

Cuidado de enfermería en Infarto Agudo de Miocardio en pacientes de una Institución

Privada Pereira Risaralda 2020

AUTORES

Ledy Yesenia Arboleda Correa

Kevin Duque Mejía

Fundación Universitaria del Área Andina

Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte

Programa de enfermería

Pereira 2020

Cuidado de enfermería en Infarto Agudo de Miocardio en pacientes de una Institución

Privada Pereira Risaralda 2020

AUTORES

Ledy Yesenia Arboleda Correa

Kevin Duque Mejía

ASESORA

Bárbara Mora Espinoza

Trabajo de grado para optar al título de Enfermero/a

Fundación universitaria del área andina

Facultad de ciencias de la salud

Programa de enfermería

Pereira 202

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1	56
1.1	¡Error! Marcador no definido.6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2	¡Error! Marcador no definido.8
1.2.1	OBJETIVO GENERAL 8
1.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8
1.3	¡Error! Marcador no definido.9
1.4	¡Error! Marcador no definido.10
2. MARCO REFERENCIAL	11
2.1	MARCO HISTÓRICO 14
2.2	MARCO DE ANTECEDENTES 15
2.3	MARCO TEÓRICO 17
2.4	MARCO CONCEPTUAL 21
2.5	MARCO ÉTICO 22
2.6	MARCO LEGAL 18
2.7	MARCO DISCIPLINAR
2.7.1	Callista Roy 26
2.8	MARCO CONTEXTUAL 28
	3

2.9 MARCO DEMOGRÁFICO	29
2.10 MARCO GEOGRÁFICO	30
3. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de estudio:	32
3.2 Población y muestra	32
3.3 Instrumento	32
3.4 Técnicas de recolección de información	32
4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	33
4.1 Características sociodemográficas	33
4.2 Estado evolutivo de IAM	35
4.3 Cuidados de enfermería en IAM	38
5. ¡Error! Marcador no definido.41	
6. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
ANEXOS	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares tienen un alto índice de morbimortalidad asociado a la primera causa de muerte a nivel mundial. En Colombia, las enfermedades cardiovasculares han ocupado la tendencia en los primeros puestos de causa de muerte, con predominio en el género masculino mayores de 65 años quienes tienen el antecedente previo de infarto agudo de miocardio que desarrolló complicaciones durante su estancia en una unidad de cuidados intensivos (Al et al., 2011).

Las complicaciones derivadas de la afectación que genera el infarto agudo de miocardio es un tema de gran relevancia enfocado a su alta tasa de incidencia y la gran importancia que ha tomado a través del curso de los años en donde alteran el estado de salud de las personas e indirectamente afectan las condiciones de vida del paciente; adicionalmente se ha evidenciado su gran predominio en el género masculino que induce a conocer nuevas condiciones. En la actualidad se ha evidenciado que las complicaciones derivadas de pacientes que previamente tienen un diagnóstico de infarto agudo de miocardio en la población Colombiana se fundamentan en etiología mecánica, eléctrica, inflamatoria, isquémicas y embolicas que pueden resultar letales (Al et al., 2011).

Por tanto es importante resaltar la importancia de la fundamentación en el tema con el fin de que el enfermero logre identificar factores de riesgo prevenibles, los cuales se pueden manejar tempranamente y de la misma evitar complicaciones que pueden ser letales para pacientes en tratamiento de infarto agudo de miocardio.

Dentro de nuestra investigación se extrae información importante de fuentes como artículos científicos, visitas a la unidad, noticias e investigaciones previas que aporta información acerca de las complicaciones que afectan a los pacientes que tienen estancia hospitalaria en una IPS privada.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades cardiovasculares como un acumulado de trastornos a nivel cardiaco en referencia a su funcionalidad y su circulación, del mismo modo plantea los siguientes datos y cifras: Las enfermedades cardiovasculares se cataloga como la principal causa de muerte; del mismo modo, se calcula que en 2012 fallecieron 17,5 millones de personas asociado a enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el orden mundial. De esas defunciones, el 7,4 millones fueron a causa de cardiopatías coronarias, y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor medida a los países en proceso de desarrollo y le asocian alrededor del 80%, del mismo modo afecta tanto a hombres como mujeres. De aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. (“OMS | ¿Qué Son Las Enfermedades Cardiovasculares?,” 2015)

Para la Organización panamericana de la salud (OPS) las enfermedades cardiovasculares se les atribuyen el mayor índice de muertes y de discapacidad, le atribuyen el 30% de muertes. Datos estadísticos concluyen que en el 2010 fallecieron 18,1 millones de personas, indicando que el 80% de personas era de la localidad de países en vía de desarrollo. (Negroni, 2011). La AHA (2010) fundamenta las enfermedades cardiovasculares cuyo curso de la patología en lento y no necesariamente mortal bajo la condición de ser atendida dentro de máximo 6 horas después del inicio de los síntomas. Por otro lado concluye que la falta de asistencia oportuna puede conducir a la muerte en segundo; del mismo modo resalta la

importancia del profesional de enfermería en brindar cuidados cuyo objetivo sea preservar la vida. (American Heart Association, 2016).

La multiculturalidad, las numerosas directrices sociales y la demanda de la atención en servicios de salud direccionan una investigación acerca del cuidado para finalmente formar un profesional de enfermería que brinde una atención integral desde la fase pre hospitalario hasta elaborar un buen plan de alta en casa; por tanto el infarto agudo de miocardio es un problema de salud de relevancia mundial, afecta a todos los países del planeta. Desde hace varios años, se considera como la principal causa de morbimortalidad tanto en hombres como en mujeres. En el mundo cada 39 segundos muere una persona a causa de enfermedades cardiovasculares. A nivel de Latinoamérica se puede evidenciar que en México 44% representan muertes por enfermedad isquémica cardiovascular, Perú reporta el 23.8% de mortalidad por infarto agudo de miocardio en el género masculino, en Ecuador ocupa el primer lugar en las causas de muerte y Venezuela ocupa la segunda causa de mortalidad en general. (Paul M. Muchinsky, 2012).

En la mayoría de los problemas de América Latina están asociados a problemas de igualdad y de sistemas políticos que afectan considerablemente la salud de la población y la fragmentan por la falta de accesibilidad. En Colombia, el infarto de miocardio se concibe como la principal causa de mortalidad en personas mayores de 55 años, y está ubicada entre las 10 principales causas de muerte.

Con base en lo descrito, este estudio busca revisar cómo está el cuidado en pacientes con infarto agudo de miocardio durante su estancia hospitalaria en una IPS privada y cuya pregunta es:

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los cuidados enfermería del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en pacientes de un servicio de hospitalización Clínica Privada de Pereira?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio de pacientes de un servicio de una institución privada Pereira, Risaralda 2019.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio.
- Establecer estado evolutivo del Infarto Agudo de Miocardio en la población objeto
- Describir los cuidados de enfermería en pacientes con Infarto Agudo Miocardio.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según la Sociedad Colombiana de Cardiología, indica que las enfermedades cardiovasculares hacen parte de la causa principal en países industrializados y en vía de desarrollo. Las enfermedades cardiovasculares son consideradas como la pandemia del siglo XXI.

Por otro lado la comorbilidad de la aterosclerosis y la complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares son las responsables del 42% de muertes anuales en países desarrollados, en el mismo orden de ideas asocian una relación de 3:9; clarificando así que por cada 3 personas que mueren en países desarrollados por consiguiente mueren 9 en países en vía de desarrollo.

Justificación teórica

Hay una alta tendencia de las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial y en Colombia; es de carácter importante indagar específicamente acerca de qué características tiene la

población, cuáles son las complicaciones con mayor incidencia y de la misma manera que percepción tienen acerca de los cuidados que brinda el personal de enfermería. En el caso específico de una IPS privada caracterizar tanto los enfermeros como la población objeto mediado por el cuidado.

Justificación metodológica

La encuesta y la observación son las bases fundamentales por las cuales se logra describir las características sociodemográficas de la población objeto y como es el modelo de cuidado en la IPS privada; así mismo la percepción que tienen los pacientes acerca de su estancia hospitalaria caracterizando la relación Profesional de Enfermería - Paciente - Familia.

Justificación social

El infarto agudo de miocardio hace parte de las enfermedades que tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes de carácter negativo; por tanto no solo importan los grandes avances científicos que brindan mejor pronóstico terapéutico sino también el rol del profesional de enfermería en brindar cuidados de enfermería integrales para el paciente con IAM durante la estancia hospitalaria.

La presente investigación pretende brindar conocimiento a el personal de enfermería que hace parte de la primera línea del cuidado, consecuente a esto carreras a fines de la salud consideren el presente trabajo como guía frente a la interacción multidisciplinar.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa, señalar que la importancia de la cardiopatía de aspecto isquémico puede adoptar diferentes formas clínicas, de las cuales la angina estable/inestable y el infarto agudo de miocardio son las más frecuentes. En este sentido

constituye una aproximación acerca de los cuidados del paciente que cursó con un infarto agudo de miocardio en una unidad de cuidados intensivos enfocado a sus complicaciones.

Este estudio permite reconocer bajo qué directrices hay que enfocar los cuidados en pacientes con la patología descrita con el fin de minimizar complicaciones posteriores a su estancia hospitalaria. Por tanto este estudio puede ser un referente para la IPS para enfocar guías de cuidado de enfermería en complicaciones del paciente post infarto.

Sus limitaciones están sobre una línea de base que soporta su prevalencia en población adulta; pero en realidad no sabemos qué cantidad de muestra con criterios de inclusión podemos identificar.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

2.1.1 Realizado en el departamento de Santander Colombia, (2011) titulado **Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo de miocardio: un reto de vida**, reporto el caso de una paciente de 65 años que ingreso al servicio urgencias de una IPS Bucaramanga (Santander), se aplicaron los diagnósticos enfermería planteados en la NANDA y posteriormente se tipifico en sus dominios. El estudio de este caso concluye en el análisis caracterizando el estado de salud de la paciente basado en la evidencia en las necesidades de la persona. Al culminar el análisis se evidencia la relevancia de promover un cuidado de enfermería basado en las necesidades para planear cuidados óptimos y eficaces.

2.1.2 Realizado revisión de literatura. Estudio elaborado con relación a revisión de literatura en el año 2015 por Lorena Mesa Melgarejo, Lina Marcela Galindo, titulado: **Factores de riesgo**

en infarto agudo de miocardio: revisión de estudios observacionales. Su objetivo plantea la identificación de los factores de riesgo que se presentan con mayor impacto y que se asocian con la posterior presencia del IAM reportados en literatura reciente.

2.1.3 Realizado Bogotá, D.C. (Colombia) Estudio ejecutado en el año 2014 por: John Jaime Sprockel, Juan José Diaztagle, Viviana Carolina Filizzola, Laura Patricia Uribe, Camilo Andrés Alfonso titulado: **Descripción clínica y tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo.** Proyecta el objetivo sustentado en representar las características clínicas, algoritmos terapéuticos y finalmente conocer el proceso patológico en pacientes con diagnóstico de SCA (Síndrome Coronario Agudo) hospitalizados por el servicio de medicina interna y cardiología en el Hospital San José en 2009-2010.

2.1.4 Realizado en la ciudad de México, D.F. 2015 por David Jahel García Avendaño (Universidad Juárez Del Estado De Durango), Ma. Cristina Estrada Ochoa (Universidad Juárez Del Estado De Durango) Mónica Gallegos Alvarado (Universidad Juárez del Estado de Durango). Ana Beatriz Antuna Canales, titulada **Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos** tiene como fin la intervencion en la red de apoyo familiar para posteriormente definir la garantía del Modelo de cuidados de enfermería centrado en la familia del paciente que padece el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

2.1.5 Realizado Bogotá, D.C. (Colombia). Estudio sobre revisión de literatura en el año 2016 por Lorena Mesa Melgarejo, titulado: **Trayectorias de vida e infarto agudo de miocardio: vivencias de varones de la ciudad de Bogotá.** Proyecta su desarrollo a fin de conocer las

trayectorias que dan forma y constituyen los estilos de vida de adultos del género masculino que cursan con el proceso patológico de Infarto Agudo de Miocardio.

2.1.6 Realizado Medellín, Colombia. Estudio del año 2016 por Clara Saldarriaga, Lennis Bedoya, Laura Gómez, Laura Hurtado, Juliana Mejía, Natalia González titulado: **Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable.** Fundamenta su desarrollo en la identificación del conocimiento de los factores de riesgo en el ámbito cardiovascular y las barreras para su posterior modificación en una población de Medellín, Colombia.

2.1.7 Realizado La Habana Cuba. Estudio año 2017 por Tatiana Prieto Domínguez, Vivencio Doce Rodríguez, Miguel Ángel Serra Valdés en el Hospital General Docente Enrique Cabrera, La Habana, Cuba, titulada: **Factores predictores de mortalidad en infarto agudo de miocardio** cuyo objetivo se fundamenta en determinar factores de riesgo de afectación cardiovascular que están asociados a la mortalidad por IAM en pacientes del Hospital Carlos Juan Finlay de La Habana.

2.1.8 Realizado Bogotá, D.C. Colombia, 2017 por Paola Calvachi Prieto, Dormar David Barrios, Mariana Puccini, Henry Alberto Mojica, David Delgadillo, Mabel Gómez, Edgar Celis y Andrés Felipe Buitrago, titulado: **Frecuencia de los tipos de infarto agudo de miocardio según la tercera definición.** En el cual se revisaron los datos de los pacientes pertenecientes a RECODEC y se evaluó el tipo de IAM que presentaban.

2.1.9 Realizado La Habana Cuba Estudio del año 2017 por MSc. Maddiel Moldes Acanda, Lic. Maricela González Reguera, MSc. María del Carmen Hernández Rivero, MSc. Liana Alicia

Prado Solar, MSc. Miriam Pérez Barberá I Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba. II Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba. III Dirección Municipal de Salud de la Isla de la Juventud. Isla de la Juventud, Cuba. IV Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba. V Policlínico Comunitario Félix Rivero Vasallo. Matanzas, Cuba, titulado: **Comportamiento del infarto agudo de miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela.** Centra su objetivo en la descripción del comportamiento del Infarto Agudo de Miocardio.

2.10 Realizado Bogotá, D.C. (Colombia) Estudio año 2018 por Maikel Santos Medina, Jorge Luis Parra Siscar, Abel Roberto Rabert, Fernández, Duliesky Góngora Cortés Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas. Cuba, titulada **Factores predictivos de eventos cardiacos adversos mayores en pacientes con infarto agudo de miocardio** plante su objetivo bajo el fundamento de determinar la influencia de los factores de riesgo en la presencia de Eventos Cardiacos Adversos Mayores (ECAM) en pacientes con IAM en el servicio de cardiología de Las Tunas.

2.1 MARCO HISTÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares surgen como una rara causa de muerte a finales del siglo XIX, durante el transcurso de 15 años del siglo XX no se reconocía la importancia del infarto agudo de miocardio como síndrome clínico; fue a mediados del siglo XX cuando en los países industrializados cuando la patología alcanza cifras epidémicas elevadas llegándose a considerar como la mitad de las causas de muerte.

Las enfermedades cardiovasculares son consideradas una de las primeras causas de muerte a pesar de los maravillosos avances que ha tenido la tecnología. La OMS ha proyectado un

aumento llamativo por lo que se presume que en el 2020 esta enfermedad se convierta en la primera causa de muerte a nivel mundial. Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los problemas de salud pública más relevantes en los países industrializados ya que son la principal causa de mortalidad y son responsables de la mayoría de las muertes, mientras que en los países en vía de desarrollo esta patología es considerada como la tercera causa de muerte según el índice de mortalidad. Desde el año 1900 la enfermedad ha sido una de las principales causas de muerte de acuerdo a su alta tasa de incidencia.

Por tanto, las enfermedades cardiovasculares constituyen a través del tiempo una de las patologías que gran persistencia han tenido en la población por sus altos índices de mortalidad a pesar de los grandes avances tecnológicos en ayudas diagnósticas y terapéuticas, del mismo modo la gran importancia de reconocer desde el cuidado como podemos ayudar a reducir la alta tasa de mortalidad.

2.2 MARCO DE ANTECEDENTES

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. En el transcurso del siglo XX tienen una incidencia que oscila en el 10% de las muertes en el mundo; en el presente siglo son acreedoras las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte, investigaciones afirman de una tasa de mortalidad alrededor del 25% en países en vía de desarrollo.

La OMS, determina que en el 2020, la enfermedad isquémica del corazón será culpable de 11,1 millones de muertes; radicando así la importancia de la prevención que constituye un reto para el personal sanitario tanto del área intramural/extramural de todos los países del mundo, todo ellos a razón del aumento de los factores de riesgo cardiovasculares, que finalmente aumenta la incidencia del proceso patológico del IAM. El infarto agudo de miocardio ha superado a las enfermedades oncológicas e incluso a la violencia en países

subdesarrollados, adicionalmente se estima que con el incremento observado en la expectativa de vida se aumentará la incidencia de nuevos casos de síndrome coronario agudo por tanto se enfatiza en la prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable que permitan conocer y fundamentarse a la población acerca de qué y cómo pueden afectar las enfermedades cardiovasculares mediante la educación con un enfoque hacia la modificación de factores de riesgo cardiovasculares, convirtiéndose así en una prioridad de carácter individual evidenciándose como un impacto colectivo. La Asociación Americana del Corazón dan reporte que durante los últimos diez años se ha evidenciado la disminución en la presencia de nuevos casos de IAM en la población masculina, sin embargo, no ha sido posible la disminución de la incidencia de la enfermedad isquémica del corazón en la población femenina a causa de factores como la desinformación y la mala adherencia a estilos de vida saludable.

Los factores de riesgo de larga data son aquellos que hasta el momento generan mayor representación en la patología en mención; ahora bien, aspectos como la higiene del sueño, salud bucal, salud mental y uso de tratamiento farmacológico adecuado tienen gran significado en el proceso terapéutico. Pese a lo anterior, hasta el momento es evidente que las deficiencias de las acciones que desde la política pública y los programas de salud pública no realizan un abordaje adecuado desde la prevención o paliación de los factores de riesgo con mayor representación. Existen factores de riesgo estrechamente relacionados con el desarrollo de enfermedad arterial coronaria asociado a dislipidemia, historia familiar de cardiopatía isquémica, la edad, sexo, tabaquismo, sedentarismo, diabetes mellitus e hipertensión que facilitan el desarrollo fisiopatológico de placa ateromatosa, la arterioesclerosis u desencadenar el proceso fisiopatológico agudo del infarto.

El dolor precordial típico hace parte del síntoma más común en el infarto agudo de miocardio. Es un dolor profundo, habitualmente descrito como de compresión y aplastamiento,

a veces tiene un carácter punzante, pesado y opresivo, sus características son las parecidas a las de angor pectoris pero puede ser más intenso y duradero. La localización es usualmente de poca ayuda para diferenciar isquemia de infarto y de otras causas de dolor torácico, pero un dolor precordial acompañado de síntomas como disnea, náuseas y diaforesis, son comúnmente asociados a síndrome coronario agudo. En peores condiciones puede estar relacionado con síncope, alteración del estado de conciencia y palpitaciones.

A pesar que la disminución de las complicaciones de índole mecánico en el IAM ha descendido considerablemente secundario a la Intervención Coronaria Percutánea (ICP), la mortalidad aún sigue ocupando los primeros puestos según indicadores epidemiológicos. La ruptura septal ventricular, la regurgitación mitral aguda y la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo constituyen el marco de complicaciones de carácter mecánico posterior al padecimiento del IAM; a pesar de que se han constituido acciones terapéuticas farmacológicas/no farmacológicas con el objetivo de paliar el deterioro de la funcionalidad de carácter hemodinámico, el tratamiento quirúrgico es el único que a logrado disminuir el impacto de la patología en relación a indicadores de mortalidad.

2.3 MARCO TEÓRICO

Este capítulo se fundamenta en referentes teóricos de los cuidados de enfermería del IAM, concretamente: Su definición, factores de riesgo, tipos de IAM, diagnóstico, tratamiento, tipos de complicaciones, características clínicas, entre otros.

2.3.1 Conceptualización teórica IAM

Según la fundación española del corazón el IAM es la necrosis o muerte de las células de un órgano o parte de él por falla de riesgo sanguíneo debido a una obstrucción o estenosis

(estrechez) de la arteria correspondiente (*Infarto de Miocardio - Fundación Española Del Corazón*, n.d.). Por su parte, dependiendo el grado de obstrucción de la arteria será el daño o consecuencia para el organismo, un ejemplo, en aquellos casos de obstrucción grave de la arteria coronaria y de forma repentina, podría causar un ataque cardiaco o IAM (Villavicencio Chica et al., 2019)

Los factores de riesgo en IAM es una patología que clínicamente sus manifestaciones se ven reflejados en procesos de respuesta inflamatoria a nivel vascular. La ruptura de la placa aterosclerótica con la posterior circulación del émbolo aumenta la vulnerabilidad a padecer trombosis y la posterior emersión del síndrome coronario. En la búsqueda de la búsqueda de factores que potencian etimológicamente la aparición de la patología se relacionan con factores biológicos, hábitos en salud, dieta, entre otros. (Areiza et al., 2018). Según la Asociación Americana del Corazón citada por (Borrayo-Sánchez et al., 2018) considera la edad como un factor que se relaciona potencialmente con el índice de mortalidad en pacientes que padecen IAM, así mismo indica que la edad como factor de riesgo se da a partir de los 60 años, en el mismo orden de ideas dan una referencia de edad media que oscila 59 ± 12 años y plantean un orden lógico del curso fisiopatológico donde adquiere valor la presentación clásica más frecuente seguida de sintomatología atípica. En el estudio TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) citado por (Ugalde et al., 2017) fundamenta que el aumento de la frecuencia cardiaca en conjunto con la hipotensión arterial son predictores de mortalidad. Así mismo documentan la relación de la presentación de infartos de cara anterior con la coexistencia de edema agudo y posterior shock cardiogénico

Los factores de riesgo de origen fisiopatológico en referencia a la diabetes se asocia como factor ligado al proceso patológico del IAM, del mismo modo los pacientes con retinopatía diabética tienen 11.7 veces mayor riesgo de sufrir el evento patológico previamente mencionado. La hipertensión, la hipercolesterolemia y las lipoproteínas contribuyen al

desarrollo del IAM de modo que fisiopatológicamente confieren procesos agudos a nivel de la luz del vaso. A nivel renal como órgano modulador de presión toda alteración de la vía prerrenal, renal y postrenal delimita un factor de riesgo de carácter importante que finalmente producirá un IAM (Mesa Melgarejo, 2015).

Los procesos infecciosos revelan importancia en la medida que desencadenadas por microorganismos pueden conllevar a eventos cardiovasculares; de tal manera que la inflamación causada en el proceso infeccioso mediado por reacciones de aspecto inflamatorio se asocia con el desarrollo de aterosclerosis y de IAM. Del mismo modo, las enfermedades que comprometen el funcionamiento del sistema inmunológico potencian el riesgo de padecer la enfermedad de relevancia. La homeostasis cardiovascular se ve alterada en la apnea del sueño obstructiva ya que se considera como factor de riesgo que es mediado por cambios del equilibrio ácido-básico con posterior respuesta de quimiorreceptores que finalmente van a generar una pauta compensatoria a nivel cardiovascular aumentando del mismo modo el trabajo cardiovascular. (Mesa Melgarejo, 2015).

