

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN INFARTO AGUDO AL  
MIOCARDIO. SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE APOYO II-2  
SULLANA - PERIODO 2014- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**NELLY CASTILLO FIGUEROA**

**Callao, 2107**

**PERU**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALÓBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 178 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1635-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	<b>Págs.:</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1.- DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	3
1.2.- OBJETIVOS	5
1.3.- JUSTIFICACION	5
<b>II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL O REFERENCIAL</b>	<b>7</b>
2.1.- ANTECEDENTES	7
2.2.- MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL	11
2.3.- DEFINICION DE TERMINOS	19
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>20</b>
3.1.- RECOLECCION DE DATOS	20
3.2.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.3.- PROCESOS REALIZADOS	21
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>26</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>27</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>33</b>

## INTRODUCCION

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la posición hegemónica le corresponde a la cardiopatía isquémica, la cual puede definirse, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una afección miocárdica ocasionada por una desproporción entre el aporte del flujo sanguíneo y los requerimientos miocárdicos, generada por cambios en la circulación coronaria (1,2).

Su forma clínica de mayor presentación y peor pronóstico le corresponde al infarto agudo de miocardio (IAM), el cual ocurre por una privación del aporte sanguíneo al corazón (isquemia) durante un periodo de tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del músculo cardiaco, generalmente como resultado de la oclusión de la arteria (trombosis); no obstante, si la isquemia es intensa, pueden presentarse trastornos electrocardiográficos precoces que conducen a la muerte súbita antes de que aparezcan cambios estructurales(3,4).

La investigación en el área de Enfermería Cardiovascular, surge como una respuesta a la necesidad de explorar la realidad de la práctica profesional en esta área y la de contar con lineamientos teóricos y prácticos, que orienten el cuidado a personas adultas, con problemas cardiovasculares, en etapas que van desde el desarrollo de procesos agudos, hasta llegar a los procesos de convalecencia y rehabilitación.

El presente informe ha sido elaborado en base a hechos vivenciales que sirve para beneficiar a los pacientes y a las profesionales de enfermería quienes a través de la aplicación de sus conocimientos asegurarán un cuidado de calidad, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad en la población adulta.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Son la principal causa de defunción en todo el mundo, afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países; 17,5 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en 2012, 80% de los infartos de miocardio y de los AVC prematuros son prevenibles.

La urbanización, la industrialización y la globalización que acompañan la transición económica traen consigo cambios en los modos de vida que propician las enfermedades cardíacas. Estos factores de riesgo son, entre otros, el consumo de tabaco, la inactividad física y una dieta malsana. La esperanza de vida en los países en desarrollo está aumentando de forma muy pronunciada, y las personas se ven expuestas a estos factores de riesgo durante periodos más largos (5).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en Costa Rica desde 1970, tanto en hombres como en mujeres mayores de 30 años de edad. Las ECV son la causa de alrededor de 33% del total de defunciones en Costa Rica, porcentaje similar al encontrado en América Latina y el Caribe (31%) (5). Del total de muertes por ECV, 48% corresponde a la enfermedad isquémica del corazón (EIC), 22,7% a las enfermedades cerebrovasculares y 11% a causas asociadas con la hipertensión arterial. Del total de muertes por EIC en el año 2001, 68,4% se produjeron por infarto agudo del miocardio(6).

El infarto de miocardio agudo (IMA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y también de discapacidad en los sobrevivientes. En general los síndromes coronarios agudos son la causa

más prevalente de muerte en pacientes hospitalizados por otras condiciones médicas.

En nuestro país el mayor registro de IMAs es a nivel de la costa, la que a su vez coincide con la distribución geopolítica de nuestra población, predominantemente afincada en esta región. Asimismo, es la capital del país la que reúne la gran proporción de infartos, ciudad que además reúne a la tercera parte de la población nacional.

El RENIMA es el primer estudio de esta clase que trata de mostrarnos nuestra realidad nacional, con la mayoría de pacientes a nivel de la costa limeña y con la mayor cantidad de IMA entre los 60 y los 80 años. La HTA y la dislipidemia son los factores de riesgo más frecuentes, mostrando patrones epidemiológicos similares como debut de IMA en hombres a más temprana edad, con cifras de mortalidad en el espectro de variabilidad de otros registros, llamando la atención la alta mortalidad de aquellos pacientes que van a CRC. También es importante resaltar que la mortalidad en Lima como en provincias del Perú tienen cifras similares, así como semejantes porcentajes de empleo de tratamientos de intervención pudiendo el paciente acceder a fibrinólisis o angioplastia según sea el centro al que llegue para su atención y según el lugar del Perú en que se encuentre (7).

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana es parte integrante de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, como único Hospital de referencia nivel II-2, con una población estimada por edades asignada de 317, 575 habitantes, población que se distribuye en los 8 distritos circundantes, y que representa el 39,03% de la población de Piura.

El Departamento de Emergencia es encargado de atender al paciente en estado agudo y crítico, brindándole atención oportuna e integral; de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud a

todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo y severamente alterada.

Las estadísticas de la Institución, revelan que durante el año 2015 se realizaron 23,955 atenciones en emergencia, correspondiendo el 3.15 % a infarto al miocardio (8).

