,0 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 30 | 100,0 |
| Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio | 30 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 30 | 100,0 |
| Ansiedad relacionada a temor de muerte súbita | 29 | 96,7 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 30 | 100,0 |

Fuente: Lista de cotejo creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.

ANEXO Nº 06

**CUIDADO ENFERMERO(A) EN EL MANEJO DEL 'PACIENTE CON
SCA**

| Nº | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | APLICA (N) | A VECES APLICA (N) | NO APLICA (N) |
|---|--|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio: | | | | |
| 1 | Evalúa las características, localización, duración e intensidad del dolor. | 28 | 2 | 0 |
| 2 | Monitoriza las funciones vitales: FC, PA, FR, Tº. | 30 | 0 | 0 |
| 3 | Administra analgésicos prescritos y valore el efecto que tiene su efecto analgésico. | 30 | 0 | 0 |
| 4 | Observa aparición de efectos secundarios de la medicación. | 27 | 2 | 1 |
| 5 | Tiene preparado coche de paro, equipo para intubación endotraqueal y ventilador mecánico (GP B2). | 27 | 2 | 1 |
| Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardíaca secundario a infarto: | | | | |
| 6 | Administra O2 por CBN a 3LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente y en coordinación médica. | 28 | 1 | 1 |
| 7 | Mantiene al paciente semisentado y cómodo | 26 | 4 | 0 |
| 8 | Canaliza una vía venosa periférica. | 27 | 2 | 1 |

| | | | | |
|--|--|----|---|---|
| 9 | Monitoriza en forma permanente y con EKG la posibilidad de arritmias (GP B1). | 30 | 0 | 0 |
| 10 | Toma EKG completo para determinar localización extensión y evaluación del infarto. | 30 | 0 | 0 |
| 11 | Si EKG registrado durante el dolor muestra ST elevado, inicia terapia antitrombolítica según indicaciones. | 26 | 4 | 0 |
| 12 | Monitoriza PA, FC, FR, T, hasta que el paciente se estabilice. | 25 | 2 | 3 |
| 13 | Coordina para la toma de Rx de tórax Prepare equipo para cateterismo venoso central. | 30 | 0 | 0 |
| 14 | Controla PVC. | 30 | 0 | 0 |
| 15 | Controla de BH. | 26 | 4 | 0 |
| 16 | Realiza cateterismo vesical. (GP D1). | 25 | 2 | 3 |
| 17 | Administra anticoagulante profiláctico: heparina 5000 UI EV stat según indicación. | 30 | 0 | 0 |
| 18 | Administra terapia antiplaquetaria Aspirina 350 mg VO según prescripción médica. | 30 | 0 | 0 |
| 19 | Inicia tratamiento anticoagulante con Streptoquinasa según prescripción médica. | 29 | 1 | 0 |
| 20 | Coordina para RX de control. | 28 | 2 | 0 |
| Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio. | | | | |
| 21 | Administra O2 por CBN a 3 LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las | 30 | 0 | 0 |

| | | | | |
|--|--|----|---|---|
| | condiciones indivi-duales de cada paciente en coordinación médica. | | | |
| 22 | Mantiene al paciente semisentado y cómodo. | 30 | 0 | 0 |
| 23 | Controla la Sat O2 | 28 | 2 | 0 |
| Ansiedad relacionada a temor de muerte súbita. | | | | |
| 24 | Explica al paciente los efectos de su enfermedad y los procedimientos Explique al paciente técnicas de relajación mediante respiraciones lentas y profundas a los que será sometido. | 30 | 0 | 0 |
| 25 | Solicita al paciente la re demostración de las técnicas de relajación. | 26 | 4 | 0 |
| 26 | Administra benzo-diacepinas según indicación médica | 25 | 2 | 3 |
| | | 30 | 0 | 0 |

Fuente: Lista de cotejo creado por Vargas G., bajo las normas de atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo (2010). aplicado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud 2015.