Los factores relacionados con el estilo de vida su importancia responde a un aumento en el Índice de Masa Corporal asociado a sobrepeso y obesidad aumentan directamente la posibilidad de sufrir IAM con respecto a personas con peso normal. El tabaquismo actúa como agravante en el desarrollo de las complicaciones de la cardiopatía isquémica. La higiene del sueño ha sido un factor que adquiere relevancia en los tiempos actuales de modo que se relaciona el hábito del sueño fundamentado en el despertar precoz y los ronquidos con el proceso patológico de referencia. Determinar el reconocimiento de los factores de riesgo conlleva a estratificar la vulnerabilidad al riesgo de isquemia o lesión a nivel del miocardio, así mismo permitiendo el reconocimiento precoz a fin de establecer rutas enfocadas a la prevención y tratamiento disminuyendo la carga de comorbilidad que se relaciona directamente con la labilidad del sujeto. El factor de riesgo de dieta y alimentación en su generalidad está asociado

a la ingesta excesiva de grandes cantidades de sodio, dietas hipercalóricas, azúcares, entre otras que aumentan el riesgo de IAM (Mesa Melgarejo, 2015)

En los tipos de infarto podemos identificar el IAM tipo 1 que se presenta como episodio relacionado con la ruptura, ulceración, fisura, erosión o diseminación de una placa aterosclerótica, con efecto de trombo intraluminal en una o más de las arterias coronarias, provocando hipoperfusión al miocardio o embolia plaquetaria distal, con posterior necrosis miocítica. En el IAM tipo 2 es un Infarto del miocardio subsiguiente a un desequilibrio isquémico debido a una inestabilidad entre el suministro y demanda de oxígeno no miocárdico. Muestra en paciente que se encuentran en estado crítico o sometido a intervención quirúrgica no cardíaca, puede presentar valores elevados de biomarcadores cardíacos. De la misma manera si se presenta vasoespasma coronario y disfunción endotelial. En el IAM tipo 3 se caracteriza por muerte cardíaca súbita imprevista y los pacientes que presentan este tipo de IAM con síntomas de isquemia miocárdica presentan alteraciones isquémicas en el ECG o bloqueo de rama izquierda. Estos usuarios pueden fallecer antes de que se le tome muestra de biomarcadores o lectura del mismo. En el IAM tipo 4 y 5 está relacionado a procedimientos quirúrgicos de revascularización. Puede ocurrir en algún momento de la intervención coronaria durante los procedimientos de revascularización mecánica, ya sea por intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización aortocoronaria provocando infarto o lesión miocardio (Saldaña et al., 2018)

En el manejo inicial se realiza el diligenciamiento de la historia clínica con una anamnesis exhaustiva sumado con el soporte del electrocardiograma que se encargan de documentar la sospecha de un síndrome coronario agudo. Las estrategias diagnósticas y terapéuticas precoces impactan la mejoría del pronóstico. Su manejo inicial está enfocado en: Reposo absoluto con monitorización no invasiva de las constantes vitales, acceso intravenoso periférico; el alivio del dolor mediante el uso de opiáceos con morfina a dosis de 4-8 mg IV con

posteriores dosis repetibles de 2 mg cada 5-15 minutos, si se tienen efectos secundarios como bradicardia e hipotensión asociados al uso de opiáceos se administra atropina 0.5-1 mg IV hasta una dosis máxima de 2 mg; si el opiáceo crea un efecto vago tónico asociado a hipersensibilidad se sugiere el uso de meperidina 25 mg IV dosis repetible cada 5-15 minutos; si hay presencia de emesis se usa el antiemético de elección metoclopramida 5-10 mg dosis.

En su generalidad el uso suplementario de oxígeno inicialmente se da por un sistema de bajo flujo a una cantidad titulable de acuerdo al contexto del paciente en función de signos de hipoxia/hipoxemia como disnea concomitante con el uso de músculos accesorios de la respiración, del mismo modo su uso se fundamenta en evidencia de signos de insuficiencia cardiaca; el uso de nitrato de elección nitroglicerina el cual se limita su uso cuando se tiene una presión arterial sistólica < 90 mmhg o una bradicardia con una frecuencia cardiaca < 50 latidos/minuto ya que se asocia con infarto agudo de miocardio de cara derecha. El uso de antiplaquetarios como la aspirina a dosis de 160-325 mg dosis de carga, adicional se administra carga de clopidogrel 75 mg. El uso de beta bloqueador se usa tempranamente a fin de disminuir el gasto cardiaco pero se limita bajo las siguientes contraindicaciones: Disfunción ventricular grave, bradicardia, bloqueo auriculoventricular, entre otras (Coll et al., 2016).

La restauración del flujo coronario y la reperfusión miocárdica es mediada por una reperfusión farmacológica o mecánica considerada la opción terapéutica más beneficiosa cuyo fin es restablecer el flujo sanguíneo al tejido de miocardio afectado. Se fundamenta en la trombolisis farmacológica y la intervención coronaria tanto diagnóstica o en su representación terapéutica con la angioplastia de vasos a fin de evitar la reestenosis; de manera inicial cuando un paciente ingresa con el cuadro típico de IAM que presenta los síntomas después del primer contacto médico se cuenta con una ventana tiempo puerta-guía de 90 minutos con el método de elección angioplastia coronaria por encima de la fibrinólisis; o no menos de 30 minutos de la ventana puerta-aguja para la TF (trombolisis farmacológica); si hay falla terapéutica en la TF

se pasa a angioplastia de urgencia, pero, si la terapia fibrinolítica es exitosa se pasa a angioplastia durante las próximas 24 horas. (“Reperusión Coronaria En El Infarto Agudo Del Miocardio Con Elevación Del Segmento ST: Importancia Del Contexto y Tiempo de Aplicación,” 2015).

La terapia fibrinolítica (TF) está indicada con Tenecteplasa (TNK) generalmente en paciente con diagnóstico de IAMCEST o bloqueo de rama izquierda; es de gran relevancia que la indicación de la TF aplica hasta 6 horas después de la aparición de los síntomas del infarto agudo de miocardio. Su posología se da en relación al peso corporal del paciente con una dosis máxima de 10000 UI o 50 mg TNK; el esquema de la relación peso corporal/Dosis TNK es:

Categoría de peso corporal del paciente (kg)	Tenecteplasa (U)	Tenecteplasa (mg)	Volumen correspondiente de solución reconstituida (ml)
< 60	6.000	30	6
≥ 60 a < 70	7.000	35	7
≥ 70 a < 80	8.000	40	8
≥ 80 a < 90	9.000	45	9
≥ 90	10.000	50	10

Figura 1. Esquema dosis TNK en referencia peso corporal

Su administración se da vía IV en bolo asociado aproximadamente a 10 segundos; un factor de relevancia es que el TNK es incompatible con soluciones como la dextrosa. (Y & Tecnologías en Salud, 2013).

El manejo en cuidados intensivos coronarios se inducen acciones complementarias orientadas a monitorización electrocardiográfica continua, constantes vitales inicialmente cada hora durante 6 horas seguido de cada 2 horas las primeras 24 horas, es importante medir el gasto urinario, paraclínicos (Hemograma, glucemia, electrolitos, tiempos de coagulación, perfil lípido entre otros de acuerdo al contexto del paciente), radiografía de tórax a fin de determinar

complicaciones asociadas a trombo-embolias, ECG, biomarcadores séricos, ecocardiograma, alivio del dolor y reducción al máximo de la ansiedad factor está orientado a la rehabilitación del paciente entorno al control de emociones, afrontamiento del proceso patológico y finalmente se inicia con la prevención secundaria entorno a disminuir al máximo los factores riesgo. En este contexto el paciente tiene una restricción estricta de la movilidad a expensas de disminuir los requerimientos a nivel de oxígeno y glucosa básicamente, adicional se debe administrar una dieta en salud cardiológica de aspecto hipocalórica y a fines de las comorbilidades que padezca el paciente (Coll et al., 2016).

La Revascularización coronaria mediante intervención coronaria percutánea (ICP) en pacientes con IAMCEST se conceptúa en ICP primaria asociada a intervención del servicio de hemodinámica con posterior angioplastia cuya finalidad es evitar la re estenosis de las arterias coronarias mediante el implante de estén pero sin terapia fibrinolítica (TF) previa; la ICP facilitada se asocia con TF previa a la ICP a fin de reperfundir el miocardio y disminuir la lesión/isquemia/necrosis del tejido y finalmente tenemos la ICP de rescate que se basa en el intervencionismo coronario a fin de recanalizar una arteria coronaria que persiste ocluida a pesar de la TF. En pacientes con IAMSEST que presentan ángor pectoris persistente y se realiza arteriografía coronaria planificada, es importante resaltar que el tiempo de intervención de este tipo de paciente es mediado por las características del cuadro clínico del paciente (se recomienda la intervención antes de las 72 horas); la indicación de revascularización se ve limitada en contexto de lesiones con bajo compromiso o insignificantes (Coll et al., 2016).

En los tipos de complicaciones podemos identificar las alteraciones cardiovasculares que son el conjunto de alteraciones que afectan directamente el corazón o en su defecto los vasos sanguíneos, los cuales cuando presentan alteraciones pueden llegar a comprometer órganos como cerebro, pulmón, riñón, etc. Dentro de las mismas tiene una gran incidencia la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular. El síndrome coronario es una

enfermedad causada fundamentalmente por alteraciones del flujo sanguíneo de las arterias coronarias las cuales son las que irrigan y directamente oxigenan el músculo cardíaco; su presentación es fundamentada en el dolor precordial o en forma aguda como infarto agudo de miocardio. Fisiopatológicamente se le atribuye al síndrome coronario la trombosis aguda de un vaso secundario a la alteración de la placa ateromatosa que finalmente va a ocasionar la disminución del flujo sanguíneo. La disminución del flujo coronario puede ser secundario a un proceso trombótico como también un proceso inflamatorio o la alteración morfológica del vaso.(Sinisi & Mele, 2009). En las complicaciones derivadas del IAM se referencian las siguientes complicaciones de IAM son 5: Mecánicas, eléctricas, inflamatorias, isquémicas y embólicas. Las mecánicas se encuentran la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo, la ruptura septal ventricular y la regurgitación mitral aguda son significativa causa de mortalidad a corto plazo (Quitian Moreno et al., 2017).

En las complicaciones mecánicas podemos dar relevancia a la insuficiencia mitral que es una complicación frecuente y se debe a la isquemia del músculo papilar o miocardio; en casos severos puede estar asociado a la ruptura de las fibras tendinosas del músculo cardíaco; la comunicación interventricular es una complicación poco frecuente pero es considerada una complicación severa y está asociada a la ruptura del tabique interventricular; la rotura de la pared libre ventricular es una complicación grave que genera directamente un shock obstructivo derivado de un taponamiento cardíaco secundario al paso de contenido sanguíneo a través de la pared de músculo ventricular hacia el pericardio; un aneurisma ventricular es una complicación tardía asociada a una disfunción de la contracción del músculo cardíaco, concomitante en la sístole se presenta un movimiento paradójico dilatándose el músculo.

La pericarditis se presenta como un fenómeno inflamatorio lo cual su gravedad es ocasionada por el tratamiento excesivo con antitrombóticos que finalmente ocasionan un proceso hemorrágico. Del mismo modo, el infarto de ventrículo derecho en los casos más

severos se acompaña de bajo gasto y elevación de la presión venosa yugular pero con campos pulmonares limpios.

Durante el infarto agudo de miocardio se pueden presentar cualquier tipo de arritmia; la fibrilación ventricular es una que mayor tasa de incidencia tiene en el proceso patológico, seguido de la bradicardia sinusal que en muchas ocasiones debido a la disminución del gasto cardíaco suele estar acompañado de cifras tensionales disminuidas. Los bloqueos AV de grado variable se presentan generalmente en pacientes que cursan con infarto agudo de miocardio de cara inferior concomitante están acompañados de signos premonitorios. En el IAM se puede ocasionar la insuficiencia cardíaca cuyo porcentaje de isquemia es directamente proporcional al grado de disfuncionalidad del músculo cardíaco, del mismo modo la alteración del músculo cardíaco ventricular puede generar una incapacidad para garantizar una efectividad en la perfusión tisular; finalmente, se establece una insuficiencia cardíaca de FEVI variable que puede culminar en un shock cardiogénico. (Sinisi & Mele, 2009).

2.3.2 IAM y la relación con COVID 19 o SARS COV-2 IAM y su relación con el covid-19 o SARS COV 2

Poco se conoce acerca de los efectos del COVID 19 en el sistema cardiovascular, sin embargo se establece un símil de incidencia cardiovascular asociado a la respuesta sistémica inflamatoria.

La relación del IAM y el COVID 19 delimita un cuadro clínico donde la reserva funcional cardíaca es disminuida en consecuencia de la interacción de la lesión, isquemia o necrosis del miocardio con inflamación, shock, hipoxemia grave y hipertensión pulmonar hipoxica. La Sociedad Colombiana de Cardiología menciona los mecanismos de lesión del miocardio secundario al COVID-19 tienen relevancia entorno a su relación con la ECA 2 la cual se expresa en altas concentraciones en tejido pulmonar, tracto gastrointestinal, células

endoteliales y miocardiocitos. Del mismo modo se convierten órganos de gran impacto para el COVID-19 desencadenando compromiso pulmonar, vasculitis sistémica, procesos inflamatorios con posterior afección cardíaca y multiorgánica. (*COVID-19 ¿Qué Pasa Con El Sistema Cardiovascular?* / SCC, n.d.)

Mecanismos de lesión miocárdica en pacientes con covid-19

El COVID 19 en pacientes con síntomas agudos de IAM secundario a procesos fisiopatológicos diversos se fundamentan en:

Isquemia miocárdica primaria definida por la activación de la inflamación sistémica secundaria al COVID 19 ocasiona un proceso protrombótico por ruptura de la placa aterosclerótica y de la misma manera cambios hemodinámicos que se ven reflejados complicaciones multiorgánicas. El diagnóstico de infarto se realizará según fundamentos de evaluación del IAM y su respuesta compensatoria del organismo.

Isquemia miocárdica secundaria asociado a un infarto tipo II que refleja el desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno del miocardio: Se evidencia por taquicardia, anemia, hipoxemia y shock y puede ser derivado de espasmo coronario consecuencia de la respuesta inflamatoria sistémica o efecto fisiológico de catecolaminas. Miocarditis como la expresión de lesión miocárdica directa por COVID 19 o alteración de citoquinas. Finalmente definen Takotsubo a quien se atribuye lesión producida a causa de la liberación de catecolaminas con posterior efecto isquémico o de lesión en el miocardio (*SIAC / Recomendaciones de La Sociedad Interamericana de Cardiología Para El Manejo de Los Pacientes Con Síndrome Coronario Agudo Durante La Pandemia Por COVID 19* / SIAC, n.d.)

Síndrome coronario agudo con elevación del st (scacest)

Los pacientes que sean sospechosos de scacest se deberán tomar medidas preventivas y ser manejados como pacientes covid por sospecha, teniendo en cuenta que existe la posibilidad de realizar prueba rápida en algunas instituciones de salud y de esta manera diagnosticar de manera oportuna para dar inicio al tratamiento indicado. Esta población de personas son indicadas para llevar a cabo terapias de reperfusión dependiendo de los servicios que cuenten con disponibilidad en un tiempo menor a 6 horas desde que se evidencian los síntomas.

Por medio de la ATCp se puede llegar a minimizar los casos de muerte y los ACV frente a la administración de fibrinolíticos debido a que da respuestas más inmediatas y de esta manera se reduce el tiempo de hospitalización, no obstante se tiene como evidencia el reporte de de pacientes con IAM que no presentan disminución del flujo sanguíneo y de esta manera no recurrir al uso de fibrinolíticos; después de realizar dilatación de una arteria estenótica es necesario dar manejo a los vasos residuales y disminuir la posibilidad de realizar el procedimiento en ocasiones diferentes. Es necesario tener en cuenta que pueden existir tiempos prolongados puerta-balón (PB) y es de suma importancia durante este tiempo estar atento a cualquier manifestación clínica del paciente y de esta manera tener soporte durante la pandemia covid-19. Teniendo en cuenta los pacientes taquicárdicos inicialmente con dolor precordial que no tengan indicación de trombolisis se deberá localizar una institución de manejo vascular.

Existen dudas referentes al origen de la cardiopatía isquémica en paciente con pruebas positivas para covid, teniendo como sospecha la disminución del flujo sanguíneo, se ha comprobado que uno de los principales motivos son las infecciones respiratorias. Es necesario tener en cuenta y dar prioridad a la coronariografía en casos puntuales de disminución del flujo sanguíneo y de esta manera llegar a una isquemia. (*COVID-19 ¿Qué Pasa Con El Sistema Cardiovascular?* / SCC, n.d.)

2.3.2 Cuidados de enfermería en el paciente con IAM

El Consejo internacional de enfermería citado por (Figueredo-Borda et al., 2019) en la conceptualización define el cuidado de enfermería como el cuidado autónomo y multidisciplinario en todos los grupos etarios como unidad funcional en la familia, comunidad y sociedad. El objetivo fundamental del proceso de enfermería se representa en cuidar que enmarca un plan de acción con fundamentos científicos con nivel de evidencia alto y en trabajo conjunto con características humanísticas que están soportados en modelos teóricos que orientan la praxis del profesional. La práctica de enfermería ha girado entorno a buscar intervenciones acordes e individualizadas al contexto del paciente; del mismo modo las concepciones de los postulados teóricos de la enfermería da una visión amplia acerca del cuidado del otro.

El rol de la enfermería está estrechamente relacionado con intervenciones orientadas a una acción protectora de la dignidad de la persona, del mismo modo es una acción que desde la generalidad guía un plan de atención de enfermería a fin de brindar cuidados integrales soportados en dimensiones como física, espiritual, emocional, social, entre otras; cabe aclarar que el impacto a nivel emocional y espiritual debe ser individualizado entorno a que los enfermeros que deben ejecutar cuidados a fin de generar un equilibrio entre estos factores expensas de promover el autocuidado y autocontrol con posterior evidencia de recuperación multidimensional (Figueredo-Borda et al., 2019).

Dorothea Orem mediante la Teoría del déficit de autocuidado plantea situaciones en contexto de cuidado de enfermería cuya representación general es la enfermedad la cual puede llegar a afectar gravemente la calidad de vida de una persona; en el mismo orden de ideas direcciona hacia un cuidado definido por el mantenimiento del confort de la persona afectada. Orem enfoca el cuidado como un sistema de enfermería que involucra la participación del afectado en el proceso de atención; podemos encontrar contextos de paciente que requieren cuidados apoyo parcial y ambas partes del sistema paciente/enfermera trabajan en conjunto a

fin de satisfacer las necesidades del individuo; hay casos que hay una dependencia total del cuidado soportado en que el individuo necesita educación en estrategias de adherencia para fortalecer el autocuidado (Figueredo-Borda et al., 2019).

La teoría humanística de enfermería fundamenta la estrecha relación enfermera/paciente, según Wu & Volker citado por (Figueredo-Borda et al., 2019) desde la perspectiva filosófica de la teoría resulta aplicable los lazos de confianza y apoyo del profesional de enfermería en personas afectadas gravemente por procesos patológicos a fin de promover el confort, autocuidado, mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida. Este postulado crea un proceso de enfermería en donde cada una de las partes expresa las perspectivas de la relación mediada por el cuidado; crea relevancia factores como la visión del cuidado y la empatía del proceso.

El modelo de Callista Roy está orientado en la adaptación conceptuando preliminarmente la persona como un sistema abierto y se puede adaptar con respecto al impacto del estímulo ya sea interno o externo y en la medida que genere estrés de forma individual culminando como un sistema cambiante de acuerdo a factores. Roy plantea que el afrontamiento y la adaptación están precedidos de un gasto energético en pro de una recuperación del proceso patológico. El rol del cuidado de enfermería corresponde a la interacción con los estímulos o factores que afectan el estado de equilibrio del paciente y se traduce en generar respuestas eficaces en referencia al postulado de adaptación (Figueredo-Borda et al., 2019).

Virginia Henderson: Propuso 14 necesidades básicas (Respiración, alimentación, eliminación, movilización, descanso, vestuario, termorregulación, higiene, seguridad, comunicación, religión, adaptación, recreación, educación) tiene como objeto conservar la salud, el modelo sirve para aplicarlo tanto en la teórica y práctica en la parte asistencial en relación personal de enfermería. Las personas cuando se encuentran físicamente en condiciones favorables tienen a ser independientes para lograr así cumplir las 14 necesidades conservando la salud de cada

individuo; cuando estas condiciones físicas se ven afectadas por diferentes causas el individuo pasaría a ser dependiente se refleja con alteraciones en relación a la dificultad conceptuadas en falta de fuerza, impacto en el conocimiento o voluntad y se contemplan para así enfocar intervenciones de enfermería durante su estancia en el servicio (Pino Armijo, 2012)

Hildegarde Peplau: El modelo de Peplau, representa un proceso que crea relación entre un individuo enfermo y la enfermera educada en el proceso de cuidado a fin del reconocimiento de factores que inciden en el proceso patológico y esquematizan el marco de las necesidades. Este modelo describe cuatro fases de la interacción enfermera/paciente (Orientación, identificación de necesidades, aprovechamiento entorno a factores protectores y promover la resolución) (Raile Alligood M. & Marriner Tomey A., 2010)

Según la Sociedad Americana de Medicina Intensiva citado por (Villavicencio Chica et al., 2019) “Define paciente crítico como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, el cual requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución. La UCI es un servicio donde se cuanta recurso humano e infraestructura adecuada para cumplir los cuidados del paciente crítico”. Cuidado para el paciente y la familia suele cobrar relevancia en un servicio debido a que en su generalidad pocas veces hay una comunicación efectiva entre los de “adentro” (personal de salud) y los de “afuera” (familia). Un paciente en una unidad de cuidados intensivos tiene un impacto familiar fundamentado en ansiedad y estrés de las partes, de modo que el cuidado de enfermería a la familia está enfocado a satisfacer las necesidades individuales y colectivas fundamentada en la familia; la educación y la psicoterapia conllevan al mejoramiento de la estancia hospitalaria y calidad de vida.

La importancia del cuidado de enfermería enfocado en la familia se direcciona a un trato digno de ambas partes con el fin común de erradicar el temor que se genera en situación de

enfermedad que compromete altamente la calidad de vida de las personas. Ahora bien, la interacción enfermera-paciente-familia se caracteriza por colaboración como elemento esencial en el proceso de obtención de información propia de la enfermedad, como también la expresión de necesidades; todo ello con el fin de direccionar un cuidado hacia fijar objetivos relacionados con la satisfacción de necesidades; práctica impulsada por necesidades interactuando con la familia con el fin de detectar aspectos que afectan la misma, a fin de buscar una postura neutral y aplicar un proceso de resolución con el objetivo de satisfacer necesidades; trato digno enfocado a un proceso de cuidado aunado de amabilidad, respeto, empatía con el fin de elaborar lazos de confianza entre las partes involucradas.

Un proceso de enfermería íntegro permite clasificar las necesidades por dominios de la NANDA; de tal manera se evidencia:

.Promoción de la salud: El estado de salud del paciente ha tenido un desequilibrio provocando cambios en el curso de la vida cotidiana, así mismo presenta déficit de educación acerca de factores de comorbilidad.

. Nutrición: Un paciente con síndrome coronario se asocia en gran medida a su factor fisiopatológico común, la ingesta de dietas hipercalóricas.

. Eliminación/Intercambio: Es importante determinar la función urinaria y gastrointestinal.

. Percepción/Cognición: El paciente vive un proceso de ansiedad secundaria a la alteración de su estado de salud.

. Auto percepción: Demuestra interés con el fin de cambiar procesos en pro de mejorar su salud frente a la enfermedad.

. Rol/Relaciones: Permite definir el grado de relaciones interpersonales con redes de apoyo social.

. Afrontamiento y tolerancia al estrés: El estado de salud alterado expone a las personas a angustia preocupación frente a eficiencia terapéutica que pueda tener en el proceso patológico.

. Principios vitales: Permite determinar la afinidad y el grado de espiritualidad basado en la religión.

. Seguridad y protección: Paciente que debe permanecer bajo vigilancia hospitalaria estricta por su alto riesgo de complicación o muerte súbita.

. Confort: Se hace uso de la escala análoga del dolor con el fin de terminar la percepción subjetiva del mismo.

. Crecimiento y desarrollo: Es importante determinar que el paciente antes de la hospitalización cumplía con sus tareas básicas y en el momento no.

Un cuidado de enfermería holístico permite conocer las necesidades de los pacientes desde las diferentes dimensiones en pro de enfocar cuidados que minimicen los impactos negativos que puede tener una persona y mejor aún contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas representado en el bienestar individual.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

En esta investigación se mencionan los siguientes términos científicos descritos según los Descriptores DeSC, Mesh y otros.

Infarto: Formación de un infarto, que es una necrosis del tejido debida a isquemia local, provocada por una obstrucción de la circulación sanguínea, generalmente por trombosis o embolia.