Dentro de este contexto, enfermería es un recurso fundamental y el eje insustituible alrededor del cual gira la totalidad de la atención en salud, debido a que es el personal que permanece más tiempo y establece mayor contacto con el paciente durante la realización de procedimientos que se ven reflejados en la evaluación de resultados como parte de la atención integral.

## 1.2 Objetivo

Describir los Cuidados de Enfermería en infarto agudo al miocardio en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo II-2 – Sullana, durante el periodo 2014 - 2016.

## 1.3 Justificación

El infarto al miocardio constituye la manifestación más significativa de la cardiopatía isquémica, siendo ésta a su vez la causa más frecuente de mortalidad entre las enfermedades cardiovasculares, tornándose el accionar de enfermería en un pilar esencial.

El presente informe se torna relevante en la que medida que sirve de guía a las enfermeras en la prestación de cuidados de calidad a dichos pacientes, conllevando a una práctica mejorada en articulación con la teoría y la investigación.

En el ámbito de formación profesional de enfermería, permitirá que la Instituciones Universitarias cuenten con información que conlleve a

formar profesionales que tengan en cuenta no sólo los aspectos que ella crea importante, sino lo que el paciente considera más significativo para su cuidado; asimismo, considerar en su plan curricular ejes transversales relacionados con la calidad del cuidado de enfermería.

Su aporte social radica, en contribuir de una forma temprana y adecuada a disminuir la morbimortalidad e incrementar el promedio y calidad de vida de los adultos y, su aporte económico, se enmarca en la reducción de costos institucionales por insumos y estancia hospitalaria a través de la aplicación de protocolos.



## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional se encontraron escasos trabajos de investigación cercana o en relación al objeto de estudio, por lo que tomo como referencial los siguientes estudios:

Baez F. et al (9-14), el año 2009 realizan una investigación titulada : El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, en Puebla. México, cuyo objetivo fue comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional. Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo. El método empleado fue un muestreo teórico. Los participantes del estudio fueron profesionales de enfermería, un hombre y seis mujeres, con un promedio de edad de 30 años. Los datos se recolectaron a través de diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad; se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y axial que sirvieron para el análisis de los datos, mediante el marco interpretativo de las representaciones sociales de Moscovici, que contempla cuatro dimensiones: información, imagen, actitud y opinión. Resultados: se encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes. Conclusiones: el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.

Huarcaya R (10), el año 2015 desarrolla el trabajo de investigación denominado : Percepción de la calidad de atención en los usuarios del servicio de emergencias del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas.

El objetivo fue: Determinar la percepción de la calidad de atención recibida por los usuarios del servicio de emergencias del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas. En la parte metodológica de la investigación; éste es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo-transversal; se tuvo como población muestral 269 usuarios que se atendieron en dicho servicio de emergencias del HISM. Se manejó la técnica de la encuesta y su xv instrumento es el cuestionario y como método de análisis de datos se utilizó en paquete estadístico SPSS versión 22. Los resultados fueron: se determina que el 50,19% de los usuarios del servicio de emergencias del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas-2015, tienen una percepción general de la calidad de atención como Regular, un 37,55% perciben la calidad de atención como Mala y solo un 12,27% tienen una percepción de la calidad de atención recibida como Buena. Esto significa que la calidad de atención recibida por los usuarios es poco satisfactorio y existe la necesidad de que el servicio sea mejorado.

Rivadeneira E, salazar A (11), el año 2015 realizaron un trabajo de investigación denominado : Comunicación terapéutica de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco del Hospital Almanzor Aguinaga. Chiclayo, con el objetivo de conocer, describir y analizar la comunicación terapéutica de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco. Fue de tipo tipo cualitativo, con abordaje de estudio de caso, sustentado por Polit.. El escenario fue el Servicio de Cardiología del Hospital Almanzor Aguinaga – Chiclayo. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad que se aplicó a las enfermeras de la Unidad de Hemodinamia y enfermeras del servicio de Cardiología para realizar la triangulación de los datos obtenidos con el fin de lograr resultados fiables, como resultado se han obtenido 3 categorías siendo las siguientes: La comunicación terapéutica como elemento sustancial en el cuidado de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco, la comunicación terapéutica como

estrategia efectiva en el cuidado humanizado a pacientes sometidos a cateterismo cardiaco y la comunicación terapéutica limitada por diversos factores que influyen en el cuidado a paciente sometidos a cateterismo cardiaco. Los resultados demostraron que los elementos primordiales para una comunicación terapéutica son: toque humano, empatía y respeto a la escucha activa, los cuales se debe dar entre enfermera – paciente. Las enfermeras de hemodinamia reconocen saber sobre comunicación terapéutica, sin embargo no es ejecutado por diversas limitaciones.