Angina Inestable: Dolor precordial durante el reposo, el cual puede preceder a un infarto del miocardio.

Infarto del miocardio: Necrosis del miocardio causada por una obstrucción en el suministro de sangre al corazón (circulación coronaria).

Infarto del miocardio con elevación del ST: Síndrome clínico definido por los síntomas de la isquemia miocárdica, elevación persistente en los segmentos ST del electrocardiograma y liberación de biomarcadores de necrosis miocárdica (por ejemplo, niveles elevados de troponina). La elevación del segmento ST en el ECG se usa a menudo para determinar el protocolo de tratamiento.

Ruptura cardíaca pos-infarto: Laceración o desgarro de los tejidos cardíacos que se produce después de un infarto de miocardio.

Infarto de la pared anterior del miocardio: Infarto del miocardio en el que la pared anterior del corazón está involucrado. El infarto del miocardio de la pared anterior es a menudo causado por la oclusión de la arteria coronaria descendente anterior izquierda. Puede ser categorizada como anteroseptal o anterolateral.

Infarto de la pared inferior del miocardio: Infarto del miocardio en el que la pared inferior del corazón está involucrado. A menudo es causado por la oclusión de la arteria coronaria derecha.

Complicaciones: Usado con enfermedades para indicar afecciones que coexisten o suceden a otra, es decir, enfermedades coexistentes, complicaciones o secuelas.

Complicaciones intraoperatorias: Complicaciones que afectan a los pacientes durante la cirugía. Pueden o no estar asociadas a la enfermedad por la cual la cirugía es realizada o dentro del mismo procedimiento quirúrgico.

Complicaciones posoperatorias: Procesos patológicos que afectan a los pacientes después de un procedimiento quirúrgico. Pueden o no estar relacionados a la enfermedad por la cual se realiza la cirugía y pueden o no ser el resultado directo de la cirugía.

2.5. MARCO ETICO

Para este estudio se aplica la siguiente normatividad ética:

Resolución N^a 8430 de 1993 (octubre 4). Por el cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y entre sus artículos señala:

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías entre otras y clasifica este estudio como:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Y por lo cual se solicita consentimiento/asentimiento informado específico.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

2.6 MARCO LEGAL

En este estudio se considera los siguientes aspectos jurídicos relacionados con el tema de investigación, basado en:

OMS: Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. 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.

Organización Panamericana de la Salud: El Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 “La equidad, el corazón de la salud” Del 27 de septiembre del 2019. Que Compendio indicadores a nivel del

impacto En este se suministran definiciones, criterios de medición de todos los indicadores a fin de facilitar un enfoque sistemático en el seguimiento y la presentación de información sobre la ejecución del Plan Estratégico. Se toma el Indicador 9 a nivel del impacto: Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares y otras.

ACC19 – Nuevas Guías de Prevención Primaria ACC/AHA 2019: Las guías proporcionan una ruta integral de estrategias nos recuerdan la importancia realizar los cambios en el estilo de vida y prevenir las enfermedades cardiovascular aterosclerótica se basan en 9 ítem básicos: cálculo del riesgo, dieta, actividad física, obesidad, diabetes, colesterol, hipertensión, abandono del hábito tabáquico y uso de aspirina.

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía cardiovascular. Guías de prevención primaria en riesgo cardiovascular tópicos selectos del 2009 donde trata los temas de: Riesgo cardiovascular en la mujer y su prevención, guías alimentarias en la prevención y el tratamiento del riesgo cardiovascular: el caso colombiano, rehabilitación orientada hacia la prevención primaria del riesgo cardiovascular, factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular, estrés mental, medio ambiente y enfermedad Cardiovascular

Ley 266 DE 1996: Capítulo I. Artículo 2o. Principios específicos de la práctica profesional como: Integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad. Capítulo V: Artículo 19. Calidad de atención de enfermería. Fin de asegurar un cuidado de enfermería con calidad científica, técnica, social, humana y ética. Artículo 20. Deberes profesionales de enfermería Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.

2.7 MARCO DISCIPLINAR

Callista Roy: Sus postulados están orientados a compendios de orden filosófico y valores entorno al proceso de enfermería: El ser humano en su ámbito de interpretación holística se encuentra definido bajo concepciones como la persona que reconoce que la autorrealización es una razón para la existencia; la autodeterminación como factor inmerso en la toma de decisiones que da un carácter de autonomía y responsabilidad en el proceso de interacción con el medio; al fin que la persona y la concepto de mundo define una relación integral entre ambos fin de que se caracterizan como seres únicos cuya transformación en el ambiente crea la correlación con la conciencia humana, que conceptúa en la habilidad que tiene el ser desde el aspecto individual para interpretar el medio interno con el externo.

Definir la adaptación como la acción por medio del cual la persona caracterizada por pensamientos y sentimientos, en forma individual o colectiva, utilizan la conciencia y se orienta para formar la integralidad entre el aspecto humano y el ambiente. Roy enfoca una descripción amplia de la enfermería como una profesión de atención sanitaria pero hace gran énfasis en la intervención en procesos vitales. Roy define a la enfermería de acuerdo a su modelo como la ciencia y la práctica por su alta capacidad de adaptación y transformación del entorno. El objetivo fundamental de la enfermería es mejorar la capacidad de adaptación de las personas a nivel individual y colectivo en pro de contribuir a la obtención de calidad de vida o en su defecto morir dignamente.

Para Roy las personas son sistemas íntegros y adaptables; ahora bien un sistema humano concierne en individuos, familias, organizaciones hasta llegar a un factor generalizado llamado sociedad. Pero cabe resaltar que como ser humano se concibe en la respuesta subjetiva para pensar y sentir, por tanto todas las personas se adaptan de manera diferente al entorno de acuerdo a los cambios producidos en el mismo. Al mismo tiempo podemos describir la persona como el foco principal para direccionar los objetivos del cuidado sin dejar atrás que una persona

desde su carácter individual goza de relaciones interpersonales con gran afinidad evidenciado en primer lugar la familia. La salud por tanto es la interacción entre la persona y el entorno; confluye en que la adaptación es un proceso que integra el bienestar entre los fundamentos psicológicos, fisiológicos y sociales.

Finalmente Roy concluye en sus postulados el entorno como “el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos”, de tal manera que considera al entorno como un factor cambiante que propicia a la persona a constante adaptación frente a la transformación del mismo.

2.9 MARCO DEMOGRÁFICO

La disminución de la incidencia de estancia hospitalaria a causa de Infarto Agudo de Miocardio ha descendido en los últimos treinta años aún se tiene un índice de representativo en el ámbito hospitalario de manera global. Ahora bien, la enfermedad cardíaca de aspecto isquémico es una de las patologías a la cual se atribuye la pérdida mundial de años de vida productivos debido a la disfuncionalidad de manera integral entorno a limitación que crea en el individuo hasta llegar a la invalidez. Es importante reconocer que la enfermedad cardiovascular ha trasladado su carga patológica a países en vías de desarrollo a quienes se asocia el 80% de muertes de aspecto cardiovascular, del mismo modo, en países desarrollados ha aumentado la presencia de factores de riesgo adicional que prevalecen en el tiempo. Esta estrecha relación entre la prevalencia factores de riesgo de orden cardiovascular con menor mortalidad se atribuyó al fortalecimiento de medidas de prevención y acciones terapéuticas adecuadas.

Fisiopatológicamente la etiología usual que promueve la ocurrencia del IAM es la alteración de la placa aterosclerótica coronaria que puede ser por la erosión o ruptura en su defecto el cual desencadena finalmente un evento trombo génico. Un trombo o embolo que obstruye totalmente una arteria coronaria desencadena el IAM con elevación del segmento ST

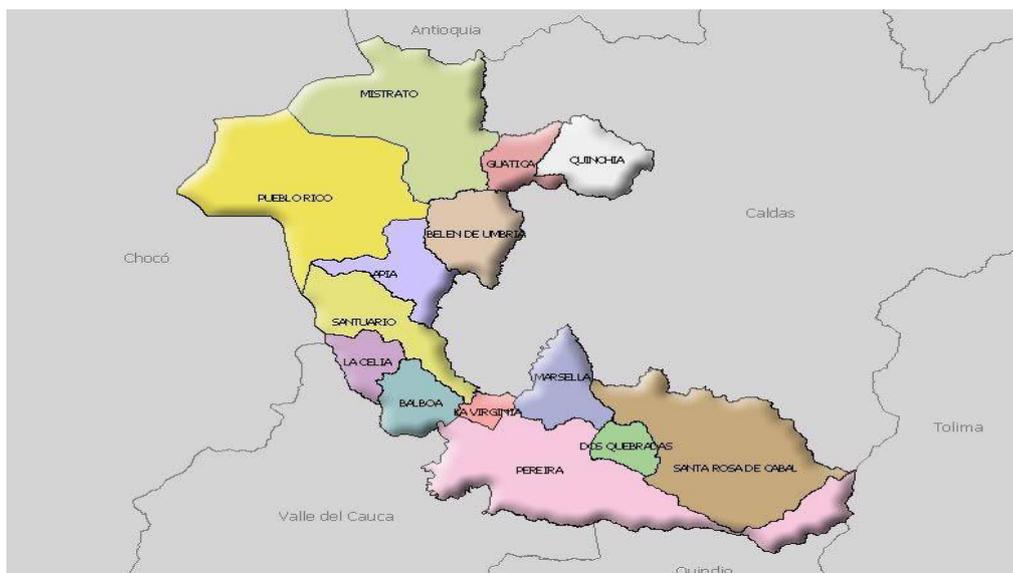
(IAMCEST), a diferencia de la oclusión parcial que no necesariamente eleva el segmento ST (IAMSEST) o angina inestable.

2.10 MARCO GEOGRÁFICO

Risaralda: Es uno de los departamentos de Colombia cuya actividad económica está orientada al café, fuera de la agricultura, es un departamento con un comercio y actividad turística bastante desarrollado. La región se caracteriza por la amabilidad de sus residentes, su clima de 24°C promedio y lugares atractivos que te conectan con la naturaleza. Superficie: 4.140 Km².

Población: 957.250 Año de creación: 1966

Gentilicio: Risaraldense. Capital: Pereira, 412.134 habitantes.



Pereira: Se caracteriza por aspectos industrial, comercial y capital del Departamento de Risaralda, asociado con un gran crecimiento poblacional. Existen áreas de bosques para protección de cuencas, zonas de diversas como la zona cafetera y zonas cálidas con actividad ganadera y agrícola (piña, caña de azúcar, caña panelera y pasto).

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, observacional, transversal; es descriptivo porque se describen las variables sociodemográficas, estado evolutivo del Infarto Agudo de Miocardio y Cuidado de Enfermería que recibieron los pacientes, y observacional porque se tuvo contacto con la mayoría de ellos y transversal porque se hizo en un momento dado del proceso investigativo. La población estuvo constituida por 38 pacientes cardiometabólicos que habían cursado con un Infarto Agudo de Miocardio, los cuales participaron voluntariamente cuando se les presentó el estudio, quienes tuvieron como criterio de inclusión haber tenido una hospitalización de mínimo 5 días y que hayan recibido cuidado directo de enfermería. Para la recolección de información se utilizó un instrumento que fue diseñado por los investigadores, consistiendo en una encuesta tipo cuestionario que responde a los objetivos del estudio, con las variables del estudio que incluía preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómicas diseñado por los investigadores, con validación facial y por expertos, para su validez, la cual fue aplicada como prueba piloto para confiabilidad y ajustes de la misma, luego se aplicó a los participantes previo consentimiento informado específico. Además incluyó peso y talla para Índice de Masa Corporal (IMC), según recomendaciones de la Organización Mundial Salud (OMS), para establecer el estado nutricional y clasificarlo.

3.2 Población y muestra

La población está constituida por todos los pacientes que conociendo el estudio y previa firma de consentimiento informado deseen participar en el estudio, con una muestra por conveniencia o intencionada de pacientes que cumplan criterios de inclusión. Como criterio de inclusión se consideró: haber estado hospitalizado al menos 3 días, y recibir cuidados en

diferentes procedimientos, aceptar participar previo consentimiento/asentimiento informado, y de exclusión no presentar al momento algún trastorno mental o cognitivo para participar.

3.3 Instrumento

El instrumento utilizado para obtener información fue diseñado por el grupo investigador, tomando en cuenta las variables de identificación demográfica, estado evolutivo de IAM y cuidados de enfermería en IAM

El cuestionario se elaboró con preguntas dicotómicas; abiertas y cerradas, instrumento que tuvo validez facial y de contenido por aval de expertos (Ver anexo 2).

3.4 Técnicas de recolección de información

Se hizo contacto inicial con una institución prestadora de salud privada a quienes se les presentó el estudio a realizar y fue aceptado para contactar y encuestar a la población objeto de este estudio; luego se hizo llamada telefónica a los pacientes explicándoles en qué consistía la investigación; para la aplicación del instrumento se presentó el estudio y se solicitó consentimiento/asentimiento informado, firmado por los participantes (Resolución 8430 de 1993, Art 14), se acordó con ellos el lugar donde se aplicaría la encuesta y se realizará la valoración de peso y talla, para sacar Índice de Masa Corporal y poder determinar el estado nutricional en estas personas, lo cual es necesario para identificar el autocuidado que tienen con su alimentación, variable indispensable para ver el estado evolutivo del infarto.

3.5. Técnicas de análisis de información

La información se tabula en programa de Excel versión 2015, luego se depura los datos y se definirá un análisis univariado y bivariado con variables relevantes, que permitieron identificar características sociodemográficas, estado evolutivo del IAM y los cuidados frente al IAM; los

hallazgos se representaran en tablas y gráficos, para posteriormente confrontar los resultados con los estudios previos revisados.

4. Análisis de información

4.1 Resultados y Discusión

A continuación se presenta los hallazgos más significativos del estudio

Tabla N°: 1 Características socio demográficas

1. Identificación Sociodemográfica		
Variable	Frecuencia	%
Edad		
< 50 Años	2	5%
50-60 Años	18	47%
60-70 Años	7	18%
> 70 Años	11	29%
Total	38	100%
Genero		
Masculino	25	66%
Femenino	13	34%
Total	38	100%
Etnia		
Mestizo	29	76%
Afrocolombiano	8	21%
Indígena	1	3%
Otro	0	0%
Total	38	100%
Estado civil		
Soltero	5	13%
Casado	15	39%
Unión libre	8	21%
Separado	4	11%
Otro	6	16%
Total	38	100%
Nivel educativo		
Primaria	21	55%
Secundaria	12	32%
Técnico/Tecnólogo	3	8%
Educación superior	2	5%
Otro	0	0%
Total	38	100%

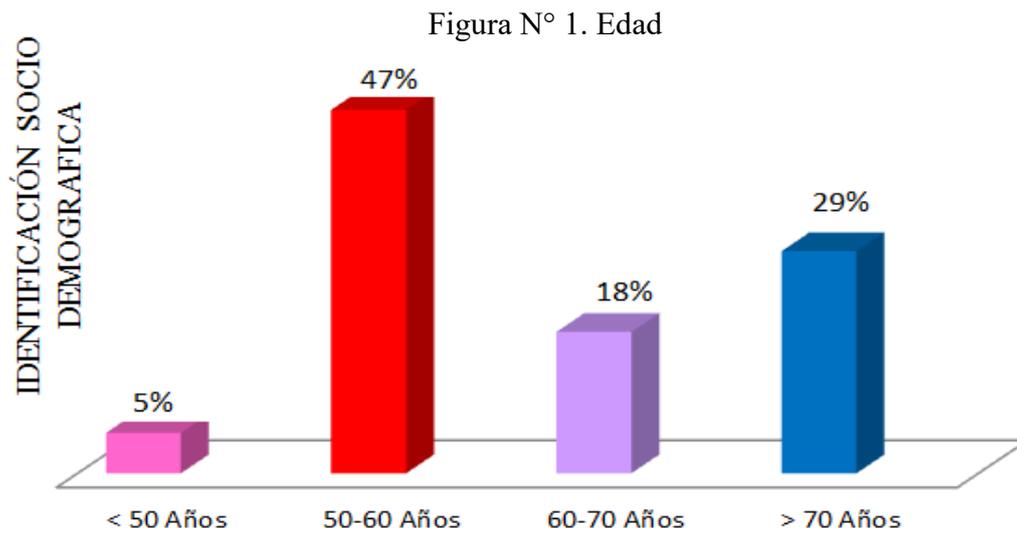
Ocupación		
Ama de casa	5	13%
Empleado/a	0	0%
Trabajo independiente	17	45%
Trabajo dependiente	3	8%
Jubilado/a	11	29%
Otro/a	2	5%
Total	38	100%
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	5	13%
Estrato 2	17	45%
Estrato 3	10	26%
Otro	6	16%
Total	38	100%

Fuente: Base de datos este estudio

La tabla número 1 muestra que la población socio demográficamente fue con relación a edad la mayoría estuvo 47% entre 50 y 60 años seguido del 29% mayor a 70 años; con respecto al género un 66% fueron hombres y un 34% fueron mujeres; con relación a la etnia 76% fueron mestizos seguido de 21% afrocolombiano; la mayoría son de residencia urbana en un 87% y rural 13%; con respecto al ingreso se encontró que el 68% tiene 1 – 2 SMMLV y según estrato socio económico un 45% era estrato 2 seguido de un 26% estrato 3. El estudio de Moldes, et al, con una muestra de 32 pacientes entre sus hallazgos encontró que en la variable de edad predominó el rango de 50 a 59 años; en género prevaleció el masculino sobre el femenino; estos datos coinciden con este estudio donde se encontraron como relevantes estas mismas variables; y con relación a factores de riesgo encontraron como morbilidad preexistente la Hipertensión Arterial, que coincide con este estudio como morbilidad preexistente (Moldes et al., 2017).

Ahora bien, con referencia al estado civil fue un 39% de los pacientes se encontraban casados, el 21 % en unión libre, otro el 16%, los solteros el 13% y separados un 11%, con relación a en tipo de convivencia donde la familia ocupó el mayor porcentaje 63%, seguida de un 32% con pareja 32%, amigo y otro el 3%, referente al nivel educativo la primaria con un 55%, secundaria, 32%, técnico/ tecnológico 8%, educación superior solo el 5% otro el 0%, la

ocupación de los pacientes encuestados el 45% son trabajadores independientes, el 29% están jubilados, el 13% son amas de casa, otro 5%. Finalmente, la procedencia la mayoría pertenece a diferentes ciudades o departamentos de Colombia con 79%, y el 21% son de la Ciudad de Cali.



Fuente: Base de datos de este estudio

Figura N° 1: La mayoría estuvo 47% entre 50 y 60 años seguido del 29% mayor a 70 años, entre 60-70 años 18% y menores de 50 años de edad 5%. El estudio de Moldes, et al, con una muestra de 32 pacientes entre sus hallazgos encontró en la variable de edad predominó el rango de 50 a 59 años. Estos datos coinciden con este estudio donde se encontraron como relevantes estas mismas variables (Moldes et al., 2017)

Figura N° 2. Género

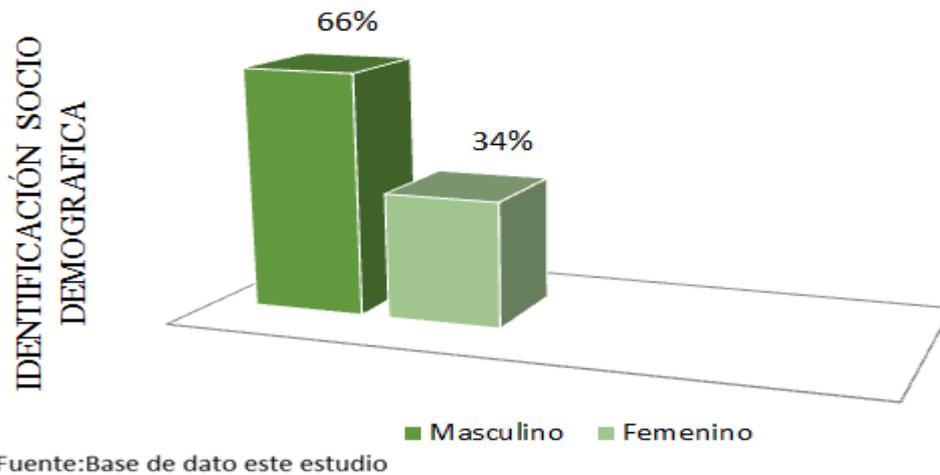


Figura N° 2: El 66% fueron hombres y un 34% fueron mujeres de las personas encuestadas. El estudio de Parra, et al, con una muestra de 34 pacientes entre sus descubrimientos halló que en la variable de género prevaleció el masculino sobre el femenino; estos datos coinciden con este estudio donde se encontraron como principales estas mismas variables (Parral Gil et al., 2019)

Figura N° 3. Etnia

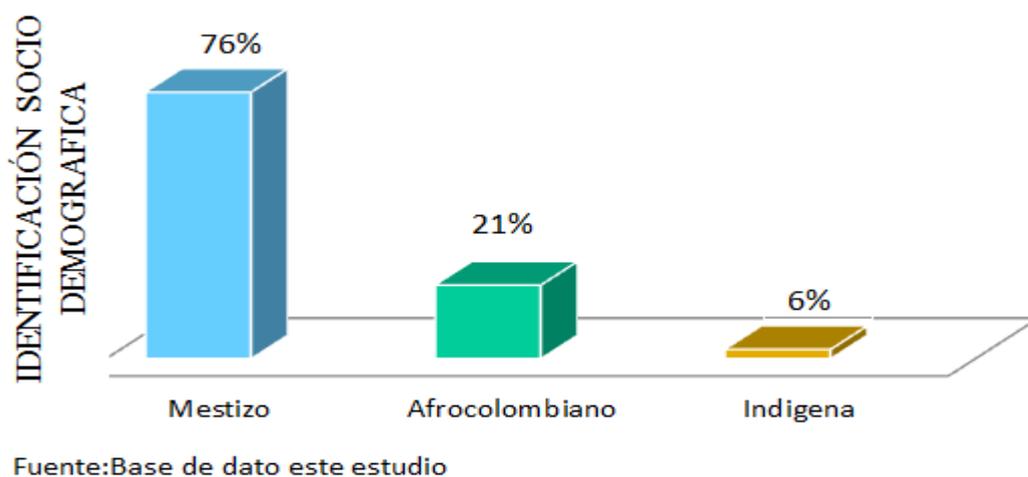
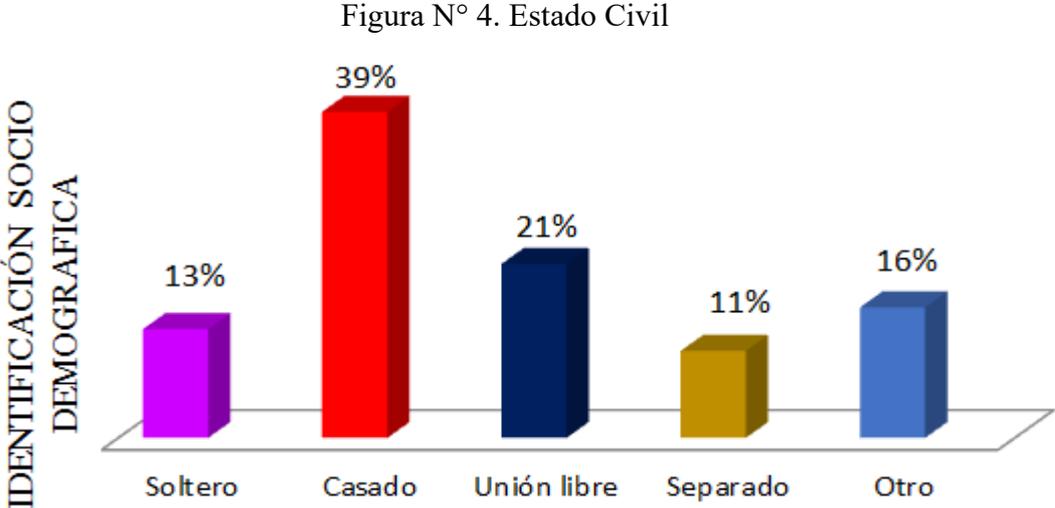


Figura N° 3: El 76% fueron mestizos, el 21% afrocolombianos, y el 6% indígenas. El estudio de Morales, et al, con la valoración de 142 historias clínicas en el Hospital San Marcos de

Chinchiná con relación a la variable de etnia se halló que el mestizo sobre sale más, estos datos son similares con él con este estudio (Arias Morales et al., 2007)



Fuente:Base de dato este estudio

Figura N° 4: Un 39% fueron casados, el 21 % en unión libre, otro el 16%, los solteros el 13% y separados un 11%. Un 39% fueron casados, el 21 % en unión libre, otro el 16%, los solteros el 13% y separados un 11%. La fuente de pacientes post IAM en una institución de 4 nivel de Bogotá citados por Sepúlveda y García en su tesis con relación a la variable identificación sociodemográfica en estado civil obtuvieron gran relevancia, seguido de unión libre estos datos conservan semejanza entre estudio. (F, 1967)

Figura N° 5. Nivel Educativo

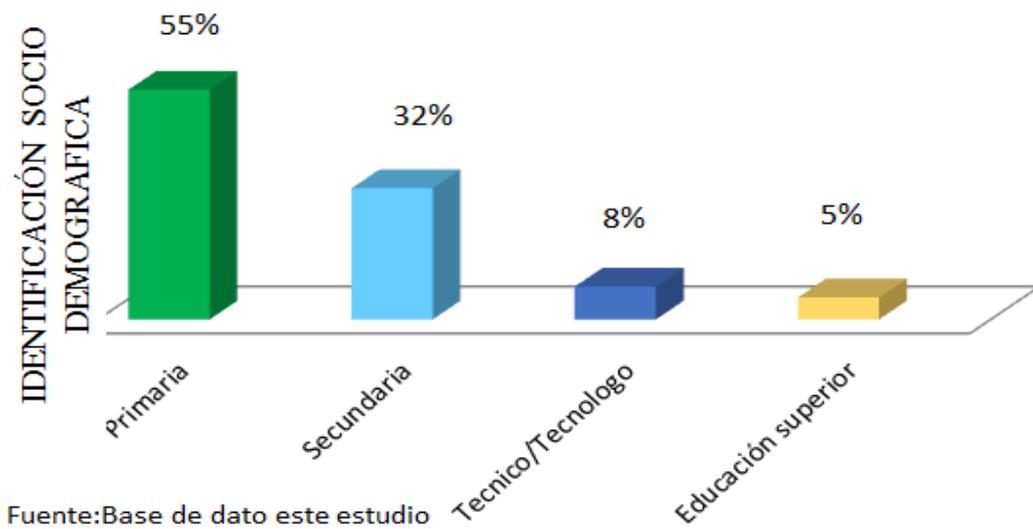
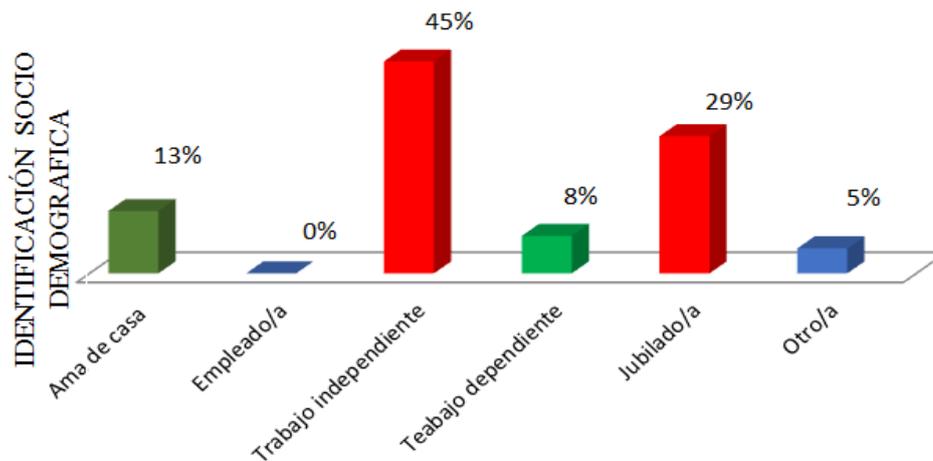


Figura N° 5: La primaria con un 55%, secundaria, 32%, técnico/ tecnológico 8%, educación superior solo el 5%. En nivel educativo influye según la literatura tanto en la adherencia a un tratamiento farmacológico y no farmacológico, personas con un nivel educativo bajo se les dificulta entender las indicaciones médicas, a diferencia de personas con nivel educativo alto. (F, 1967)

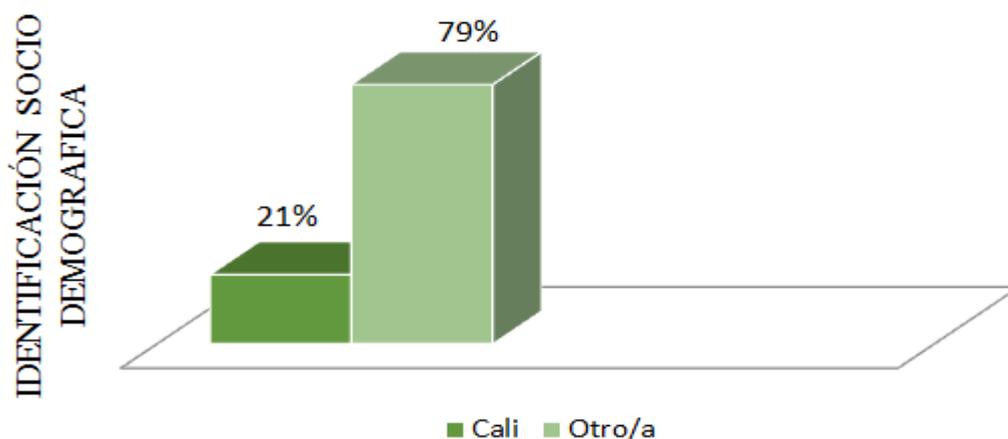
Figura N° 6. Ocupación



Fuente: Base de datos de este estudio

Figura N° 6: La ocupación de los pacientes encuestados el 45% son trabajadores independientes, el 29% están jubilados, el 13% son amas de casa, otro 5%. Es estudio Urrutia, et al, la muestra fueron 63 pacientes la cual le aplicaron encuesta bio-social-demográfica en la Unidad Cardiológica del Hospital Clínico Regional de Concepción Unidad, en cuando a la variable de identificación sociodemográfica en relación a la ocupación con trabajo independiente remunerado tiene una gran importancia, lo que se asocia a una gran similitud entre el presente estudio. (Urrutia et al., n.d.)

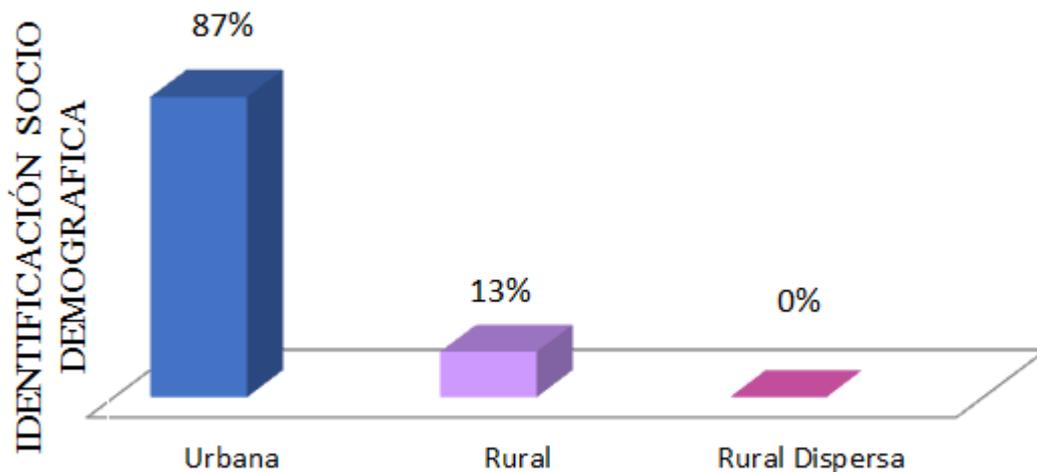
Figura N° 7. Procedencia



Fuente:Base de dato este estudio

Figura N° 7: La mayoría pertenece a diferentes ciudades o departamentos de Colombia con 79%, y el 21% son de la Ciudad de Cali.

Figura N° 8. Residencia



Fuente:Base de dato este estudio

Figura N° 8: De residencia urbana en un 87% y rural 13%, rural dispersa 0%. El estudio de Morales, et al, con la valoración de 142 historias clínicas en el Hospital San Marcos de Chinchiná con relación a la variable de Residencia encontró que la zona Urbana tiene mayor relevancia, esta variable coincide con este estudio (Arias Morales et al., 2007)

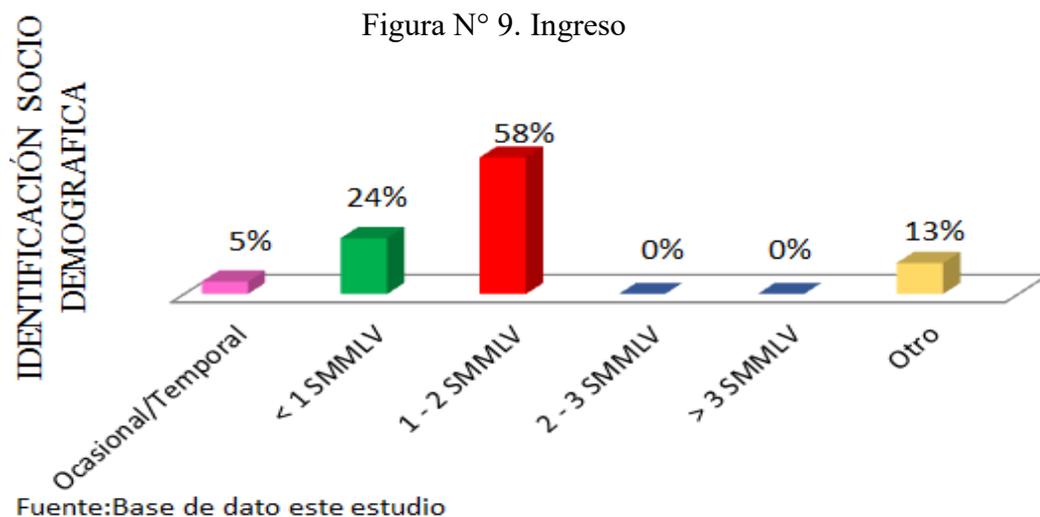
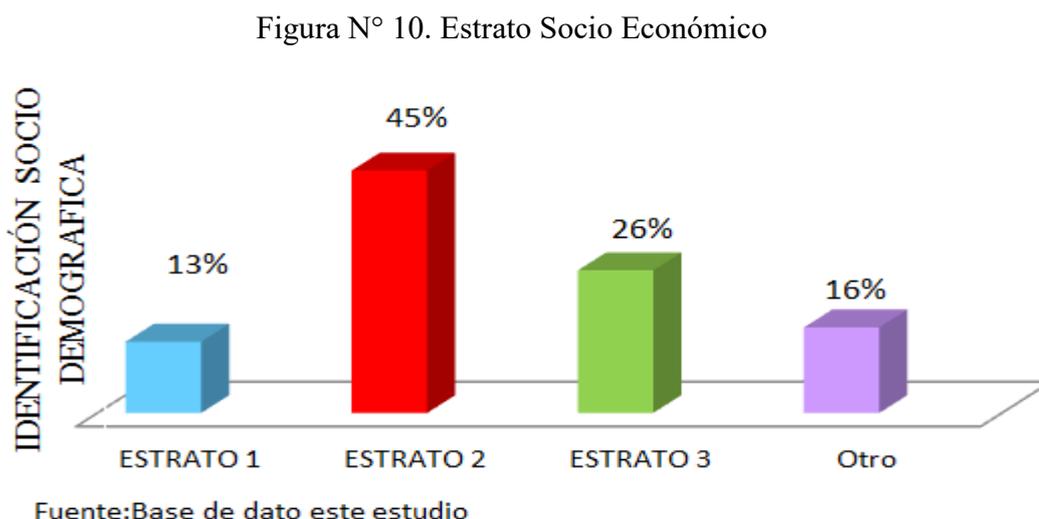


Figura N° 9: Se encontró que el 58% tiene 1 – 2 SMMLV, seguido del 24% menor de 1 SMMLV, y finalmente 5% ocasional/ temporal. En el estudio Rojas y Flórez, et al, la muestra fueron de 180 pacientes frente a la variable sociodemográfica de ingreso presentaron menos de un salario SMMLV y otros de los pacientes estaba entre 1 y 2 SMMLV con relación al vigente estudio se puede decir que presenta gran semejanza. (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016)

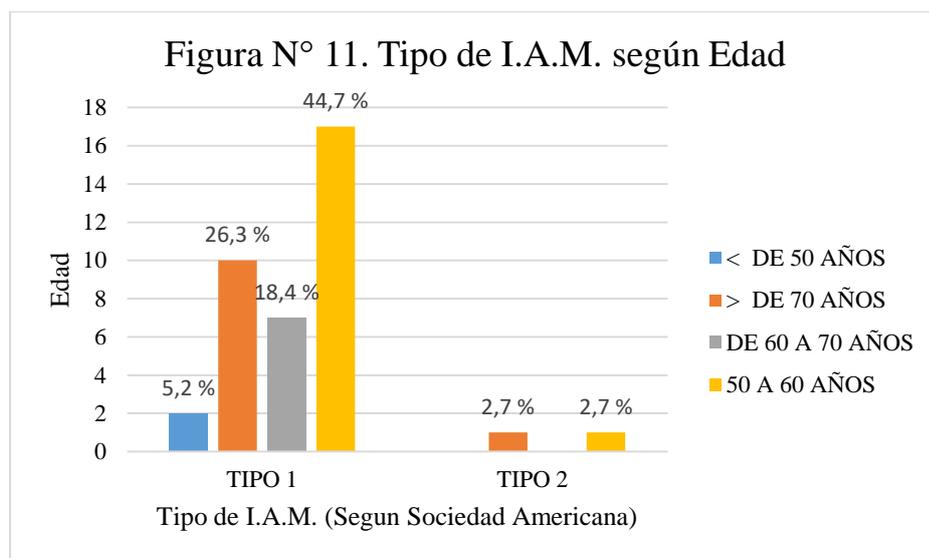


En la gráfica 10 un 45% era estrato 2, seguido de un 26% estrato 3, otro 16% y un 13% estrato 1. En la variable de identificación sociodemográfica en el estrato socioeconómico es un factor

fundamental a la hora de que un paciente tenga adherencia a un tratamiento farmacológico. En el estudio relación en la tesis plantea por Sepúlveda y García la población objeto de estudio pertenecía a un estrato 2 seguido de estrato 3. Lo cual con relación al presente estudio hay similitud. (F, 1967)

Cuadro N° 1. Tipo de I.A.M. según Edad										
Tipo de IAM	Rango de edad								Total	%
	< 50 años	%	50 a 60 años	%	60 a 70 años	%	> 70 años	%		
Tipo 1	2	5,2%	17	44,7%	7	18,4%	10	26,3%	36	94,8%
Tipo 2	0	0%	1	2,7%	0	0%	1	2,7%	2	5,2%
Total	2	5,2%	18	47,4%	7	18,4%	11	29%	38	100%

Fuente: Base de datos este estudio



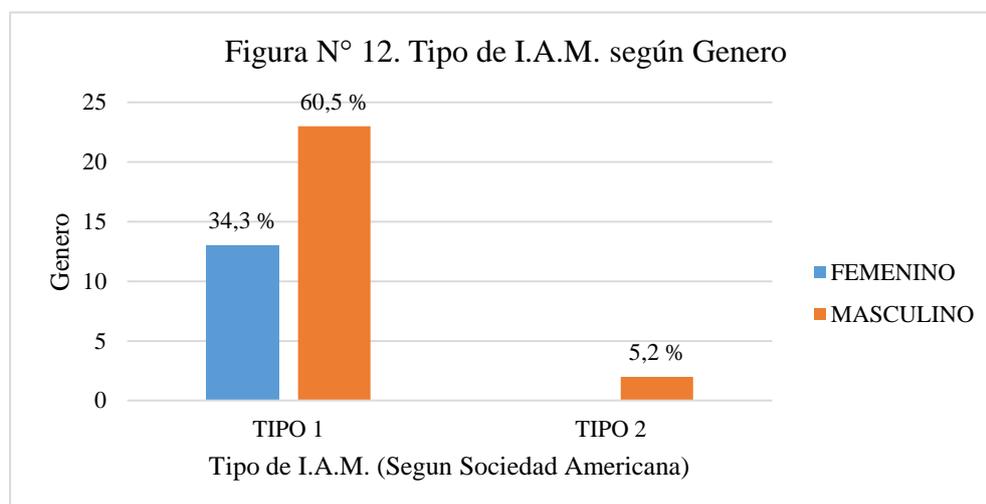
Fuente: Base de datos este estudio

El cuadro N° 1 y figura N° 11 de edad según tipo de infarto un 44,7 % estaba entre los 50 y 60 años y seguido de mayores de 70 años con un 23%; con relación al infarto tipo 2 no fue significativa la edad. En relación con este estudio Alvizuri Gomez (2017) señala que entre algunos factores de riesgo cardiovascular esta la edad y sexo masculino aclarando que entre otros factores se encuentra la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad con un Índice

de Masa Corporal por encima de 30, destacando que la prevalencia del IAM en la población general configura el problema de salud pública para países desarrollados. (Alvizuri Gomez, 2017).

Cuadro N° 2. Tipo de I.A.M. según Género						
Tipo de IAM	Género					
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Tipo 1	13	34,3%	23	60,5%	36	94,8%
Tipo 2	0	0%	2	5,2%	2	5%
Total	13	34,3%	25	65,7%	38	100%

Fuente: Base de datos este estudio

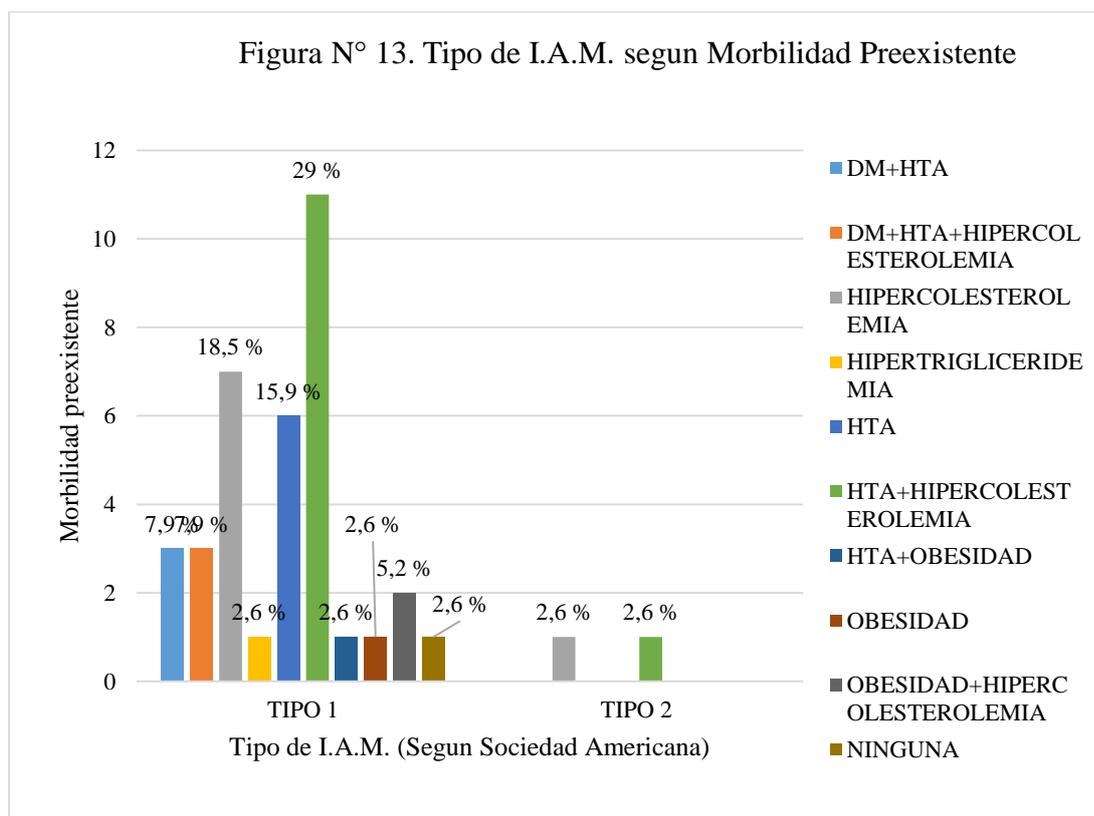


Fuente: Base de datos este estudio

El cuadro N° 2 y figura N° 12 señala que el tipo de IAM según género fue con predominio masculino de un 60,5% para un infarto tipo 1 y de un 34,3% para mujeres, no siendo relevante para el IAM tipo 2 por el número de casos presentados. En este orden, Calvachi, et al, en estudio que incluyó 736 pacientes diagnosticados con Infarto Agudo de Miocardio prevalece el tipo 1 en el género masculino (85,7%) y demostró que en las mujeres predomina una forma de manifestación clínica diferente. Además documentó la presentación del Infarto Agudo de Miocardio tipo 2 (15,1%) determinado por etiología multifactorial como hipoxia, alteraciones metabólicas, entre otros, que tuvieron clínica similar al Infarto Agudo de Miocardio tipo 1 (Calvachi Prieto, Barrios, Puccini, Mojica, Delgadillo, Gomez, et al., 2017).

Cuadro N° 3. Tipo de I.A.M. según Morbilidad Preexistente						
Morbilidad preexistente	Tipo de I.A.M					
	Tipo 1	%	Tipo 2	%	Total	%
DM+HTA	3	7,9 %	0	0 %	3	7,9 %
DM+HTA+Hipercolesterolemia	3	7,9 %	0	0 %	3	7,9 %
Hipercolesterolemia	7	18,5 %	1	2,6 %	8	21,1 %
Hipertrigliceridemia	1	2,6 %	0	0 %	1	2,6 %
HTA	6	15,9 %	0	0 %	6	15,9 %
HTA+Hipercolesterolemía	11	29 %	1	2,6 %	12	31,6 %
HTA+ Obesidad	1	2,6 %	0	0 %	1	2,6 %
Obesidad	1	2,6 %	0	0 %	1	2,6 %
Obesidad +Hipercolesterolemia	2	5,2 %	0	0 %	2	5,2 %
Ninguna	1	2,6 %	0	0 %	1	2,6 %
Total	36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %

Fuente: Base de datos este estudio



Fuente: Base de datos este estudio

El cuadro N° 3 y figura N° 13 de tipo de IAM según morbilidad preexistente muestra lo siguiente: En el tipo 1 de IAM se encuentra HTA + Hipercolesterolemia un 29%, Hipercolesterolemia 18,5% e Hipertensión arterial (HTA) 15,9%; para morbilidad preexistente y tipo de IAM 2 el comportamiento para los dos pacientes del estudio se encontró Hipercolesterolemia, HTA + Hipercolesterolemia 2,6% respectivamente. Ahora bien, Calvachi, et al, en un estudio con una población de 736 pacientes que padecieron Infarto Agudo de Miocardio estuvo relacionado con morbilidad previa de obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial (Calvachi Prieto, Barrios, Puccini, Mojica, Delgadillo, Gómez, et al., 2017b). Por otro lado, Leyva, et al, menciona estudio con una muestra de 102 pacientes en los que prevaleció patologías con mayor frecuencia como hipertensión arterial y obesidad (Leyva et al., 2019).