Lupaca, P (12), en el año 2013 realizó un trabajo de investigación denominado : Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima , con el objetivo de determinar la percepción del usuario sobre la calidad de atención del cuidado de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - . El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 54 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificado aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (54), 56% (30) medianamente favorable, 24%(13) favorable y 20%(11) desfavorable. En el componente interpersonal del 100%(54), 67%(36) medianamente favorable, 18% (10) favorable, 15%(8) desfavorable. En el componente entorno del 100%(54), 56%(30) medianamente favorable, 22%(12) favorable y 22%(12) desfavorable. Conclusiones. El mayor porcentaje de los usuarios tiene una percepción medianamente favorable, referido en el componente interpersonal porque el enfermero toma en cuenta sus opiniones y observaciones, saluda al ingresar al ambiente, es amable en la atención; brinda información al usuario y a los familiares antes de realizar un procedimiento, los usuarios confían en la atención, acude en forma inmediata ante un llamado; mientras que en el componente entorno, los usuarios observan que el

servicio de emergencia es adecuado para mantener su privacidad, es decir es adecuado para su atención, se sienten satisfechos con la atención recibida; los ambientes se encuentran limpios y ordenados y los enfermeros se preocupan por mantener una buena iluminación, comodidad y descanso al usuario.

Monchon P, Montoya Y, (13) en el año 2013, realizaron un trabajo de investigación denominado Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-EsSalud .Chiclayo, de tipo cuantitativo, descriptivo; tuvo como objetivo: Determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario. La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de Cronbach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó que el nivel de calidad del Cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

Risco C et al (14), el año 2011, realizaron una investigación titulada: Opinión de usuarios sobre calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, con el objetivo de determinar los factores sobre calidad de atención desde la percepción del usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-La Libertad. Metodología: cuantitativa, descriptiva y transversal . La población estuvo conformada por todos los pacientes que se atendieron en las áreas de Medicina y Cirugía en el Servicio de Emergencia; para ello se trabajó con una muestra probabilística de 267

pacientes. Como resultado, los factores más relevantes en orden de importancia fueron: atención médica, identidad y equipamiento, condiciones de limpieza, comodidad y capacidad de las enfermeras, atención por el personal no médico, tiempo de atención y facilidades, facilidad de trámite y orientación al paciente del personal de emergencia. Los aspectos relacionados con la atención médica y condiciones de limpieza, comodidad y capacidad de las enfermeras fueron los que ejercían una mayor influencia en calidad global de atención en los servicios de salud.

## 2.2 Marco Conceptual

La enfermedad coronaria aguda es la principal causa de muerte en los países occidentales. Dentro del concepto global de síndrome coronario agudo se diferencian tres entidades clínicas : muerte súbita, angina estable-inestable-e **infarto agudo al miocardio**. El infarto agudo de miocardio se produce como resultado de la trombosis de una arteria coronaria que da lugar a un severo episodio de hipoperfusión distal al lugar de oclusión y, como consecuencia, a la necrosis isquémica de una área de musculo cardíaco.

Los factores de riesgo cardiovascular es la arterioesclerosis y, los factores de riesgo para presentarla son:

Sexo masculino, historia familiar de cardiopatía isquémica prematura, hiperlipidemia, consumo de tabaco (más de 10 cigarrillos/día), HTA, bajo colesterol HDL, diabetes mellitus, obesidad.

Los signos y síntomas: dolor o presión precordial, inicia en reposo, irradiándose hacia los brazos, acompañado de sintomatología neurovegetativa; sudoración, náuseas, vómitos y ansiedad. Otras formas de presentación raras incluyen perdida súbita de la conciencia, un

síndrome confusional agudo, debilidad, arritmias o una disminución de presión arterial.

Los cambios electrocardiográficos en el IAM tienen una amplia variedad dependiendo de la localización y extensión de la isquemia. El primer cambio que produce es la alteración en la morfología de la onda T : si la oclusión es total la onda T se hace alta y picuda y si es subtotal se hace plana e invertida. Si la oclusión coronaria se mantiene, aparecen signos de daño tisular en forma de elevación del segmento ST en las derivaciones vecinas al infarto y depresión en las derivaciones opuestas. La aparición de las onda Q patológicas, definidas como mayores de 20 ms de duración y 0,2 mV de voltaje o mayores de 25% de la R siguiente, indica la existencia de un infarto transmural o infarto en onda Q; cuando el infarto se asocia con ondas Q se denomina infarto no transmural o no Q.

Dentro de los cambios enzimáticos, las enzimas liberadas a la sangre por las células necróticas puede ayudar al diagnóstico de IAM . la enzima más útil para el diagnóstico es la creatinquinasa (CK) , aumenta a las 4-6 horas de iniciarse el infarto, alcanzando su pico máximo a las 24 horas. Disminuye a partir del 3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> día. Tiene 3 isoenzimas, cada una constituida por 2 subunidades: BB específica del cerebro; MM, del musculo esquelético y MB del miocardio. Se considera IAM cuando la fracción MB es mayor del 7% del total de la CPK determinada.

Existen otras pruebas complementarias: ecocardiografía, tecnecio-pirofosfato, Talio 201, ventriculografía isotópica, emisores de positrones (15).

El manejo en Urgencias se basa en la atención clínica inmediata y monitorización, así como el acceso al desfibrilador. El trazado ECG determina, habitualmente en este entorno, la aplicación de un protocolo

determinado. Si existe elevación del segmento ST debe organizarse el tratamiento de repercusión en el menor tiempo posible. Si no existe elevación del ST, debe valorarse primero la probabilidad de isquemia coronaria y seguidamente la estratificación de riesgo, que son esenciales para un adecuado manejo.