Cuadro N° 5. Clasificación Nutricional según Consumo de Alimentos Ultra Procesados													
Consumo de alimentos ultra procesados		Clasificación Nutricional										Total	%
		Bajo peso	%	Normo peso	%	Sobrepeso	%	Obesidad Grado 1	%	Obesidad Grado 2	%		
Cereales/Galletas/ Bollería/ pan, tortas y similares	SI	0	0 %	14	36,9 %	14	36,9 %	3	7,9 %	2	5,2 %	33	86,9 %
	NO	0	0 %	1	2,6 %	1	2,6 %	2	5,2 %	1	2,6 %	5	13,1 %
Total		0	0 %	15	39,5 %	15	39,5 %	5	13,1 %	3	7,9 %	38	100 %
Golosinas/Snack/Refrescos/ Bebidas azucaradas/ Chocolate y similares	SI	0	0 %	15	39,5 %	15	39,5 %	3	7,9 %	3	7,9 %	36	94,8 %
	NO	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	5,2 %	0	0 %	2	5,2 %
Total		0	0 %	15	39,5 %	15	39,5 %	5	13,1 %	3	7,9 %	38	100 %
Derivados lácteos	SI	0	0 %	11	29 %	10	26,4 %	4	10,5 %	2	5,3 %	27	71,2 %
	NO	0	0 %	4	10,5 %	5	13,1 %	1	2,6 %	1	2,6 %	11	28,8 %
Total		0	0 %	15	39,5 %	15	39,5 %	5	13,1 %	3	7,9 %	38	100 %
Comidas rápidas (Embutidos, hamburguesas, perros calientes y similares)	SI	0	0 %	13	34,3 %	15	39,5 %	4	10,5 %	3	7,9 %	35	92,1 %
	NO	0	0 %	2	5,2 %	0	0 %	1	2,6 %	0	0 %	3	7,9 %
Total		0	0 %	15	39,5 %	15	39,5 %	5	13,1 %	3	7,9 %	38	100 %

Fuente: Base de datos este estudio

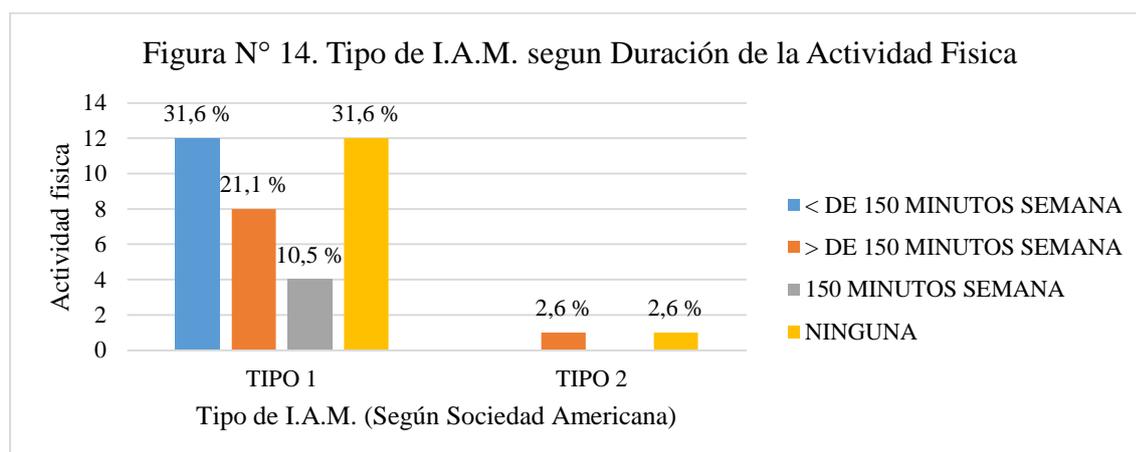
El cuadro N° 5 clasificación nutricional según consumo de alimentos ultra procesados no se encontró casos de bajo peso; con relación al normo peso se encontró 15 (39,5%) pacientes con

un consumo significativo de alimentos ultra procesados de la siguiente manera: En consumo de cereales y similares 14 (36,9%) participantes si consumían y 1 (2,6%) no; seguido los 15 (39,5%) hacen consumo de golosinas y bebidas azucaradas; de estos 15 en consumo de derivados lácteos 11 (29%) lo hacen y 4 (10,5%) no; y por último el consumo de comidas rápidas se encontró que 13 (34,3%) consumían y 2 (5,2%) no. En sobrepeso también se presentaron 15 casos y se encontró lo siguiente: En consumo de cereales y similares 14 (36,9%) pacientes lo hacían y 1 (2,6%) no; en consumo de golosinas y bebidas azucaradas 15 (39,5%) pacientes lo hacían; en 10 (26,4%) pacientes consumían derivados lácteos y 5 (13,1%) no; y luego 15 (39,5%) pacientes consumían comidas rápidas. Con relación a obesidad grado 1 se presentaron 5 casos de los cuales en consumo de alimentos ultra procesados los resultados fueron: En consumo de cereales y similares; además de golosinas y bebidas azucaradas 3(7,9%) lo hacen, 2(5,2%) no lo hacen, respectivamente; en derivados lácteos como en el consumo de comidas rápidas de los 5 casos 4(10,5%) lo hacen y 1(2,6%) no lo hacen, respectivamente. Con respecto a obesidad grado 2 se encontró 3 casos quienes en consumo de cereales y similares, derivados lácteos 2(5,3%) si lo consumen y 1(2,6%) no lo hace. No se encontró casos para los demás grados de obesidad. Al respecto Duque y Rosero (2020) señalan que la alta tendencia al sobrepeso y en segunda instancia obesidad hace referencia a un problema de salud pública que aumenta el índice de padecer enfermedades preexistentes al Infarto Agudo de Miocardio; resulta impreciso definir mediante el índice de masa corporal la porcentualidad de masa grasa/masa magra; el riesgo de la obesidad sarcopenica aumenta la morbilidad cardiovascular debido a cambios mediados por el envejecimiento o patogénicos en el cual son inversamente proporcional a la masa magra; por tanto es significativo que cuando se encuentra pacientes con tendencia a la obesidad de forma dual a disminución de la masa magra se hace énfasis en la disminución del gasto energético que es igual a inactividad física por su condición biológica

que en último lugar termina aumentando los factores de riesgo cardiovasculares (Revelo & Ossman, 2020).

Cuadro N° 6. Tipo de I.A.M. según duración de la actividad física										
Tipo de IAM	Duración de la actividad física								Total	%
	< De 150 minutos semana	%	150 minutos semana	%	> De 150 minutos semana	%	Ninguna	%		
Tipo 1	12	31,6 %	4	10,5 %	8	21,1 %	12	31,6 %	36	94,8 %
Tipo 2	0	0 %	0	0 %	1	2,6 %	1	2,6 %	2	5,2 %
Total	12	31,6 %	4	10,5 %	9	23,7 %	13	34,2 %	38	100 %

Fuente: Base de datos este estudio



Fuente: Base de datos este estudio

En el cuadro N°6 y figura N° 14 con relación a la duración de la actividad física en el IAM tipo 1 se halló que tienen menos de 150 minutos semana un 31,6%, con más de 150 minutos un 21,1% y con 150 minutos semana un 10,5%; para el IAM tipo 2 se encontró que de los 2 casos, uno de ellos (2,6%) realiza menos de 150 minutos semana y el otro no realiza actividad física. En este sentido, en el Plan de Acción en Actividad Física, 2018 – 2030 propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) recalca la importancia de la actividad física definida como el movimiento corporal originado por los músculos esqueléticos que tiene

gasto de energía, y se asocia a un factor protector para la prevención de enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, de igual forma contribuye al control y prevención de morbilidad preexistente como sobrepeso, obesidad e hipertensión.

Retomando, a Duque y Rosero en el documento sobre Recomendaciones para el Manejo de la Obesidad señala que cuando se presenta personas con tendencia a la obesidad de forma dual con disminución de la masa magra sobre la masa grasa, se produce disminución del gasto energético que es igual a inactividad física como proceso biológico, lo que finalmente conlleva al aumento de los factores de riesgo cardiovasculares (Revelo & Ossman, 2020).

Tabla N° 2 Estado Evolutivo de Infarto Agudo de Miocardio

2. Estado Evolutivo de Infarto Agudo de Miocardio			
2.2 Clasificación Nutricional			
Variable	Frecuencia		%
Bajo peso	0		0%
Normopeso	15		39%
Sobrepeso	15		39%
Obesidad Grado 1	5		13%
Obesidad Grado 2	3		8%
Obesidad Grado 3	0		0%
Total	38		100%
2.3 Consumo de Alimentos Procesados			
Cereales al desayuno/galletas/ bollería/ pan y pasta	SI	NO	
	33		87%
		5	13%
Total	38		100%
Golosinas/snack/refrescos/ bebidas azucaradas/ chocolate y cacao	SI	NO	
	36		95%
		2	5%
Total	38		100%
Derivados Lácteos	SI	NO	
	27		71%
		11	29%
Total	38		100%
Carnes Procesadas	SI	NO	
	38		100%
		0	0%

Total	38	100%
Frutas y Hortalizas Procesadas	SI	NO
	15	39%
		23
		61%
Total	38	100%
Comidas Rápidas	SI	NO
	35	92%
		3
		8%
Total	38	100%
2.5 Duración de Actividad Física		
150 Minutos semana	5	13%
Más de 150 Minutos semana	9	24%
Menos de 150 Minutos semana	12	32%
Otro	12	32%
Total	38	100%
2.6 Hábitos Nocivos		
	SI	NO
Tabaco	3	8%
		35
		92%
Total	38	100%
	SI	NO
Alcohol	3	8%
		35
		92%
Total	38	100%
	SI	NO
SPA	1	3%
		37
		97%
Total	38	100%
	SI	NO
Otro	2	5%
		36
		95%
Total	38	100%
2.7 Morbilidad Pre Existente		
Diabetes Mellitus Tipo 2	6	16%
Total	38	100%
Hipertensión Arterial	24	63%
Total	38	100%
Obesidad	4	11%
Total	38	100%
Hipercolesterolemia	26	68%
Total	38	100%
Otro	1	3%
Total	38	100%

2.8 Tiempo de Diagnosticado con Riesgo Cardiovascular			
Menos de 1 año	7	18%	
De 1 a 2 años	7	18%	
De 2 a 3 años	4	11%	
Más de 3 años	20	53%	
Otro	0	0%	
Total	38	100%	
2.9 Monitorización Hemodinámica			
	SI	NO	
Frecuencia Cardiaca	38		100%
		0	0%
Total	38		100%
	SI	NO	
Frecuencia Respiratoria	38		100%
		0	0%
Total	38		100%
	SI	NO	
Presión Arterial	38		100%
		0	0%
Total	38		100%
	SI	NO	
PVC	1		3%
		37	97%
Total	38		100%
	SI	NO	
Gasto Urinario	12		32%
		26	68%
Total	38		100%
	SI	NO	
PaO2	1		3%
		37	97%
Total	38		100%
	SI	NO	
PaCO2	3		8%
		35	92%
Total	38		100%
	SI	NO	
PaFIO2	1		3%
		37	97%
Total	38		100%
	SI	NO	
Lactato	1		3%
		37	97%
Total	38		100%
	SI	NO	

HCO3	1		3%
		37	97%
Total	38		100%
2.10 Estado Hemodinámico Actual			
Estable	35		92%
Inestable	3		8%
Total	38		100%
	SI	NO	
Signos Vitales Alterados(TA)	2		5%
Signos Vitales Alterados (TA, GA, GU)	1		3%
		35	92%
Total	38		100%
2.11 Marcadores Bioquímicos			
	SI	NO	
Troponinas T e I	36		95%
		2	5%
Total	38		100%
	SI	NO	
Creatina-fosfocinasa (CPK)	0		0%
		38	100%
Total	38		100%
	SI	NO	
Proteína C reactiva (PCR)	5		13%
		33	87%
Total	38		100%
	SI	NO	
Otro	0		0%
		0	0%
Total	0		100%
2.12 Valoración Imágenes Diagnosticas			
	SI	NO	
Ecocardiografía	35		92%
		3	8%
Total	38		100%
	SI	NO	
Electrocardiograma	38		100%
		0	0%
Total	38		100%
	SI	NO	
Ecografía Cardiaca	20		53%
		18	47%
Total	38		100%
	SI	NO	

Angiografía Coronaria	35		92%
		3	8%
Total	38		100%
	SI	NO	
Radiografía de Tórax	35		92%
		3	8%
Total	38		100%
	SI	NO	
Otro	0		0%
		0	0%
Total	0		100%
2.13 Tipo de IAM (SEGÚN SOCIEDAD AMERICANA)			
Tipo 1	36		95%
Tipo 2	2		5%
Tipo 3	0		0%
Tipo 4	0		0%
Tipo 5	0		0%
Total	38		100%
2.14 Frecuencia de Episodios de IAM			
1 Episodio	28		74%
2 Episodios	6		16%
= o > 3 Episodios	4		11%
Total	38		100%
2.15 Medicamentos Formulados			
	SI	NO	
Antiagregante Plaquetario	35		92%
		3	8%
Total	38		100%
	SI	NO	
Estatinas	30		79%
		8	21%
Total	38		100%
	SI	NO	
Anticoagulantes	2		5%
		36	95%
Total	38		100%
	SI	NO	
Antihipertensivos	23		61%
		15	39%
Total	38		100%
	SI	NO	
Diuréticos	12		32%
		26	68%
Total	38		100%

	SI	NO	
Nitratos	3		8%
		35	92%
Total	38		100%
	SI	NO	
Beta bloqueador	21		55%
		17	45%
Total	38		100%
	SI	NO	
Otro	26		68%
		12	32%
Total	38		100%
2.16 Toma de Medicamentos			
Regularmente	34		89,47 %
Irregularmente	2		5%
No Adherencia al Tratamiento	2		5%
Otro	0		0%
Total	38		100%
2.17 Efectos Adversos con la Medicación			
Sobre anticoagulación	0		0%
Alteración de Gasto Cardíaco	1		3%
Alteración Gastrointestinal	20		53%
Desequilibrio Hidroelectrolítico	2		5%
Otro	15		39%
Total	38		100%
2.18 Otras Terapias Complementarias			
Psicología	6		16%
Total	38		100%
Nutrición	11		29%
Total	38		100%
Fisioterapia	28		74%
Total	38		100%
Otro	6		16%
Total	38		100%
2.19 Eventos Cardiovasculares			
Riesgo de Muerte Súbita	17		45%
Derivado de Procedimientos Invasivos	1		3%
Shock Cardiogénico	2		5%
Otro	18		47%
Total	38		100%
2.20 Complicaciones Mecánicas del IAM			
Insuficiencia Mitral Aguda	3		8%
Rotura de Pared Libre de Ventrículo Izquierdo	0		0%
Rotura del Septo Interventricular	0		0%

Otro	35	92%
Total	38	100%
2.21 Complicaciones Eléctricas del IAM		
Taquicardia Ventricular	0	0%
Extrasístoles Auriculares	0	0%
Extrasístoles Ventriculares	0	0%
Bloqueo AV	1	3%
Fibrilación Ventricular	0	0%
Taquicardia Ventricular	0	0%
Otro	37	97%
Total	38	100%
2.22 Complicaciones Embolicas del IAM		
TEP	2	5%
Aneurisma Ventricular	0	0%
Ruptura Placa Ateromatosa	1	3%
Otro	35	92%
Total	38	100%
2.23 Complicaciones Inflammatorias del IAM		
Pericarditis	1	3%
Derrame Pericárdico	0	0%
Síndrome de Dressler	0	0%
Otro	37	97%
Total	38	100%
2.24 Estado de Animo		
Distímico	3	8%
Hipertimia	0	0%
Eutimia	31	82%
Ciclotímico Fluctuante	4	11%
Otro	0	0
Total	38	100%
2.25 Formas de Comportamiento		
Hipo activo	4	11%
Agitación Psicomotora	0	0%
Percepción de Control	11	29%
Cooperación	13	34%
Persuasión del Entorno	8	21%
Otro	2	5%
Total	38	100%
2.26 Cambios Conductuales y Sociales		
Conducta Insocial	0	0%
Aislamiento	5	13%
Hostilidad	3	8%
Impaciencia	6	16%
Agresividad	0	0%
Ansiedad	16	42%

Carácter Obsesivo	0	0%
OTRO	8	21%
Total	38	100%
2.27 Estado en Esfera Afectiva		
Tristeza Patológica	0	0%
DECAIMIENTO Autoestima Inadecuada	0	0%
Irritabilidad	13	34%
Trastorno del Humor	5	13%
Limitación de Actividades Habituales	4	11%
Deterioro Relaciones Interpersonales	0	0%
Otro	16	42%
Total	38	100%
2.28 Respuesta Fisiológica al Estrés		
Trastorno de Agregación Plaquetaria	0	0%
Estimulación del Sistema Simpático	0	0%
Cefalea	6	16%
Diaforesis	1	3%
Xerostomía	0	0%
Rigidez y Mialgia	0	0%
Otro	31	82%
Total	38	100%
2.29 Experiencia del Estrés		
Trastornos Fisiológicos	1	3%
Trastorno de Comportamiento Social	2	5%
Trastornos Intelectuales y Laborales	4	11%
Síntomas Psicosociales	0	0%
Otro	31	82%
Total	38	100%
2.30 Apnea Obstructivas del Sueño		
2.30.1 Ronca Durante el Sueño		
Si	21	55%
No	11	29%
No Sabe	6	16%
Total	38	100%
2.30.2 Utiliza dispositivo de presión continua positiva para dormir (CPAP)		
Si	0	0%
No	38	100%
Otro	0	0%
Total	38	100%
2.30.3 Despierta Cansado o Fatigado		
Casi todos los días	5	13%
A veces en semana	7	18%
Nunca	24	63%
Otro	2	5%

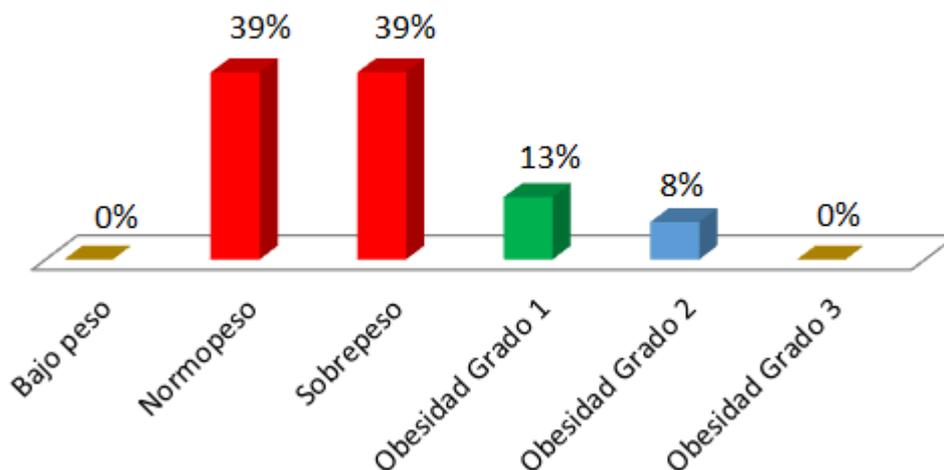
Total	38	100%
--------------	-----------	-------------

En la Tabla N° 2 Muestra estado evolutivo del IAM fue con relación a la clasificación nutricional donde un bajo peso es de 0%, normo-peso y sobrepeso un 39%, obesidad grado 1 13%, obesidad grado 2 8%, obesidad grado 3%. Por consiguiente, el consumo de alimentos procesados en dulces si lo consumen un 87%, y no consumo un 13%, en cuanto alimentos procesado en relación a las carnes el 95% si consumen y un 5% no lo consumen, en cuanto a los derivados lácteos el 71% si lo consume, mientras que el 29% no consumen lácteos, carnes procesadas todos las personas encuestadas lo consumen con un 100%, frutas y hortalizas procesadas el 39% consumen y el 61% no consumen, para las comidas rápidas se evidencio el 92% si consumen y el 8% no. Duración de la actividad física menor de 150 minutos a la semana y otro un 32%, más de 150 minutos a la semana el 24% y 150 minutos semana el 13%. En relación con los hábitos nocivos el tabaco y el alcohol tanto las personas fumadoras y que consumen alcohol es de un 8%, las que no fuman y no consumen bebidas alcohólicas es de 92%, en cuanto al SPA solo el 3% consume, y el 97% no uso de SPA, otro 95% no y el 5% sí. Ahora bien, con la morbilidad preexistente diabetes mellitus tipo 2 el 16%, hipertensión arterial el 63%, obesidad el 11% hipercolesterolemia 68%, el tiempo de diagnóstico de riesgo cardiovascular menores de 1 año y 1 a 2 años es el 18%, de 2 años a 3 años 11%, más de 3 años 53%. En cuanto a la monitorización hemodinámica la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial fue monitorizada en un 100%, presión venosa central, PaO₂, PaFiO₂, lactato y el HCO₃ solo el 3% mientras que el 97% no, el gasto urinario el 32% si el 68% no, PaCO₂ el 85 si, y el 92% no. Por consiguiente en el estado hemodinámico actual con relación a la TA: Estable 92% e inestable el 8%, en cuanto a los signos vitales alterados (TA) 5 % y (TA, GA, GU) 3% y no presentaron alteración en los signos vitales es de un 93%. En todo caso, los marcadores bioquímicos como son la troponina T e I en 95% le realizaron, el 5% no, Creatina-fosfocinasa (CPK) el 100% no le realizaron, la proteína C reactiva (PCR) al

5% le realizaron, al 97% no le realizaron esta muestra de examen y otro 0%. De esta manera, la valoración imágenes diagnósticas el electrocardiograma se lo realizaron a todos los pacientes 100%, radiografía de tórax, la Angiografía coronaria y ecocardiografía se la realizaron en un 92% y el 8% no se la realizaron. Evidentemente con relación al Tipo de IAM. (Según Sociedad Americana) el tipo 1 un 95%, el tipo 2 5%. Con respecto a la frecuencia de episodios de IAM el 1 episodio fue de un 74%, 2 episodios 16% y >a 3 episodios 11%. Los medicamentos formulados antiagregante plaquetario 92% si le formularon mientras que el 8% no, las estatinas 79% le formularon y al 21% no, los anticoagulantes el 5% formularon, y el 95% no, los antihipertensivos 61% si le formularon y el 39% no, los diuréticos el 32% le formularon y el 68% no, los nitratos el 8% le formularon y el 92% no, el Beta bloqueador el 55% si, mientras que al 45% no, y otro el 68% le formularon y el 32% no le formularon otro medicamento. Con relación, toma de medicamentos, el 89.47% regularmente, el 5% irregularmente y la no adherencia al tratamiento 5% y otro 0%. Así mismo, los efectos adversos con la medicación, en la sobre anticoagulación el 0%, con alteración gasto cardiaco el 3%, en las alteraciones gastrointestinales el 53%, el desequilibrio hidroelectrolítico 5% y otro 39%. Por otro lado, otras terapias complementarias psicología el 16%, nutrición 29%, fisioterapia 74%, y otro 16%, Con respecto, a los eventos cardiovasculares, el riesgo de muerte súbita se encontró un 45%, derivado de los procedimientos invasivos 3%, shock cardiogénico 5%, y otro 47%. En cuanto a las complicaciones mecánicas en IAM. La insuficiencia mitral aguda 8%, rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo y rotura del septo interventricular 0%, otro el 92%. En las complicaciones eléctricas en IAM la taquicardia ventricular, extrasístoles auriculares, extrasístoles ventriculares 0%, el bloqueo AV 3%, las complicaciones electicas del IAM, otro 97%, en las complicaciones embolicas e isquémicas en IAM, en TEP 5%, aneurisma ventricular 0%, en ruptura placa ateromatosa el 3%, y otro 92%, en las complicaciones inflamatorias en pericarditis 3%, en derrame pericárdico y síndrome de Dressler 0%, y Otro 97%, por otro lado

en el estado de ánimo se pudo evidenciar en el distímico 8%, hipertimia 0%, eutimia un 82% y ciclotímico o fluctuante 11%, y otro 0%, en las formas de comportamiento hipoactivo 11%, en agitación psicomotora 0%, percepción de control 29%, cooperación 34%, persuasión por el entorno 21%, otro 5%. En los cambio de conducta. En la conducta insocial, agresividad y carácter obsesivo 0%, aislamiento 13%, hostilidad 8%, impaciencia 16%, ansiedad 42%, y otro 21%. Mientras tanto el estado en esfera afectiva la tristeza patológica, el decaimiento autoestima inadecuada y el deterioro relaciones interpersonales fueron un 0%, la irritabilidad 34%, el trastorno del humor 13%, la limitación de actividades habituales 11%, y otro 42%. En relación a la respuesta fisiológica del estrés, el trastorno de agregación plaquetaria, la estimulación del sistema simpático, la rigidez y mialgia, la xerostomía fueron de un 0%, la cefalea un 16%, la diaforesis 3%, y otro 82%. Con respecto a la experiencia del estrés los trastornos fisiológicos el 3%, los trastornos de comportamiento y sociales 5%, los trastornos intelectuales y laborales 11%, los síntomas psicosociales 0%, y otro el 82%. Los resultados En relación apnea obstructiva de sueño, los que ronca durante el sueño el 55%, los que no 29%, y los pacientes que no saben que roncan es de 16%, en cuanto si utiliza dispositivo de presión continua positiva para dormir (CPAP) 0%, y no 100%. Al despertar está cansado o fatigado, casi todos los días un 13%, a veces por semana 18%, nunca 63%, y otro 5%.

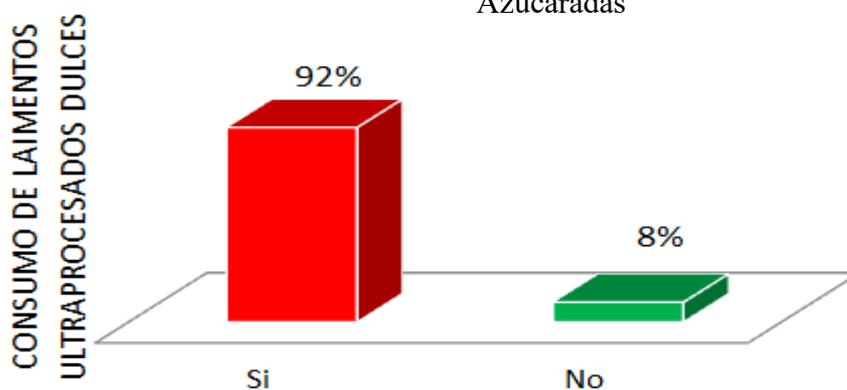
Figura N° 15. Clasificación Nutricional



Fuente:Base de dato este estudio

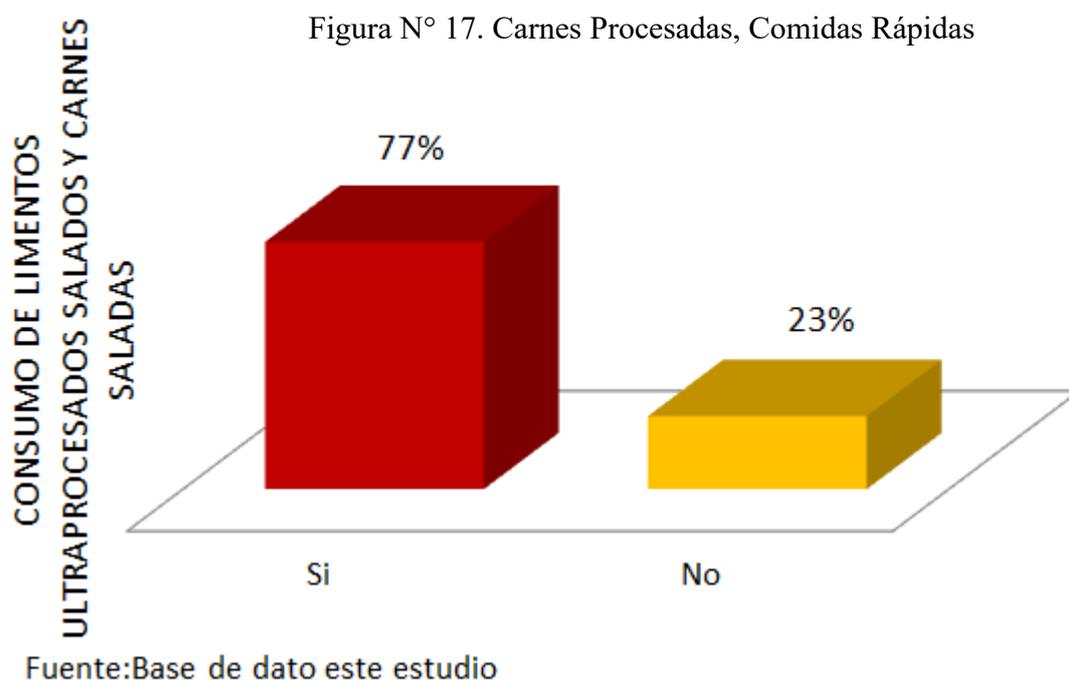
En la Figura N° 15 se puede apreciar en la gráfica que un bajo peso es de 0%, normo-peso y sobrepeso un 39%, obesidad grado 1 13%, obesidad grado 2 8%, obesidad grado 3%. Duque y Rosero en el documento sobre Recomendaciones para el Manejo de la Obesidad señala que cuando se presenta personas con tendencia a la obesidad de forma dual con disminución de la masa magra sobre la masa grasa, se produce disminución del gasto energético que es igual a inactividad física como proceso biológico, lo que finalmente conlleva al aumento de los factores de riesgo cardiovasculares (Revelo & Ossman, 2020).

Figura N° 16. Cereales, Golosinas, Snack, Bebidas, Azucaradas



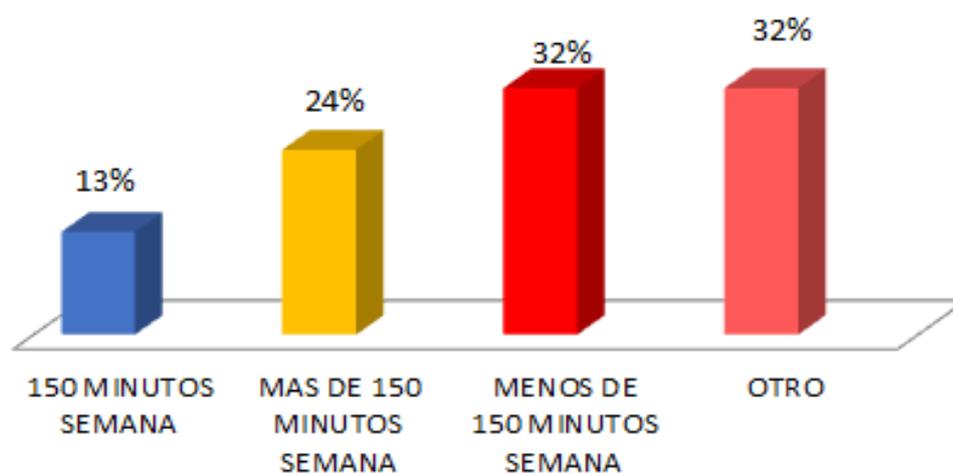
Fuente:Base de dato este estudio

En la Figura N° 16 al aplicar la encuesta la mayoría de los pacientes consumían dulces golosinas, snack, bebidas azucaradas, cereales en un 92%, el 8% no los consumía una baja número de pacientes. La OPS plante que los alimentos ultraprocesados son formula a base de sustancias extraídas de alimentos, adictivos y tiene conservantes que dan color, sabor o textura para semejar a los alimentos. Estos productos desequilibrados a nivel nutricional. Tienen un alto contenido en azúcar, grasa total, grasa saturada y sodio, bajo contenido de proteínas, fibra, minerales y vitaminas. (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016)



En la Figura N° 17 con respecto a los alimentos ultra-procesados en carnes un número de personas consumían este tipo de alimentos con un 77%, los que no fueron un 23%. Arenas, et al. La información por parte de las personas a la hora del consumo de alimentos ultraprocesados desde una perspectiva cardiovascular es imparcial, debido a que está ampliamente relacionado con las vidas de las personas, cuya alimentación es basada según su cultura, emociones, memoria y su identidad. (Arenas Paños, 2016)

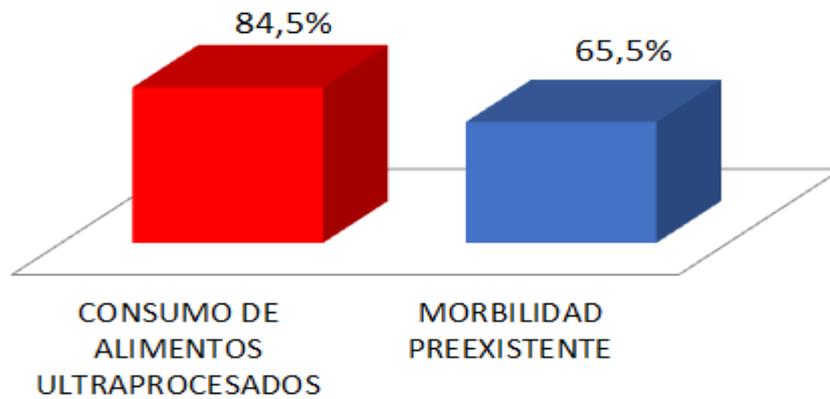
Figura N° 18. Duración Actividad Física



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 18 con relación a la duración de la actividad física menor de 150 minutos a la semana y otro un 32%, más de 150 minutos a la semana el 24% y 150 minutos semana el 13%. En este sentido, en el Plan de Acción en Actividad Física, 2018 – 2030 propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) recalca la importancia de la actividad física definida como el movimiento corporal originado por los músculos esqueléticos que tiene gasto de energía, y se asocia a un factor protector para la prevención de enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, de igual forma contribuye al control y prevención de morbilidad preexistente como sobrepeso, obesidad e hipertensión.

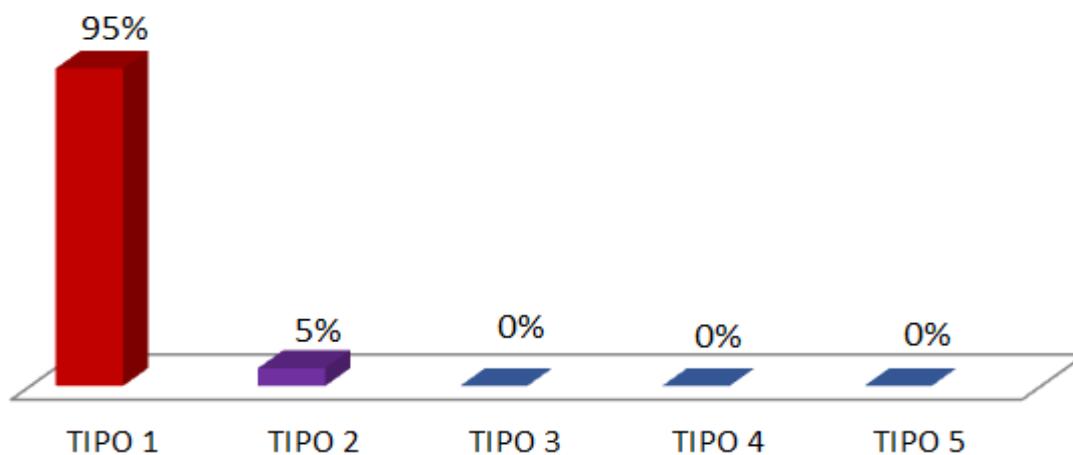
Figura N° 19. Morbilidad Preexistente Según Consumo de Alimentos Ultra procesados



Fuente:Base de dato este estudio

En la Figura N° 19 un 84.5% consume alimentos ultraprocesados, mientras que un 65.5% tiene una morbilidad preexistente. El consumo de alimentos ultraprocesados con frecuencia en personas con comorbilidades preexistentes tiene mayor impacto negativo la cual la mortalidad es más a menudo en este tipo de pacientes. Es de gran importancia la educación a este tipo de usuarios para que disminuyan el consumo de estos productos malignos a nivel cardiovascular. (Valdez, 2019)

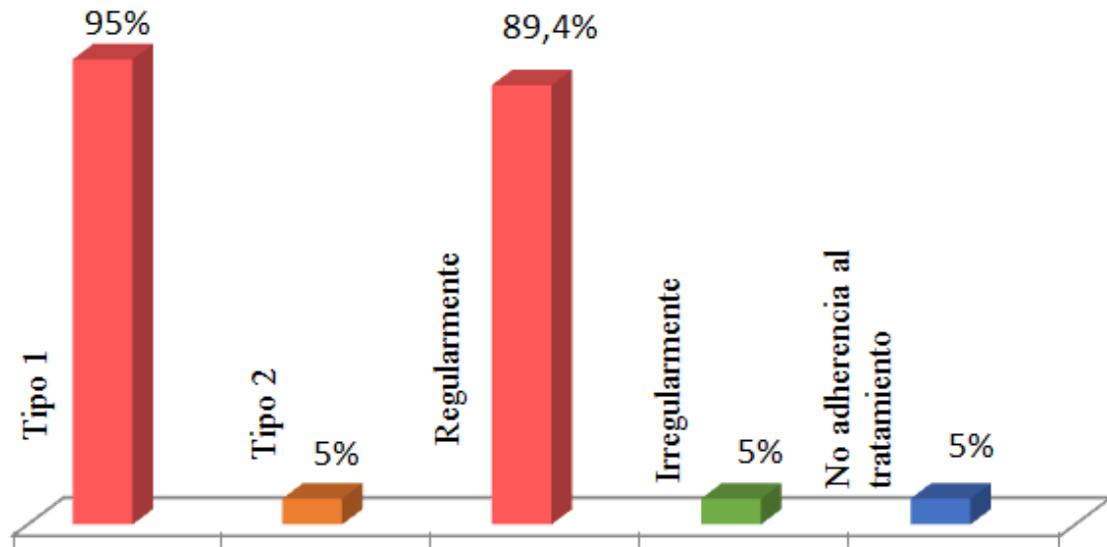
Figura N° 20. Tipo de IAM



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 20 con relación al Tipo de IAM. (Según Sociedad Americana) el tipo 1 un 95%, el tipo 2 fue el 5%. El estudio Calvachi, et al, con una muestra de 743 pacientes que ingresaron al Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá con relación a la variable tipo de IAM encontró mayor predominio importante en IAM tipo I, seguido de Tipo II, lo que este estudio coincide (Calvachi Prieto, Barrios, Puccini, Mojica, Delgadillo, Gómez, et al., 2017a)

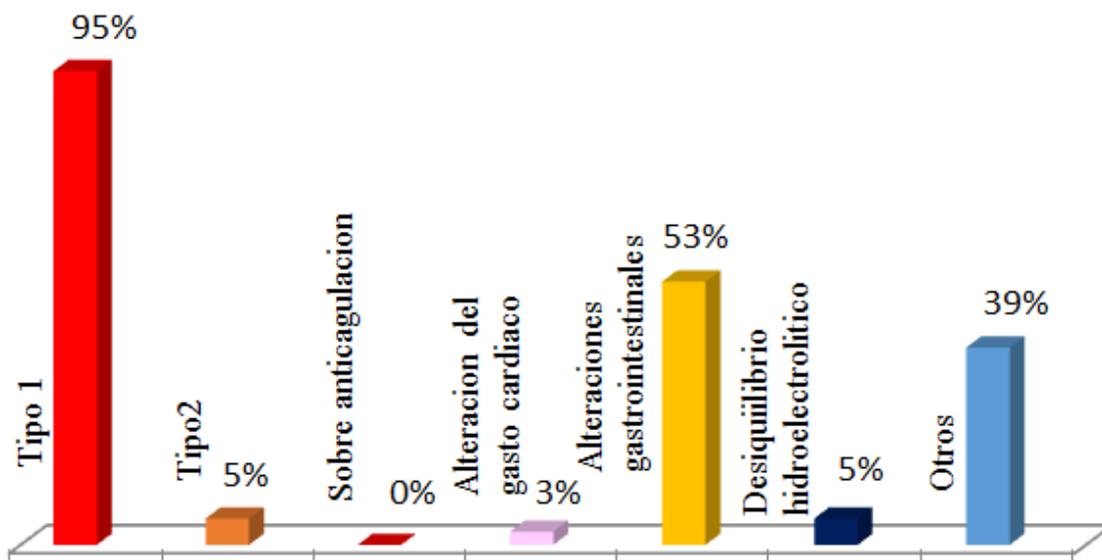
Figura N° 21. Toma de Medicamentos Según Tipo de IAM



Fuente:Base de dato este estudio

En la Figura N° 21 el 89.47% regularmente, el 5% irregularmente y la no adherencia al tratamiento 5% y otro 0%.

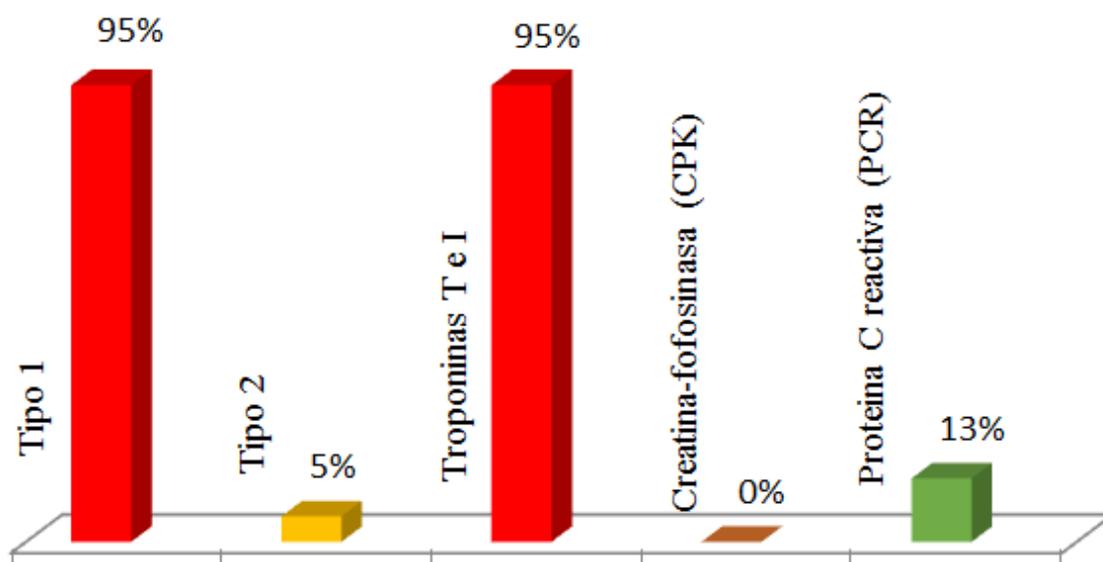
Figura N° 22. Efectos Adversos de la Medicación



Fuente:Base de dato este estudio

En la Figura N° 22 de efectos adversos de la medicación se identificó con sobre anticoagulación el 0%, con alteración gasto cardiaco el 3%, en las alteraciones gastrointestinales el 53%, el desequilibrio hidroelectrolítico 5% y otro 39%.

Figura N° 23. Marcadores Bioquímicos



Fuente:Base de dato este estudio

En la Figura N° 23 Los marcadores bioquímicos como son la troponina T e I en 95% le realizaron el 5% no, Creatina-fosofinasa (CPK) el 100% no le realizaron, la proteína C reactiva (PCR) al 5% le realizaron, al 97% no le realizaron esta muestra de examen y otro 0%. En los biomarcadores séricos de necrosis del musculo cardiaco están la enzima troponina T e I cuando esta esta alterada, para evaluar un posible diagnóstico, valoración pronostica y control luego de terapia de repercusión. (*Biomarcadores Cardíacos: Presente y Futuro*, n.d.)

Tabla N° 3 Cuidados de Enfermería en IAM

3. Cuidados de Enfermería en IAM		
Variable	Frecuencia	%
3.1 Patrón Respiratorio		

Monitorización Patrón Respiratorio	Adecuado	Inadecuado	%
	37		97%
		1	3%
Total	38		100%
Requerimiento de Oxigenoterapia	Adecuado	Inadecuado	
	30		79%
		8	21%
Total	38		100%
Manejo del Dolor	Adecuado	Inadecuado	%
	36		95%
		2	5%
Total	38		100%
Control de la Ansiedad	Adecuado	Inadecuado	%
	16		42%
		22	58%
Total	38		100%
3.2 Ingesta de Líquidos			
Incapacidad Ingesta de Líquidos	Adecuado	Inadecuado	%
	38		100%
		0	0%
Total	38		100%
Trastorno de la Deglución	Adecuado	Inadecuado	%
	36		95%
		2	5%
Total	38		100%
Monitorización Líquidos	Adecuado	Inadecuado	%
	21		55%
		17	45%
Total	38		100%
3.3 Eliminación			
Eliminación Urinaria Deficiente	Adecuado	Inadecuado	%
	36		95%
		2	5%
Total	38		100%

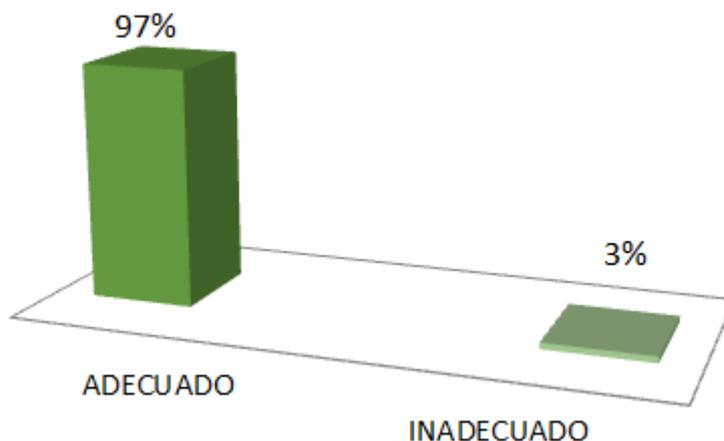
Déficit de Volumen de Líquidos	Adecuado	Inadecuado	
	37		97%
		1	3%
Total		38	100%
Restricción de Líquidos	Adecuado	Inadecuado	
	30		79%
		8	21%
Total		38	100%
Control Gastrointestinal	Adecuado	Inadecuado	%
	25		66%
		13	34%
Total		38	100%
Otro		14	37%
Total		38	100%
3.4 Movimiento y Posturas Adecuadas			
Tolerancia a la Actividad		9	24%
Estabilidad Cardiofisiológica al Ejercicio		6	16%
Fragilidad		14	37%
Otro		9	24%
Total		38	100%
3.5 Bienestar y Descanso			
Frecuente		17	45%
Cambio de Actividad		10	26%
Confort del Paciente		8	21%
Otro		3	8%
Total		38	100%
3.6 Higiene Corporal e Integridad de la Piel			
Protección para Integridad Tisular	Adecuado	Inadecuado	%
	35		92%
		3	8%
Total		38	100%
Control de Zonas de Presión		0	0%
Otro		3	8%
Total		76	100%
3.7 Afrontamiento a la Cotidianidad			
Autocontrol de la Ansiedad		9	24%
Manejo de Emociones		6	16%
Aceptación del Estado de Salud		19	50%
Otro		4	11%
Total		38	100%

3.8 Recreacion			
Deporte	3	8%	
Total	38	100%	
Grupo Social/Redes Sociales	22	58%	
Total	38	100%	
Actividades de Ocio	31	82%	
Total	38	100%	
TV/Cine	31	82%	
Total	38	100%	
Otro	2	5%	
Total	38	100%	
3.9 Autocuidado			
Autocontrol de Hábitos Nocivos	Adecuado	Inadecuado	%
	26		68%
		12	32%
Total	38	100%	
Automanejo Nutricional	Adecuado	Inadecuado	%
	23		61%
		15	39%
Total	38	100%	
Cumplimiento de Medicación Prescrita	Adecuado	Inadecuado	%
	31		82%
		7	18%
Total	38	100%	
Monitoreo de la Enfermedad Cardíaca	8	21%	
Total	38	100%	
Otro	2	5%	
Total	38	100%	
3.10 Red de Apoyo Social			
Familia	37	97%	
Total	38	100%	
Programa de Riesgo Cardiovascular	5	13%	
Total	38	100%	
Cuidador de Salud	0	0%	
Total	38	100%	
Otro	1	3%	
Total	38	100%	

En la Tabla N° 3 muestra la variable de los cuidados de enfermería en IAM en el patrón respiratorio la monitorización del patrón respiratorio fueron 97% adecuado, e inadecuado el