El manejo debe incluir en primer lugar un diagnóstico presuntivo de la patología a determinar, este diagnóstico se suele basar en una historia de dolor torácico de 20 minutos o más de duración, que no responde a la nitroglicerina, algunas claves importantes son una historia de cardiopatía isquémica y la irradiación del dolor hacia el cuello, la mandíbula o el brazo izquierdo, el dolor puede no ser agudo, algunos pacientes presentan síntomas menos típicos, como náuseas, vómito, disnea, fatiga, palpitaciones o síncope, con relación a nuestro paciente presenta una sintomatología típica con dolor torácico tipo ágor de más de tres horas de duración de gran intensidad con irradiación hacia extremidades de predominio a brazo izquierdo, con parámetros hemodinámicos aumentados : tensión arterial elevada, frecuencia cardíaca aumentada , a la auscultación ruidos cardíacos arrítmicos.

Dentro de las recomendaciones guías de práctica clínica, se debe realizar un ECG de doce derivaciones e interpretarlo lo antes posible en el lugar del primer contacto médico, con un objetivo de retraso de menor o igual a 10 minutos "Clase de recomendación I, nivel de evidencia B", de igual forma se recomienda tomar muestras de sangre de forma rutinaria para determinación de marcadores séricos en la fase aguda, pero no hay que esperar a los resultados para iniciar el tratamiento de re perfusión "Clase de recomendación I, nivel de evidencia C". La ecocardiografía debe ayudar al diagnóstico en los casos dudosos, pero no debe retrasar el traslado a angiografía "Clase de recomendación IIb, nivel de evidencia C"

Con el Cuadro clínico descrito más los factores de riesgo presente en el paciente, el riesgo de desarrollar una Cardiopatía Isquémica es elevado, si hay dudas sobre la posibilidad de que haya un infarto de miocardio en evolución, la prueba de imagen de urgencias permite la indicación de una terapia de reperfusión a tiempo en estos pacientes.

En hospitales o en centros en las que la angiografía coronaria no se encuentre disponible de forma inmediata ( Hospital Provincial Docente Ambato), y siempre que no suponga un retraso en el traslado, la confirmación rápida de las anomalías segmentarias en la motilidad de la pared mediante ecocardiografía de 2 dimensiones puede ayudar a tomar la decisión de traslado de urgencia a un centro con capacidad para realizar angioplastia, ya que las anomalías regionales de la motilidad de la pared se producen en los primeros minutos , después de la oclusión coronaria, bastante antes de la necrosis, además que es útil en el diagnóstico de otras causas de dolor torácico, como el derrame pericárdico, la embolia pulmonar masiva o la disección de la aorta descendente, en la que de forma emergente se realizó ecocardiograma evidenciándose anomalía segmentaria en la motilidad de la pared, siendo un candidato propicio para la realización de una angioplastia primaria.

El alivio del dolor es de extrema importancia, ya que el dolor se asocia a una activación simpática que causa vasoconstricción y aumenta el trabajo cardiaco, los analgésicos más utilizados en este contexto son los opiáceos intravenosos "Clase de recomendación I, nivel de evidencia C", pudiendo ser necesarias dosis repetidas, Jero en J., (2013); en el paciente en sala de urgencia los medicamentos utilizados para alivio del dolor fueron Morfina y Tramal previa toma de signos vitales para evitar efectos secundarios como la hipotensión o bradicardia que pudieran complicar el cuadro clínico.



La administración de O<sub>2</sub> mediante mascarilla o cánulas nasales está indicada en pacientes con hipoxia o con saturaciones menores al 95% o con insuficiencia cardiaca aguda “Clase de recomendación I, nivel de evidencia C”.

Los pacientes con signos clínicos de IAM, se recomienda la administración precoz de tratamiento anti plaquetario, se recomienda aspirina por vía oral o inv. “Clase de recomendación I, nivel de evidencia B”, se recomienda una dosis de 150 a 300 mg , incluido en comprimidos masticables, para asegurar una inhibición completa de la agregación plaquetaria dependiente de tromboxano A<sub>2</sub> además se recomienda un inhibidor del receptor de ADP además de la aspirina como el Prasugrel, Ticagrelor o Clopidogrel “Clase de recomendación I, nivel de evidencia A”.

En pacientes con una presentación clínica de IAMCEST, se debe iniciar la dentro de las primeras doce horas desde el inicio de los síntomas, y con elevación persistente del segmento ST, se debe realizar una reperfusión mecánica precoz o farmacológica lo antes posible “Clase de recomendación I, nivel de evidencia. La terapia de reperfusión (preferible angioplastia primaria) está indicada cuando hay evidencia de isquemia en curso, incluso cuando los síntomas se hayan iniciado 12 horas después o antes, o cuando el dolor y los cambios de ECG hayan sido intermitentes, un estudio pequeño aleatorizado ha demostrado que se produce rescate miocárdico y mejoría de la supervivencia a los 4 años después de la angioplastia primaria “Clase de recomendación I, nivel de evidencia C”; se puede considerar el tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en pacientes estables que se presentan 12-24 horas después del inicio de los síntomas, ya que en estudios clínicos ha demostrado que la recanalización tardía de una arteria coronaria es beneficiosa y consistente “Clase de recomendación IIb, nivel de evidencia B” (16).

La enfermera Vera Regina Waldow (17) expresa su concepción del cuidado como "una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida"

Enfermeras como, Watson, Leininger en EE.UU., y Vera Regina Waldow (18) en Brasil, señalan el **cuidado** del ser humano en su complejidad, como objeto epistemológico de la enfermería, comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo/mente, normal/patológico; un cuidado integrador, humanizado, favorecedor de una vida mejor y más saludable<sup>3,48,49</sup>. Para Waldow, es la más bella de las artes, pues no hay nada más bello, que ser capaz de facilitar la vida humana.

Entonces, si brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud, podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como "conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad" (19).

La base teórica está sustentada en la teórica Margaret Jean Watson con su teoría del "Cuidado Humano". Watson (20) acota sobre el cuidado holístico; ya que este cuidado promueve el humanismo, que implica proteger, promover y preservar la humanidad, ayudando a las personas a encontrar significado a la enfermedad, el sufrimiento y el dolor, así como a

su existencia, donde se requiere fundamentalmente el amor, sin el cual la supervivencia de los seres, dada por los cuidados no podría ser una realidad.

El cuidado es un fenómeno social universal, por ello es inherente a todas las personas cualquiera sea su ciclo vital, solo cuando la persona no está en capacidad de auto cuidarse, este, lo debe realizar otra persona (...) Cuidar implica conocer a cada persona, interesarse por él. Lo cual involucra, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil por cierto porque la tendencia siempre conduce al individualismo.

Interesarse supone ingresar dentro del ser, dentro de la persona, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

El interés, Watson lo delinea en las ciencias del cuidado, señalando siete supuestos básicos para la ciencia del cuidado en la enfermería: 1) El cuidado se puede demostrar y practicar con efectividad de forma Interpersonal; 2) El cuidado consiste en factores caritativos que resultan en la satisfacción de las necesidades humanas, 3) El cuidado promueve la salud y el crecimiento individual o familiar; 4) Las respuestas del cuidado aceptan a la persona no solamente como son, sino como lo que pueden llegar a ser, 5) Un medio ambiente de cuidado es el que ofrece el desarrollo del potencial mientras permite a la persona seleccionar la mejor acción para sí misma, en un momento dado; 6) El cuidado es saludgénico. La práctica del cuidado integra el saber biofísico, con el de la conducta humana para generar o promover salud y proveer servicios a los enfermos y 7) La práctica del cuidado es central para la enfermería.

Estos supuestos exigen entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que

lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, se irá descubriendo, poco a poco al ser cuidado, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo. "Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería," por todas estas razones este trabajo de investigación es relevante para la profesión ya que el valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

Parafraseando a Watson se puede afirmar que el cuidado es el recinto o conciencia que guía el trabajo y la razón de ser, a través de la conciencia del cuidar- sanar existe de un lado y del otro, trasciende al tiempo y al espacio, y puede ser dominante sobre la enfermedad física. Dentro del contexto holográfico para el cuidado y curación transpersonal, está reconocido que el proceso es relacional y conectado; que trasciende al yo, al tiempo, al espacio y al dominio físico; y es intersubjetivo con posibilidades trascendentes, que van más allá de la ocasión dada del cuidado.

El paradigma del cuidado está basado en la transformación del yo. Después de esta transformación del yo, la enfermera puede estar más consciente del cuidado, además puede percibir con mayor sensibilidad cualquier descuido para tratar de minimizarlo. La autora sostiene que el contexto del cuidado holístico es humanitario y metafísico que llama por un retorno a la reverencia y un sentido de sacralidad con observación hacia la vida y las experiencias humanas, especialmente, aquellas relativas al cuidado y al trabajo con otros, durante sus momentos más vulnerables por el viaje de la vida.

Las enfermeras, tenemos responsabilidad de luchar diariamente para enaltecer el ser humano en todas sus dimensiones, sin olvidar que

nuestro camino hacia la excelencia depende del significado que tenga este ser para nosotros y de nuestra persistencia en alcanzarla.

En el servicio de Emergencia, para las profesionales de enfermería, cuidar a un paciente infartado, se constituye en un reto y compromiso. Contar con conocimientos y preparación tecnológica suficiente, orienta los esfuerzos a brindar un cuidado holístico basado en la humanización.

### 2.3 Definición de términos

- **Infarto agudo al miocardio**  
Necrosis del tejido cardiaco debido a isquemia prolongada
  
- **Paciente con infarto al miocardio**  
Es aquel que ha presentado una obstrucción del flujo sanguíneo, con la consiguiente lesión, injuria o necrosis del tejido miocárdico.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos del libro de estadística del Servicio de Emergencia y de la Unidad de Estadística, correspondientes al período 2014 - 2016 con la autorización de la Dirección Ejecutiva, Unidad de Capacitación y Jefatura del servicio respectivo.

#### **3.2 Experiencia profesional**

Inicié mi desempeño profesional el 22 de Mayo de 1996 en el servicio de Cirugía, luego de 6 meses fui rotada al servicio de emergencia, actualmente tengo 22 años de ejercicio profesional aplicando mi conocimientos en el cuidado de los pacientes críticos.

El escenario de estudio lo conformó el Servicio de Emergencia del Hospital Regional II-2 Sullana, ubicado en la ciudad de Sullana, es una institución de salud que pertenece al II nivel de atención. Cuenta con 130 profesionales de enfermería.