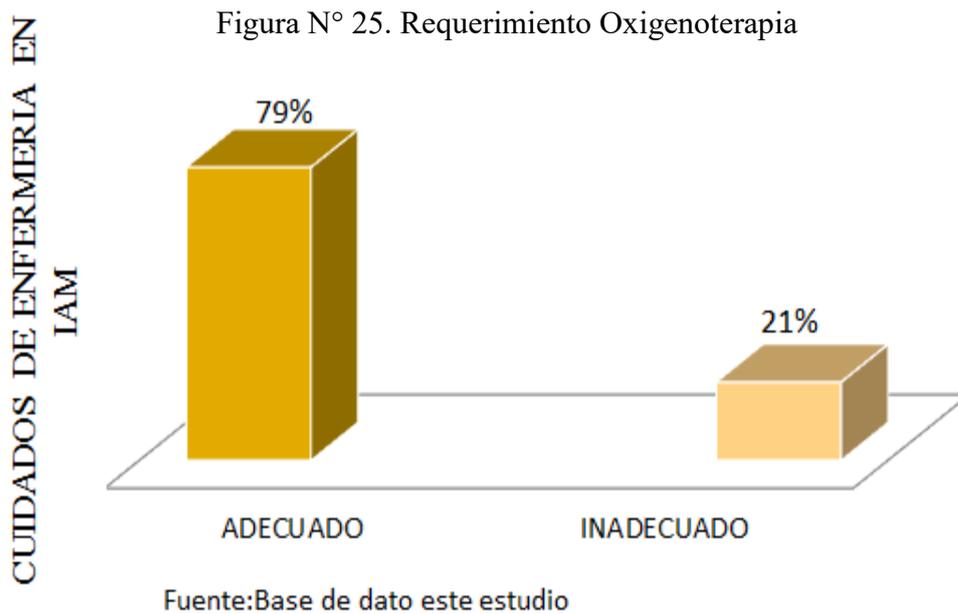
3%, con el requerimiento oxigenoterapia adecuado 79%, el 21% fue inadecuado, en el manejo del dolor adecuado 95%, inadecuado el 5%, en el control de la ansiedad adecuado 42%, inadecuado el 58%. Para la ingesta de líquidos en la incapacidad ingesta de líquidos adecuado fueron el 100%, inadecuado 0%, en el trastorno de deglución adecuado 95%, inadecuado 5%, en la monitorización de líquidos adecuado 55%, inadecuado 45%. Mientras que en la eliminación urinaria deficiente adecuado un 95%, y un 5% inadecuado, al déficit de volumen de líquidos adecuado 97% y el 3% inadecuado, en la restricción de líquidos 79% adecuado e inadecuado un 21%, al control gastrointestinal adecuado 66%, inadecuado 34% y otro un 37%. Por otra parte en el movimiento y posturas adecuadas, en la tolerancia a la actividad es de un 24%, la estabilidad cardio- fisiológica al ejercicio es de un 16%, la fragilidad un 37% y otro un 24%. Se observa también, que el bienestar y descanso, en la frecuente 45%, y el cambio de actividad 26%, el confort del paciente 21%, y otro un 8%. De este modo, la higiene corporal e integridad de la piel en la protección para conservar integridad tisular fueron adecuadas 92%, inadecuados el 8%, en el control de zonas de presión 0%, otro 8%. De estas evidencias, en el afrontamiento a la cotidianidad, en el autocontrol de la ansiedad el 24%, en el manejo de emociones un 16%, en la aceptación de estado de salud el 50%, y otro 11%, se evidencio en la recreación, que en el deporte el 8%, en el grupo social/redes sociales 58%, en las actividades de ocio y TV/cine el 82%, y otro el 5%. En el variable de autocuidado en cuanto al autocontrol de hábitos nocivos 68% es adecuado mientras que el 32% es inadecuado, en el automanejo nutricional es adecuado el 61%, e inadecuado el 39%, en el cumplimiento medicación prescrita es adecuado el 82%, es inadecuado el 18%, en el monitoreo de la enfermedad cardiaca 21%, otro el 5%. En relación a la red de apoyo social la Familia un 97%, en el programa de riesgo cardiovascular 13%, cuidador de salud 0%. Y otro 3%.

Figura N° 24. Monitorización Patrón Respiratorio



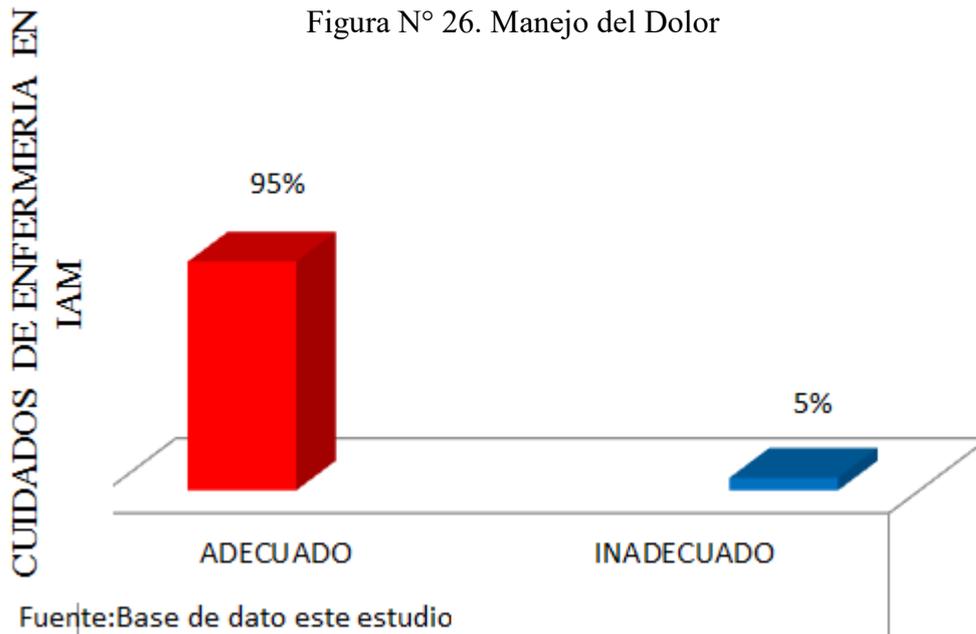
Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 24 en la variable de cuidados de enfermería en el IAM la monitorización del patrón respiratorio fueron 97% adecuado, e inadecuado el 3%. En este orden, Sudón y García et, al, insiste en los cuidados de enfermería son oportunos e integrales, proyectan un proceso de atención de Enfermería para aplicarlo se debe llevar a cabo 5 etapas. Esta la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. Entre las intervenciones planteadas según la NANDA se encuentra vigilancia de las características respiratorias, en cuanto a la frecuencia, ritmo y esfuerzo respiratorio, de igual forma los movimientos respiratorios, observando simetría con tal fin el mantener el paciente con un intercambio gaseoso y respiratorio adecuado. (Fisioterapia & Miocardio, 2018). Lo cual se logró una monitorización adecuada del patrón respiratorio durante la atención de enfermería al mayor porcentaje de los pacientes del presente estudio.



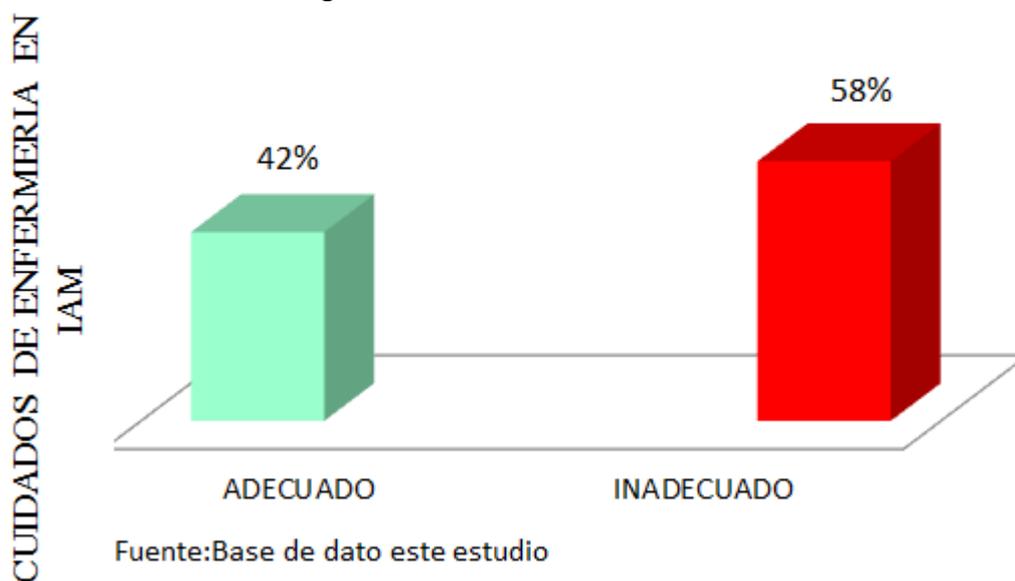
En la Figura N° 25 Cuidados de enfermería con el requerimiento oxigenoterapia adecuada 79%, el 21% fue inadecuado. Esta porcentualidad adecuado/inadecuado se sustenta como lo menciona Moreira, el uso del oxígeno suplementario está en la primera línea de tratamiento en el paciente con IAM se caracteriza por disminución de la oxemia a nivel del musculo cardiaco por diferentes etiologías; es por esto que también el uso de oxigeno suplementario sin indicación por las características clínicas tiene una gran tendencia a traducirse en una hiperoxemia que produce efectos no deseados a nivel del miocardio generando vasoconstricción con la posterior disminución del flujo sanguíneo coronario que concluye con aumentar el área del compromiso del Infarto Agudo de Miocardio (Moreira, 2017)

Figura N° 26. Manejo del Dolor

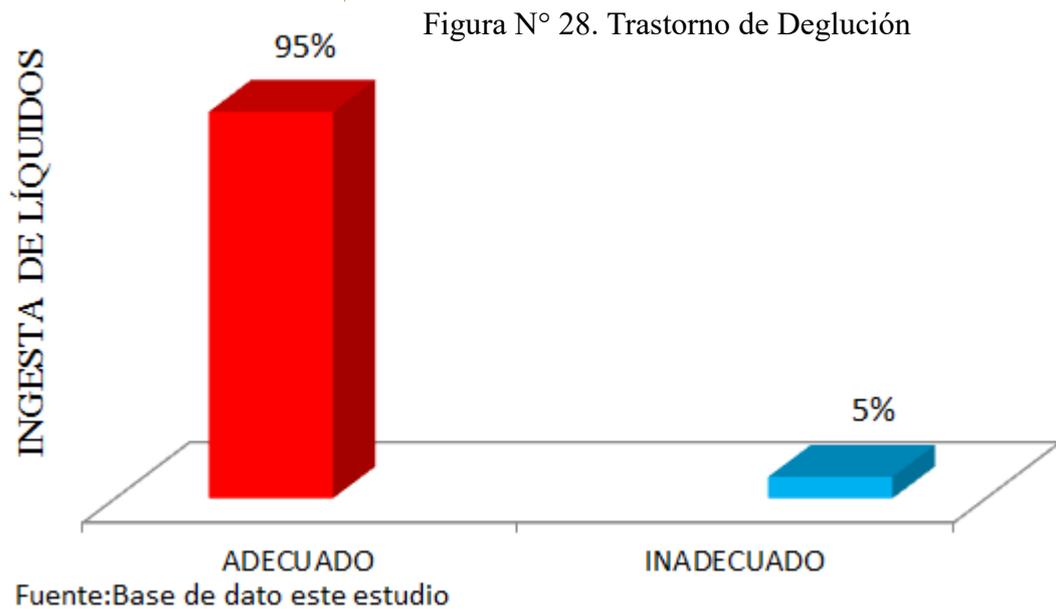


En la Figura N° 26 en el cuidado de enfermería del manejo del dolor adecuado 95%, inadecuado el 5%. En Para, et al, las intervenciones del personal de enfermería cuando el paciente presenta un IAM van encaminados el manejo de manera individualizada, con enfoque multidimensional debido a que no solo presenta cambios hemodinámicos, también se ven alterado el patrón conductual lo cual lo lleva a presentar ansiedad y dolor, se debe conservar la comunicación enfermera/paciente con un enfoque humanístico. (Para et al., 2017)

Figura N° 27. Control de Ansiedad

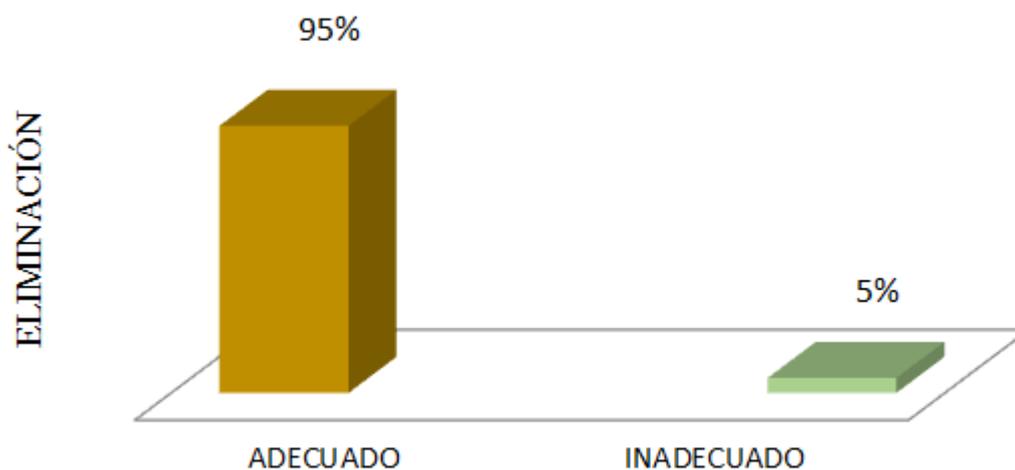


En la Figura N° 27 en el control de la ansiedad adecuado 42%, inadecuado el 58% fueron los cuidados de enfermería. En Para, et al, las intervenciones del personal de enfermería cuando el paciente presenta un IAM van encaminados el manejo de manera específica, al valorar los cambios hemodinámicos, también se debe abordar la alteración el patrón conductual como son el presentar ansiedad se debe conservar la comunicación enfermera/paciente manteniendo la calma, realizando intervenciones con razón científica para controlar la ansiedad del paciente y así lograr tranquilizar esta necesidad insatisfecha del paciente. (Para et al., 2017)



En la Figura N° 28 en la variable de ingesta en el trastorno de deglución adecuado 95%, inadecuado 5%. La disfagia en el Infarto Agudo de Miocardio no tiene relevancia ya que se ha evidenciado la generación de una alteración crónica secundaria a etiología neurológica y no propiamente del IAM; sin embargo en el cuadro clínico del IAM el dolor precordial es sugestivo a causas cardíacas como también alteraciones a nivel esófago gástrico como espasmo, reflujo, gastritis, y otras patologías que pueden generar la caracterización clínica; se soporta entonces que aunque en el cuadro clínico puede aparecer la disfagia la cronicidad de la misma es etiología propia de origen central. (Corneli et al., 2016)

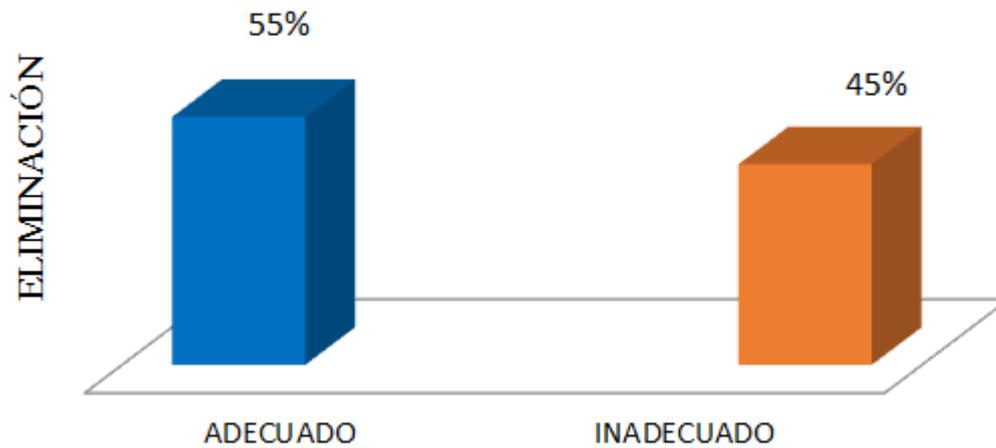
Figura N° 29. Eliminación Urinaria Deficiente



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 29 en la variable eliminación: La eliminación urinaria deficiente el adecuado 95%, inadecuado 5%. La eliminación urinaria su relevancia no es tan significativo debido a que fue adecuado en la muestra, resaltando entonces que dentro del plan de cuidados de enfermería evaluar el proceso de eliminación a nivel urinario; ya que debido a la morbilidad pre existente resulta factible que los pacientes que cursan por un IAM pueden desarrollar deterioro de la función renal. (Coaquira Diaz, 2018).

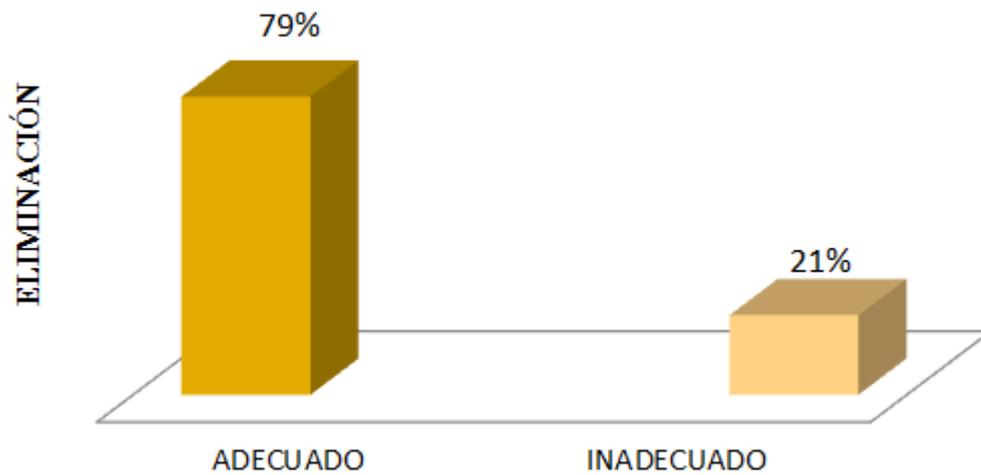
Figura N° 30. Déficit Volumen de Líquidos



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 30 en el déficit de volumen de líquidos adecuado 55% y el 45% inadecuado, en la variable de eliminación. Este aspecto su variabilidad se sustenta en las alteraciones a nivel sistémico que puede tener un paciente que cursa con IAM, a pesar de la variabilidad debido a la morbilidad pre existente es preciso afirmar de acuerdo a la actividad de las vías de eliminación corporal se modifica el comportamiento fisiológico del paciente encontrando características como la diaforesis, poliuria, oliguria, estreñimiento, diarrea, entre otras que finalmente modifican el volumen de líquidos; sin embargo de forma alterna con el tratamiento farmacológico encontramos que tiene impacto en este aspecto (Coaquira Diaz, 2018).

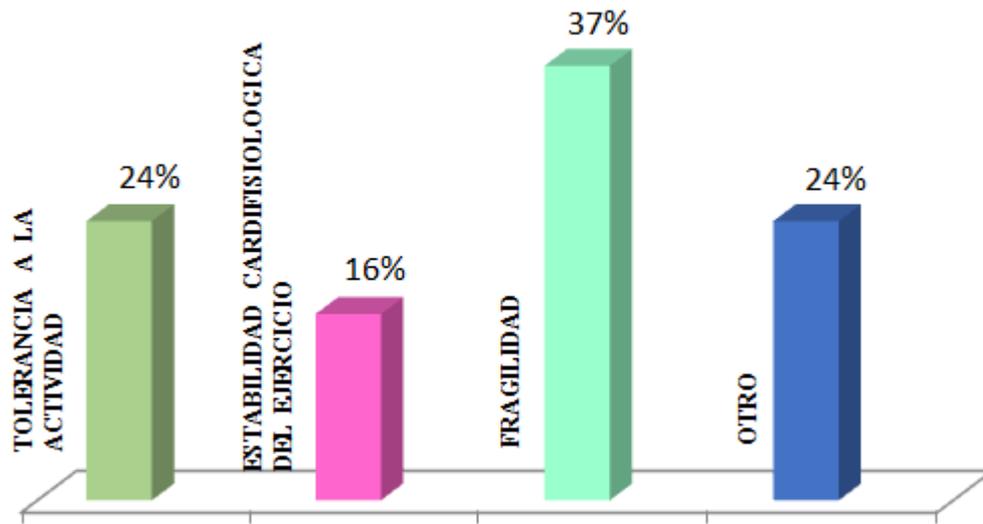
Figura N° 31. Restricción de Líquidos



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 31 en relación de la variable de eliminación en la restricción de líquidos 79% adecuado e inadecuado un 21%. Entre las intervenciones planteadas según la NANDA se encuentra la monitorización de líquidos, controlar y monitorizar el estado de hidratación del paciente, valorar la sed o alteraciones de líquidos, llevar un registro de entradas y salidas de líquidos, se lleva una cuantificación de diuresis. (Fisioterapia & Miocardio, 2018).