Específicamente el servicio de emergencia está distribuido en área de tóxico cirugía, área de observación 1 con capacidad de 08 camas, área de observación 2 con capacidad de 04 camas, área de emergencia pediátrica con 03 camas y dos cunas, área de "pasillo" con 15 camillas, área de UCI adultos con 07 camas.

Asimismo el servicio está bajo la responsabilidad de 01 jefa, 25 licenciadas y 15 técnicos de enfermería que laboran 150 horas mensuales en turnos rotativos durante mañana, tarde y noche.

El personal es calificado y preocupado por su formación personal y profesional, evidenciándose que un 50 % de las licenciadas poseen estudios de segunda especialidad, lo que garantiza un cuidado de calidad.

Por ser un Hospital referencial, existe gran demanda de atención, por ende, la labor que se realiza también es mayor.

Específicamente, las funciones generales que se cumplen son :

- Monitoreo de signos vitales y electrocardiográfico permanente
- Brindar comodidad y reposo
- Administración de oxígeno
- Establecer una vía EV periférica
- Administración de fármacos de acuerdo a protocolo

Los equipos y materiales necesarios para la atención del paciente con IAM están preparados para su uso y debidamente controlados en el área de emergencia.

Equipos: monitor cardiaco, desfibrilador, Electrocardiógrafo, bomba de infusión.

Medicamentos: vasodilatadores, betabloqueadores, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, analgésicos, estatinas, protegidos de la luz.

### 3.3 Proceso realizado en el paciente con Infarto al Miocardio

Aplicando la teoría de Jean Watson se humanizó el cuidado de los pacientes con infarto agudo al miocardio desde un enfoque filosófico, existencial y fenomenológico, estableciendo relación de ayuda.

En el Servicio de Emergencia, cuidar del paciente con infarto al miocardio significó aplicar el proceso de cuidado de enfermería:

- Realicé la valoración del paciente con enfoque de Margory Gordon, desde la perspectiva de patrones funcionales.
- Elaboré los diagnósticos de enfermería
- Realicé intervenciones de enfermería :
  - Valoración del dolor
  - Valoración de otros signos y síntomas: ansiedad, disnea diaforesis leve, náuseas, piel pálida.
  - Control de funciones vitales
  - Administración de oxígeno
  - Proporcionar reposo absoluto
  - Canalización de vía EV
  - Administración de analgésico: morfina
  - Toma de EKG
  - Toma de AGA
  - Toma de muestra de sangre para análisis :Hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, PCR, troponinas, y enzimas cardiacas
  - Administración de betabloqueadores (bisoprolol) vasodilatadores (isorbide) antiagregantes plaquetarios (ASA, Clopidogrel), anticoagulante (enoxaparina), estatinas (atorvastatina), antiulceroso (omeprazol),
  - Control de ingresos y egresos
  - Monitoreo hemodinámico cada 1 hora
  - Tramite de interconsulta a medico intensivista
- Capacitación al personal de enfermería en la atención del paciente con infarto al miocardio en soporte vital básico y avanzado



#### IV. RESULTADOS

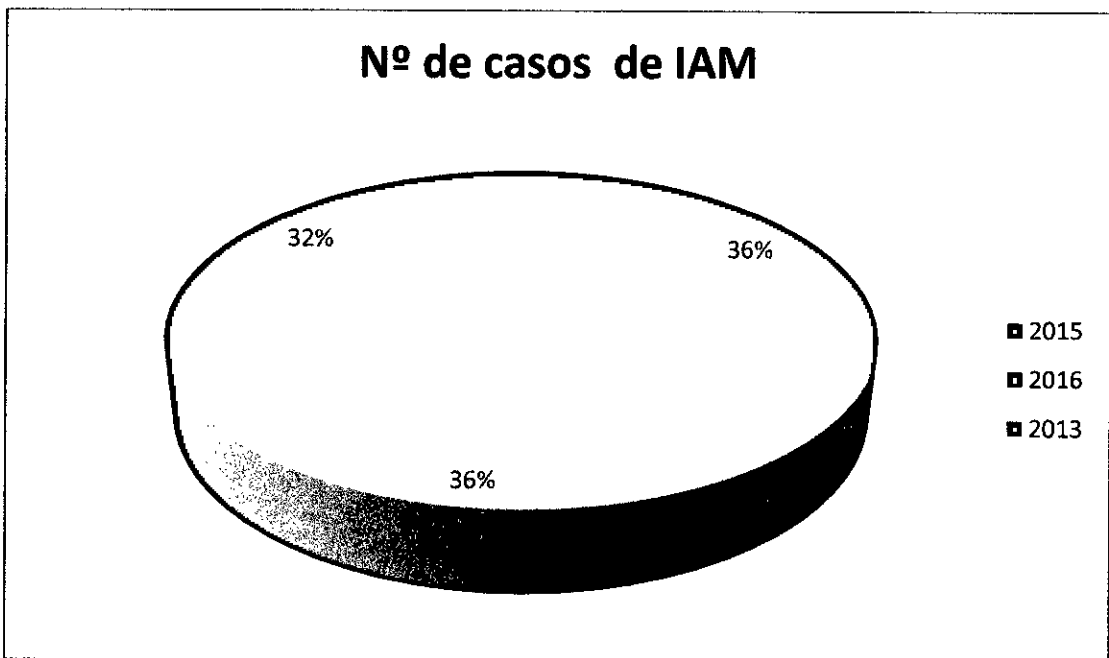
TABLA 4.1

Nº DE CASOS DE IAM. SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HAS II-2.  
PERIODO 2014-2016

AÑO	Nº	%
2013	32	32,0
2015	36	36,0
2016	32	32,0
TOTAL	100	100%

Fuente : Unidad de Estadística y libro estadístico del Servicio de Emergencia . Has II-2

GRAFICO 4.1



Del total de casos de IAM, el mayor porcentaje corresponde al año 2015 con 36 % de casos.

TABLA 4.2

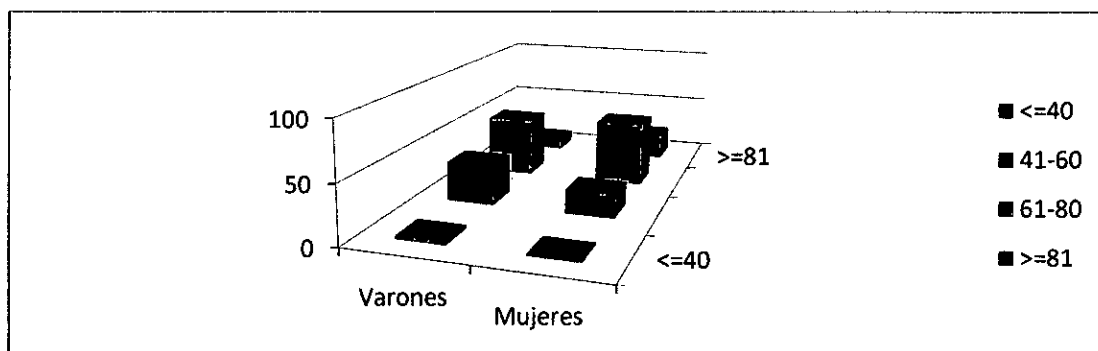
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE PACIENTES CON IAM POR EDAD Y SEXO. SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HAS II-2. PERIODO 2014-2016

Edad	Varones	Mujeres	Total (%)
<=40	2,90	1,4	2.5
41-60	34,9	20,3	30,9
61-80	51,9	56,2	53,1
>=81	10,3	22,1	13,6
Total	100	100	100

Fuente : Unidad de Estadística y libro estadístico del Servicio de Emergencia . Has II-2

GRAFICO 4.2

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE PACIENTES CON IAM POR EDAD Y SEXO. SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HAS II-2. PERIODO 2014-2016



La prevalencia de IAM, según edad corresponde al grupo de mujeres entre 61-80 años con un 56.2 %, y en menor porcentaje al grupo menor de 40 años, también mujeres con un 1,4 %.

TABLA 4.3

FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON IAM  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HAS II-2.  
PERIODO 2014-2016

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaquismo	SI	16	1,6
	NO	84	8,4
Ejercicio físico	SI	35	3,5
	NO	65	6,5
Consumo de alcohol	SI	15	1,5
	NO	85	8,5
Antecedente de HTA	SI	75	7,5
	NO	25	2,5
Antecedente de Diabetes	SI	22	2,2
	NO	78	7,8

**Fuente :** Unidad de Estadística y libro estadístico del Servicio de Emergencia . Has II-2

La Hipertensión arterial se constituye en el primer factor de riesgo para infarto agudo al miocardio con 7.5% y el tabaquismo en el último factor de riesgo con 1.6 %.

## V. CONCLUSIONES

- a. El cuidado a las pacientes con infarto agudo al miocardio se fundamentó en la teoría de Jean Watson, bajo un método humanizado, en una relación de ayuda dentro del paradigma transformador.
- b. La capacitación del personal de emergencia permitió desarrollar habilidades y destrezas en la mejora de la calidad de cuidado.
- c. La experiencia profesional, configuró mi perfil como enfermera emergencista obteniendo un crecimiento profesional basado en valores y principios éticos.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Que las profesionales de enfermería apliquen el cuidado a los pacientes con infarto agudo al miocardio bajo el enfoque humanizado de Jean Watson, contribuyendo a la construcción del significado de enfermería.
  
- b. Que el Servicio de Emergencia implemente programas de capacitación continua en temas relevantes al cuidado del paciente con infarto agudo al miocardio.
  
- c. Que las profesionales de enfermería, continúen en una mejora continua, con lo cual garantizarán un cuidado de alta calidad en los pacientes infartados.