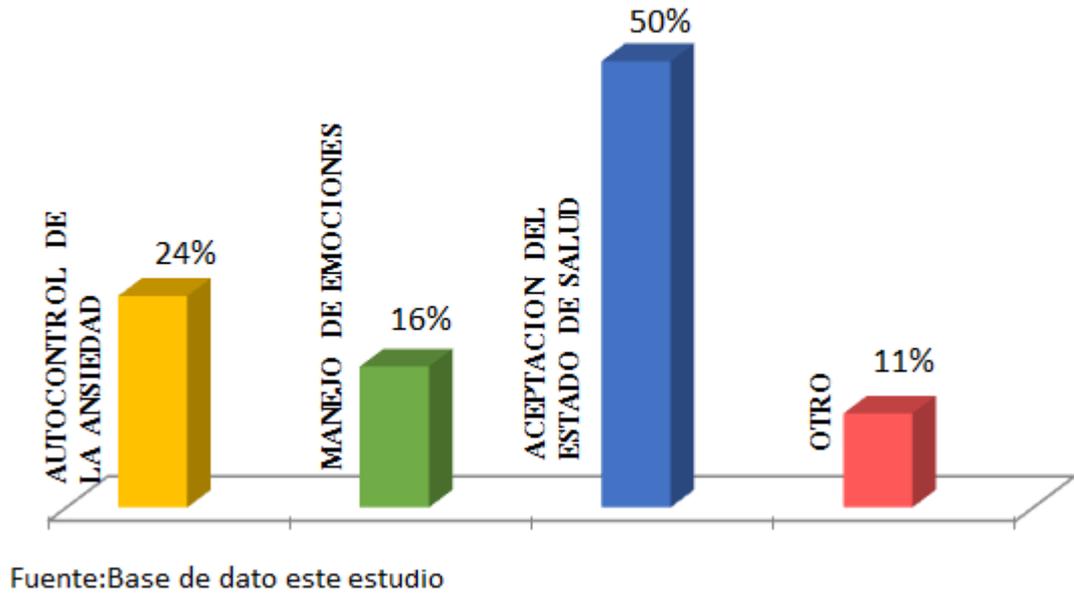
Figura N° 32. Movimientos y Posturas Adecuadas



Fuente: Base de datos de este estudio

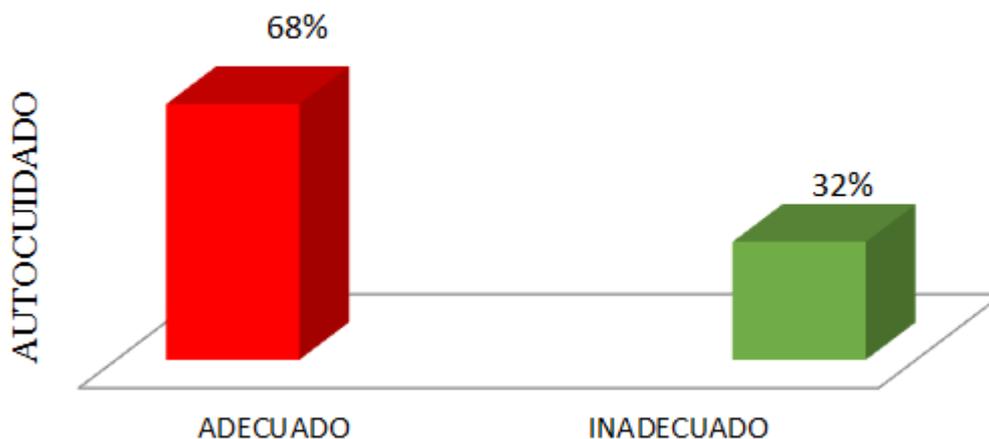
En la Figura N° 32 en el movimiento y posturas adecuadas, en la tolerancia a la actividad es de un 24%, la estabilidad cardio- fisiológica al ejercicio es de un 16%, la fragilidad un 37% y otro un 24%. En Enfermería, et al, nos indica que el moverse y mantener la postura adecuada durante la estancia hospitalaria pos infarto las primeras 12 horas hay intolerancia al actividad física que a medida que el paciente evoluciona va recuperando la movilidad que se puede ir valorando la independencia mediante las actividades de la vida diaria, el índice de Katz o la escala de Lawnon Brody, lo cual nos va a permitir un cuidado integral integro de enfermería (Enfermería et al., 2014)

Figura N° 33. Afrontamiento a la Cotidianidad



En la Figura N° 33 el afrontamiento a la cotidianidad, en el autocontrol de la ansiedad el 24%, en el manejo de emociones un 16%, en la aceptación de estado de salud el 50%, y otro 11%. En Nava, et al, con relación el afrontamiento de la cotidianidad se ve reflejada desde el ámbito familiar está ampliamente relacionado con sentimientos de culpa, hostilidad, desesperación, por verse en posición de no ser útil, después de algunas horas de haber sufrido el evento la mayoría acepta su condición de salud por el acompañamiento del personal de enfermería cuando aborda el paciente desde las dimensiones física, mental emocional, social y espiritual, para que el aporte en su autocuidado. (Nava-Bernal et al., 2003)

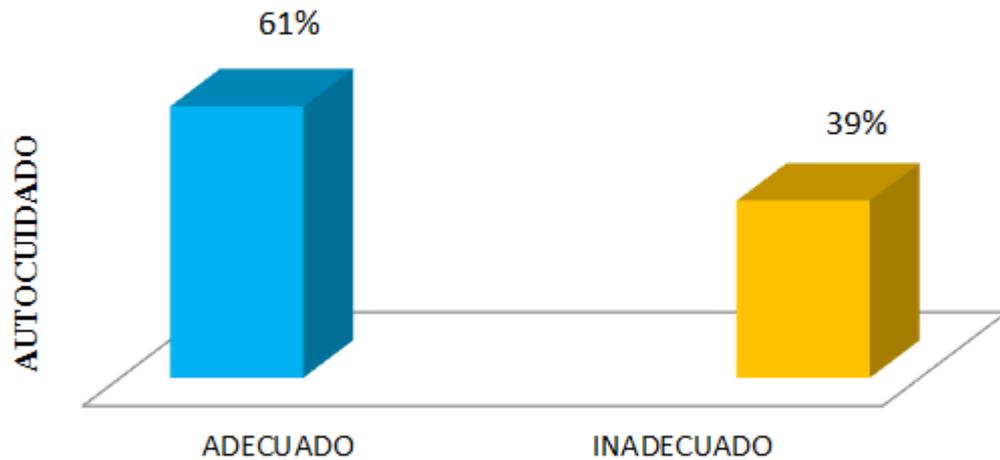
Figura N° 34. Autocontrol de Hábitos Nocivos



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 34 el análisis de autocuidado en el autocontrol de hábitos nocivos en el autocuidado indica que el 68% es adecuado, y el 32% es inadecuado. La presente gráfica representa que desde la generalidad la población objeto de estudio en un porcentaje $>50\%$ percibe el riesgo y encamina acciones a fin de mejorar la calidad de vida resaltando un aspecto fundamental como lo es la percepción de los beneficios (Beneficios en salud, financieros, sociales) que conlleva tener un buen autocontrol de los hábitos nocivos desde su generalidad. El autocuidado inadecuado es característico de personas que no tienen percepción del riesgo y que por el curso de patologías previas adicional a incurrir en el mal manejo de los hábitos nocivos aumentan proporcionalmente la probabilidad de sufrir el IAM (WHO, 2018).

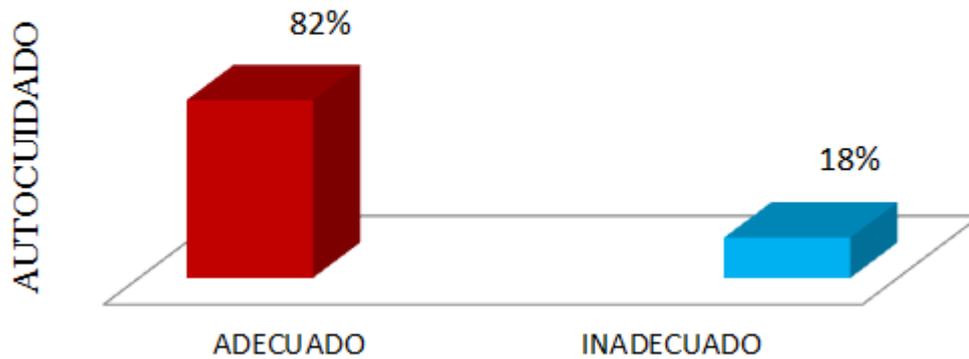
Figura N° 35. Automanejo Nutricional



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 35 el automanejo nutricional en correspondencia con el autocuidado el 61% es adecuado, mientras que el 39% es inadecuado. El automanejo nutricional adecuado hace referencia a aquellas personas que siguen indicaciones del tratamiento multifactorial con el objetivo de tener una calidad de vida en un punto de equilibrio post IAM. La mala percepción de la calidad de vida desde el punto de vista físico y psicológico afecta considerablemente el estado biológico del paciente que ha sufrido la patología; aumentando considerablemente los factores de riesgo que pueden desencadenar el manejo nutricional que terminan empeorando multifactorialmente la condición clínica. El 39% de pacientes de este estudio con deficiente manejo nutricional representan pobre intervención del equipo de salud en alternancia con un deteriorado manejo integral (Catalán et al., 2015).

Figura N° 36. Cumplimiento de la Medicación Prescrita



Fuente: Base de datos de este estudio

En la Figura N° 36 en el cumplimiento de la medicación prescrita en relación con el autocuidado el 82% es adecuado, mientras que el 18% es inadecuado. El estudio de Rojas y Flórez con relación a la variable autocuidado, cumplimiento de la medicación prescrita, la muestra es de 180 pacientes referente a la adherencia al tratamiento en un alto porcentaje y adherencia parcial y no adherencia bajo porcentaje, se presenta similitud en el presente estudio. (Rojas-Reyes & Flórez-Flórez, 2016)

Cuadro N° 7. Cuidado de Enfermería según Tipo de I.A.M.							
Cuidado de enfermería		Tipo de I.A.M				Total	%
		Tipo 1	%	Tipo 2	%		
Manejo del dolor	Adecuado	33	86,9 %	2	5,2 %	35	92,1 %
	Inadecuado	3	7,9 %	0	0 %	3	7,9 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Monitorización de líquidos	Adecuado	20	52,6 %	1	2,6 %	21	55,2 %
	Inadecuado	16	42,2 %	1	2,6 %	17	44,8 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Tolerancia a la dieta	Adecuado	31	81,6 %	0	0 %	31	81,6 %

	Inadecuado	5	13,2 %	2	5,2 %	7	18,4 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Higiene e integridad de la piel	Adecuada	35	92,2 %	1	2,6 %	36	94,8 %
	Inadecuada	1	2,6 %	1	2,6 %	2	5,2 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Movilidad y postura	Adecuada	28	73,7 %	2	5,2 %	30	78,9 %
	Inadecuada	8	21,1 %	0	0 %	8	21,1 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Bienestar y descanso	Adecuada	30	78,9 %	2	5,2 %	32	84,1 %
	Inadecuada	6	15,9 %	0	0 %	6	15,9 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %
Control de la ansiedad	Adecuada	14	36,8 %	0	0 %	14	36,8 %
	Inadecuada	22	58 %	2	5,2 %	24	63,2 %
Total		36	94,8 %	2	5,2 %	38	100 %

Fuente: Base de datos este estudio

En el cuadro N° 7 referente al cuidado de enfermería que recibieron durante la hospitalización de más de 5 días los encuestados según el tipo de IAM señalaron los siguiente: En el tipo 1 con relación al manejo del dolor 33 (86,9%) lo califican de adecuado y 3(7,9%) como inadecuado; en monitorización de líquidos 20 (52,6%) de ellos lo califican como adecuado y 16(42,2%) lo califican de inadecuado; tolerancia a la dieta 31(81,6%) lo califican adecuado y 5(13,2%) inadecuado; con respecto al cuidado en higiene e integridad de la piel 35(92,2%) lo califican adecuado y 1 (2,6%) inadecuado; en cuidado para la movilidad y postura 28(73,7%) lo califican adecuado y 8(21,1%) inadecuado; en bienestar y descanso 28(73,7%) lo califican como adecuado el cuidado y 8(21,8%) como inadecuado; y luego para el control de la ansiedad

14(36,8%) lo califican como adecuado el cuidado y 2(5,2%) como inadecuado. Con relación al cuidado de enfermería en IAM tipo 2 los resultados son diversos en el siguiente orden: Los 2(5,2%) pacientes califican con adecuado el cuidado con relación a manejo del dolor, movilidad/postura y bienestar/descanso; para monitorización de líquidos como higiene e integridad 1(2,6%) paciente respondió adecuado y el otro inadecuado; y luego con relación a tolerancia a la dieta y control de ansiedad los 2(5,2%) lo calificaron como inadecuado. En este orden, Coaquira, insiste en que el cuidado de enfermería en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio debe estar enfocado a: Control del dolor, conservar la mecánica cardiaca y ventilatoria, tener un balance hídrico cada 6 horas, definir las limitaciones físicas del paciente, entre otras, sosteniendo que aquellas intervenciones conllevan a un cuidado integral del paciente con Infarto Agudo de Miocardio asegurando un cuidado holístico como lo evidencio en su estudio. (Coaquira Diaz, 2018).

De otra parte, Holanda da Cunha, afirma que los cuidados de enfermería en Infarto Agudo de Miocardio son necesarios para paliar o mitigar la auto negligencia del paciente que se reconoce con fragilidad e incapacidad frente a las complicaciones del Infarto Agudo de Miocardio; consecuencia de hábitos de vida sedentaria, insuficiente actividad física lo cual repercute posteriormente en la movilidad, que se relaciona con la intolerancia a la actividad física y otras alteraciones que van ligadas al proceso patológico. Además, los cuidados de enfermería deben estar direccionados a brindar un equilibrio teniendo en cuenta la edad de impacto de la enfermedad que está asociado con el síndrome de fragilidad del adulto, que lo condiciona a ser lábil frente a factores externos e internos que se materializan en un proceso patológico como lo es el Infarto Agudo de Miocardio y que en este estudio es factible porque estos pacientes señalaron presentar fragilidad frente a los riesgos inherentes de la patología (Holanda da Cunha et al., 2018).

Conclusiones

El Infarto Agudo al Miocardio (IAM), constituye la manifestación de la cardiopatía Isquémica, que se muestra cuando se produce una necrosis del músculo cardíaco como resultado de la oclusión aguda de una arteria coronaria con la consecuente necrosis miocárdica, evidenciada clínicamente por ángor y/o equivalentes anginosos, por marcadores bioquímicos y cambios electrocardiográficos. En esta forma, la oclusión parcial o total de una arteria coronaria a nivel de la topografía cardíaca debida a una placa vulnerable a la ruptura o la erosión es responsable del 70% de los IAM tipo 1.

En este estudio se encontró que en las características sociodemográficas prevaleció un rango de edad entre 50 y 60 años; presentándose en mayor porcentaje el Infarto Agudo de Miocardio en el género masculino; la presentación habitual predominando el IAM tipo 1; en morbilidad preexistente sobresalió la Hipercolesterolemia/Obesidad/Hipertensión arterial y en algunos casos estas variables combinadas; con relación al estilo de vida fue notoria la inactividad física sumado al alto consumo de alimentos ultra procesados lo que se evidencio en el sobrepeso, obesidad tipo 1 y 2.

En este orden de ideas, la intervención del profesional en enfermería cobra importancia; porque debe tener conocimientos idóneos y actualizados para garantizar un cuidado con calidad suficiente para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solo para el tratamiento médico de la persona con infarto, sino también, hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones, de ahí, que una tarea importante sea mantenerlo bajo monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones evitando un alto riesgo para la vida del paciente.

En consecuencia, atender tempranamente los factores de riesgo modificables en Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, entre otros, como su combinación, que se

configuran en morbilidad preexistente para IAM, se resalta la necesidad de modificar estilos de vida, en particular evitar el sedentarismo, y alimentación no saludable con alto consumo de alimentos ultra procesados como se encontró en este estudio; como también cesación de tabaquismo y alcohol, los cuales constituyen un reto obligado en los Programa de Intervenciones Colectivas (PIC) para morbilidad crónica, con una alta responsabilidad para el profesional en enfermería quien hace el seguimiento, cumplimiento de titulaciones y metas para mantener el control de la morbilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Al, I., Hospitalizado, M., La, E. N., y Intensivos, C. (2011). Model of Nursing Care for the Family of Patient with Myocardial Infarction. *Cuidarte*, 01, 127–137.
- Alvizuri Gomez, E. L. (2017). Cuidado Enfermero en Infarto Agudo de Miocardio en la Clinica Santa Maria del Sur, San Juan de Miraflores. *UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA, Facultad de Enfermería*, 1–44.
- American Heart Association. (2016). *¿Qué son las enfermedades del corazón y el ataque cerebral?* http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-Are-Heart-Disease-and-Stroke_UCM_308835_Article.jsp
- Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M., y Amariles, P. (2018). *Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios*. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(2), 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- Arenas Paños, M. (2016). Infarto de miocardio, infarto social. La experiencia de las restricciones en un programa de rehabilitación cardíaca. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/385860>
- Arias Morales, P. L., Barrero Varon, S. L., Granada Romero, J., Gallego Gonzalez, C. A., Lasso Acosta, A. E., Monge Cardona, I. C., Ramirez, L. M., Orrego Toro, L. A., Perdonomo Cordoba, J., Rincon Castellanos, J. C., Cardona, L., Castaño Valencia, O., & Castaño Castrillon, J. J. (2007). Caracterizacion De Los Pacientes Con Infarto Agudo Del Miocardio En Un Hospital De Nivel 2. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 13, 10–22. <https://doi.org/10.30554/archmed.13.0.1381.2006>
- Avendaño, V. E & Barrios, N. R. (2015). Incidencia de infarto agudo de miocardio en el Hospital central y su manejo con trombolisis. *Revista de Sanidad Militar de Ciudad de México*. Volumen 55.
- Biomarcadores cardíacos: presente y futuro*. (n.d.). Retrieved May 31, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332012000600006
- Borrayo-Sánchez, G., Rosas-Peralta, M., Pérez-Rodríguez, G., Ramírez-Árias, E., Almeida-Gutiérrez, E., y Arriaga-Dávila, J. de J. (2018). *Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: Código I*. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 56(1), 26–37.
- Calvachi Prieto, P., Barrios, D. D., Puccini, M., Mojica, H. A., Delgadillo, D., Gómez, M., Celis, E., & Buitrago, A. F. (2017b). Frequency of myocardial infarction according to the third universal definition. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(6), 592–597. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.06.008>
- Catalán, A., Echeverría, T., & Martínez, L. (2015). *Percepción de Calidad de Vida en Paciente post IAM y factores relacionados*.
- Coaquira Diaz, G. (2018). *Proceso del Cuidado de Enfermería Aplicado a Paciente con Infarto Agudo de Miocardio, Hospital Honorio Delgado, Arequipa, 2018*. 7–8.

- Coll, Y., Francisco, M., Valladares, D. J., Claudio, C., y Rodríguez, G. (2016). *Acute Myocardial Infarction. An Update of the Clinical Practice Guideline*. *Revista Finlay*, 6(2), 170–190.
- Corneli, M., González, M. Á., Higa, C., & Hirschson, A. P. (2016). Consenso para el Manejo de Pacientes con Dolor Precordial Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista Argentina Cardiología*, 84. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i4.9074>
- Díaz de Flores. L, et all, (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
- Enfermería, A. D. E., Infarto, P., & Miocardio, A. D. E. (2014). *Actuación De Enfermería Posst Infarto Agudo De Miocardio*.
- Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S., y Diaz-Videla, V. (2019). *Modelos Y Teorías De Enfermería: Sustento Para Los Cuidados Paliativos*. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 33–43. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>
- F, K. Ge. (1967). 濟無No Title No Title No Title. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Fisioterapia, E. U. D. E., & Miocardio, A. D. E. (2018). *E. U. de Enfermería y Fisioterapia*.
- García, A. D, Moriel, C. L, Hernández, B. R, Berumen, B. V & Gallegos, A. M, (2011). Modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto al miocardio hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cuidarte*. <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1954235212?accountid=50441>
- Gaviria, S., Ramírez, A., Alzate, M., Contreras, H., Jaramillo, N., & Muñoz, M. C. (2020). Epidemiología del síndrome coronario agudo. *Medicina UPB*, 39(1), 49–56. <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n1.a08>
- González Pompa, J. A., y González Pérez, J. M. (2013). *Factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 679–688.
- Hernández-Martínez, J. C., Varona-Uribe, M., & Hernández, G. (2020). Prevalence of factors associated with cardiovascular disease and their relationship with work absenteeism in a government office. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27(2), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.11.004>
- Holanda da Cunha, G., Lima Ramalho, A. K., Maia Cruz, A. M., Correia Lima, M. A., Barbosa Franco, K., & Rodrigues de Oliveira Lima, R. C. (2018). Nursing diagnostics according to the self-care theory in patients with myocardial infarction. *Aquichan*, 18(2), 222–233. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.9>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen,

- M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ... Gale, C. P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Leyva, I. B., Ramón, J., Alonso, B., Rodríguez, V. R., Fernández, R. C., & García, Y. P. (2019). *Caracterización de pacientes menores de 65 años con infarto agudo del miocardio en terapia intensiva* Characterization of patient younger than 65 years with acute myocardial infarction in intensive therapy. 4(4).
- Mesa Melgarejo, L. (2015). *Factores de riesgo en Infarto Agudo de Miocardio: Revisión de estudios observacionales*. *Revista Facultad Ciencias de La Salud: Universidad Del Cauca*, 17(3), 10–20.
- MINSALUD. (2019). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
- Moldes, M., González, M., Hernández, M., Prado, L., & Pérez, M. (2017). *Comportamiento del infarto agudo del miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela* Behavior of the acute myocardial infarction in Intensive Care Services. *Diagnostic Integral Center Simón Bolivar. Venezuela*. 43–52.
- Moreira, J. J. (2017). *Oxigenoterapia como causa de hiperoxemia en pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el área de emergencia del Hospital Eugenio Espejo de Quito – Ecuador durante el periodo de enero a junio del 2016*.
- Nava-Bernal, R. B., Arce-González, E., Torres-Rosete, M. I., & Hernández-Juvenal, Y. (2003). Proceso de enfermería para pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM). *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 11(3), 151–158.
- OMS. (2017). Enfermedades Cardiovasculares; World Health Organization. http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/
- OPS. (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. In *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. Más personas activas para un mundo sano*. <https://doi.org/10.37774/9789275320600>
- Paul M. Muchinsky. (2012). *Psychology Applied to Work: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*, Tenth Edition Paul, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Para, Q. U. E., El, O., Maestra, G. D. E., Vicenta, M., & Martínez, G. (2017). *DURANTE LA Terapia fibrinolítica trabajo terminal*.
- Parral Gil, R., Lizcano Álvarez, Á., Galván Redondo, D., & Guerra Blanco, C. (2019). Infartapp : una app para los autocuidados en pacientes postinfartados. *Revista Enfermería En Cardiología*, 26(76), 83–88.
- Quitian Moreno, J., Ariza Rodríguez, D. J., Rugeles, T., y Bermúdez López, L. M. (2017). *Complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio: aunque infrecuentes*,

- potencialmente letales*. In Revista Colombiana de Cardiología (Vol. 24, Issue 5, pp. 505–509). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.04.005>
- Reperusión coronaria en el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: importancia del contexto y tiempo de aplicación*. (2015). *Medisan*, 19(10), 1259–1267.
- Raile Alligood M., & Marriner Tomey A. (2010). *Modelos y teorías*.
- Saldaña, A. M., Rodríguez, M. M., y González, A. L. (2018). *Índice Leucoglucémico Como Predictor De Complicaciones En El Síndrome Coronario Agudo*. 32(1), 27–30
- Revelo, R. R., & Ossman, J. D. (2020). *Recomendaciones de la asociación Colombiana de endocrinología, diabetes y metabolismo para el manejo de la obesidad*.
- Rojas-Reyes, J., & Flórez-Flórez, M. L. (2016). Adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas com infarto agudo de miocárdio. *Aquichan*, 16(3), 328–339. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>
- Saldaña, A. M., Rodríguez, M. M., y González, A. L. (2018). *Índice Leucoglucémico Como Predictor De Complicaciones En El Síndrome Coronario Agudo*. 32(1), 27–33.
- SIAC | Recomendaciones de la Sociedad Interamericana de Cardiología para el manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo durante la pandemia por COVID 19 | SIAC*. (n.d.). <http://www.siacardio.com/novedades/covid-19/recomendaciones-de-la-sociedad-interamericana-de-cardiologia-para-el-manejo-de-los-pacientes-con-sindrome-coronario-agudo-durante-la-pandemia-por-covid-19/>
- Sinisi, V., y Mele, E. (2009). *Complicaciones Relacionadas con el Infarto Agudo de Miocardio*. *Prosac*, 4, 36–53.
- Torres, C. I, Illera, D, Acevedo, D. E, Cadena, M, Meneses, L. C, Ordoñez, P. A, Pantoja, L. N, Pastás, M, (2018). Riesgo cardiovascular en una población adolescente de Timbío, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud*.
- Ugalde, H., Yubini, M. C., Rozas, S., Ignacia Sanhueza, M., y Jara, H. (2017). *Validación del puntaje de riesgo TIMI como predictor de mortalidad en pacientes chilenos con infarto agudo al miocardio con supradesnivel del ST Prediction of hospital mortality of ST elevation myocardial infarction using TIMI score*. *Rev Med Chile*, 145, 572–578. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n5/art03.pdf>
- Urrutia, I. B., Valenzuela Suazo, S., & Carrillo, K. S. (n.d.). *Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios I educational effectiveness of nursing intervention on the modification of risk factors coronary*.
- Valdez, L. M. (2019). EDITORIAL / EDITORIAL. In *Rev Med Hered* (Vol. 30). <https://www>.
- Villavicencio Chica, O. M., Buri Satama, F. M., García Loor, G. Y., Macías Palacios, N. M., Flores Tacle, P. G., y Chávez Salazar, A. J. (2019). *Procedimientos adecuados para*

pacientes con isquemia e infarto miocardio al ingreso en la UCI. Reciamuc, 3(3), 1444–1466. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.1444-1466](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.1444-1466)

Vitón, C. A, Lorenzo, V. B, Linares, C. L, Lazo H. L, Godoy, C. O, (2018) Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con infarto agudo de miocardio. *Revista de Ciencias Médicas*.

WHO. (2018). HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling. *World Health Organisation*, 1–6.

YS Betancourt-Plaza, I., y Martos-Benítez, F. (2016). *Escala TIMI como predictor de muerte en pacientes con infarto miocárdico agudo sin intervención coronaria percutánea*. *CorSalud*, 8(2), 111–116.

Y, C. N. de I., y Tecnologías en Salud, C. (2013). *El Síndrome Coronario Agudo GPC completa*.