## VII. REFERENCIALES

1. BERNARD R. Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization task force on standardization of clinical nomenclature. *Circulación*. 1979; 59(3):607-9.
2. SERRA CMJ. Tratamiento del infarto agudo del miocardio en la unidad coronaria. En: *Infarto agudo de miocardio: opciones diagnósticas y terapéuticas actuales*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 1995. p.207.
3. ROCA GODERICH R, SMITH SMITH V, PAZ PRESILLA E, LOSADA GÓMEZ J, SERRET RODRÍGUEZ B, LLAMOS SIERRA N, ET AL. *Temas de Medicina Interna*. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002, 392-401.
4. SERRA CMJ. Y la historia Comienza. Factores de riesgo coronario. En: *Infarto agudo de miocardio: opciones diagnósticas y terapéuticas actuales*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 1995. p.1-11.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prioridades estratégicas del programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares. Ginebra: OMS 2012. [consultado 28 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/es/)

6. ROSELLÓ ARAYA M, GUZMÁN PADILLA S. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo del miocardio en Costa Rica, 1970–2001. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2004 [citado 2017 Apr 05]; 16(5): 295-301. Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n5/23665.pdf>
7. REYES ROCHA M, HEREDIA LANDEO J, CAMPODONICO HOYOS S, DRAGO SILVA J, ALVARDO CONTRERAS O. Registro Nacional de Infarto al Miocardio Agudo. Perú. Rev Peruan Cardiología [Internet]. 2008 Mayo - Agosto [citado 2017 Apr 05]; 34(2): 85-99. Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34\\_n2/pdf/a02v34n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n2/pdf/a02v34n2.pdf)
8. HOSPITAL DE APOYO II-2. Anuario Estadístico. Sullana. 2015.
9. BÁEZ-HERNÁNDEZ F, NAVA-NAVARRO V, RAMOS-CEDEÑO L, MEDINA-LÓPEZ O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, en Puebla. México. 2008 Rev CHIA. Colombia [Internet]. Ag 2009 [citado 2017 Apr 05]; 09(2): 127-134. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
10. HUARCAYA REY. Percepción de la calidad de atención en los usuarios del servicio de emergencia del Hospital I Santa Margarita de Andahuaylas – 2015. [Tesis para obtener título de Licenciado en Administración de Empresas ] Universidad Nacional Jose Maria Arguedas. Andahuaylas. 2015 [citado 13 de dic 2016]. Disponible en: <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/227/17-2015-EPAE-Huarcaya%20Huisa->

Persepcion%20de%20la%20calidad%20de%20atencion%20en%20los%20usuarios%20del%20servicio%20de%20emergencias.pdf?s  
equence=1&isAllowed=y

11. RIVADENEYRA ENMA, SALAZAR ANGIE. Comunicación terapéutica de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cateterismo cardiaco del Hospital Almanzor Aguinaga [Tesis para obtener título de Licenciado en Enfermería ] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. 2016 [citado 13 de dic 2016]. Disponible en:

[http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/471/1/TL\\_RivadeneiraPazEnma\\_SalazarSerquenAngie.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/471/1/TL_RivadeneiraPazEnma_SalazarSerquenAngie.pdf)

12. LUPACA PEDRO. Percepción del usuario sobre la calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima. [Tesis para obtener título de Licenciado en enfermería ] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2013 [citado 14 de dic 2016]. Disponible en: [ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Lupaca\\_Layme\\_Pedro\\_Sebastian\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.../Lupaca_Layme_Pedro_Sebastian_2014.pdf)

13. MONCHON PAOLA, MONTOYA YASMIN. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-EsSalud. Chiclayo. [Tesis para obtener título de Licenciado en Enfermería ] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. 2014 [citado 13 de dic 2016]. Disponible en:

[http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/441/1/TL\\_MonchonPalaciosPaola\\_MontoyaGarciaYasmin.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/441/1/TL_MonchonPalaciosPaola_MontoyaGarciaYasmin.pdf)



14. RISCO DÁVILA C, REYNA SEGURA R, RIVERA LEON L, NECIOSUP OBANDO A. Opinión de usuarios sobre calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo. Departamento de estadística de Universidad Nacional de Trujillo.[Internet]. 2011 Noviembre [citado 2017 Apr 10]; 1. 44- 52 .  
Disponible en file:///C:/Users/np270/Downloads/1025-2730-1-PB.pdf
15. ARIAS S, FRUTOS F. Infarto Agudo al Miocardio [Internet] 1º edic. Barcelona. 2000. [citado 2017 Apr 10]; Disponible en :  
[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=dplsfX430lsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=cuidados+de+enfermeria+infarto+al+miocardio&ots=Bp1ogLdl\\_F&sig=72bmDhEGLsSogLcQhZjLwCFLkaA#v=onepage&q=cuidados%20de%20enfermeria%20infarto%20al%20miocardio&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=dplsfX430lsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=cuidados+de+enfermeria+infarto+al+miocardio&ots=Bp1ogLdl_F&sig=72bmDhEGLsSogLcQhZjLwCFLkaA#v=onepage&q=cuidados%20de%20enfermeria%20infarto%20al%20miocardio&f=false).
16. JEROEN J., HELMUT B., CLAUDIO C., CHRISTI D., (2013, 10 Octubre) Guía de Práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Española de Cardiología, 66 (1), e1-e38.
17. WALDOW VERA REGINA. Nuevas ideas sobre el cuidado. Rev. CHIA. Colombia [Internet]. Ap. 2008 [citado 2017 Apr 16]; 08 (1) : 85-96. Disponible en:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>
18. WALDOW VERA REGINA, Borges RF. El proceso de cuidar según la perspectiva. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 julho-

agosto; [citado 2017 Feb 16]; 16(4) Disponible en:  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

19. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÙ. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima: 2009

20. WATSON J. Naturaleza del cuidado humano y valores del cuidado en enfermería. New York, National League for nursing. 1988:27-35

# ANEXOS

## CUIDADO DE ENFERMERIA

