



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

**CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON INFARTO DE
MIOCARDIO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL MILITAR “CNEL ELBANO PAREDES VIVAS” DE MARACAY
ESTADO ARAGUA**

(trabajo especial de grado presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería)

AUTORAS:

Casaña, Yurima C.I 7.232.248

Florido, Lisbeth C.I 7. 216.639

Nieves, Rosa C.I 9.657. 648

TUTORA: Mgs: Carmen Amalia Vallenilla

Maracay, Octubre 2005



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

**CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO QUE
INGRESAN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR
“CNEL ELBANO PAREDES VIVAS” DE MARACAY
ESTADO ARAGUA**

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO

Por darme fuerza y la oportunidad de culminar tan anhelada meta. Por iluminar mi camino con su maravillosa.

Con un amor muy especial, a mi papá que siempre estuvo allí apoyándome y felicitándome, por todos mis logros y dándome esos consejos que sirvieron de herramientas para el logro de mi meta.

A mis hijos Jhonattan y Pamela, por sus sacrificios, comprensión y sus palabras de aliento.

A Emilio por su apoyo incondicional en los momentos mas difíciles

A todos ellos, mil gracias, le estaré siempre agradecidos.

LISBERH FLORIDO.

DEDICATORIA

A DIOS sobre todas las cosas por permitirme existir y dar un paso más en la vida para seguir adelante en logro de mis metas.

A mis madre por ser especial en mi vida y darme el apoyo, la fuerza necesarias en los momentos mas indicados.

A mis hijos Néstor, Argenis y Nestyuri ya que son los seres que me dan la fuerza para seguir luchando por ellos y para ellos, en esta vida, por su comprensión, paciencia y el amor que me dan. Gracias amén

YURIMA CASAÑAS

DEDICATORIA

A DIOS gracias por lograr esta meta. A mis hijos José Daniel, Jesús Alberto a Ruth Nazaret ,mi niña preciosa, un regalo mas de dios.

A mis compañeras de tesis Yurima y Lisbet . sin Ustedes nada.....

NIEVE ROSA

AGRADECIMIENTO

A DIOS TODOPODEROSO

A nuestra profesora Carmen Vallenilla, por su solidaridad, comprensión e impartir y compartir todos sus conocimientos.

A nosotras mismas, por la perseverancia y empeño, por dar lo mejor de si mismas en la realización de la tesis

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, quien representa la más sólida base de la formación de un profesional al servicio de la comunidad.

LAS AUTORAS

GRACIAS

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatorias.....	III
Agradecimientos.....	VI
Lista de Cuadros.....	VIII
Lista de Gráficos.....	XI
Aprobación del Tutor.....	XIV
Resumen.....	XV
Introducción.....	16
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema.....	19
Objetivos de la Investigación.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivo Específicos.....	22
Justificación del Estudio.....	23
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes del Estudio.....	26
Bases Teóricas.....	30
Sistema de Variable.....	82
Operacionalización de la variable.....	83
Capítulo III: Marco Metodológico	
Diseño de la Investigación.....	85
Tipo de Estudio.....	86
Población y Muestra.....	86
técnica e instrumento de Recolección de datos.....	87
Validez	87
Confiabilidad.....	88
Procedimiento para la Recolección de Información.....	89
Técnica de Análisis de Resultados.....	90
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados.....	91
Capitulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	121
Conclusiones.....	121
Recomendaciones.....	122
Referencias Bibliografías.....	123
Anexos.....	128

LISTA DE CUADROS

Nº

1 .DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR Y LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....	91
2 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL EQUILIBRIO DE APORTE/DEMANDA DE OXIGENO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....	94
3 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....	96
4 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LAS VIAS AÉREAS PERMEABLES Y CATETERIZACIÓN DE VIAS VIAS PERIFÉRICAS DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....	98
5 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON VALORACIÓN Y CONTROL DEL GRADO DE ANSIEDAD Y DEL DOLOR DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....	101

<p>6 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VIGILANCIA DE LA FUNCIÓN RENAL DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	104
<p>7 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INOTROPICOS POSITIVOS EN EL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	107
<p>8 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA RELAJACIÓN Y EL SUEÑO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	110
<p>9. DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	113
<p>10 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL CONTROL HÍDRICO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	116

11 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA EXTRACCIÓN DE LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....

119

LISTA DE GRAFICOS

Nº

- 1 .DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR Y LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO..... 93
- 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL EQUILIBRIO DE APORTE/DEMANDA DE OXIGENO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO..... 95
- 3 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO..... 97
- 4 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LAS VIAS AÈREAS PERMEABLES Y CATETERIZACIÓN DE VIAS VIAS PERIFÉRICAS DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO..... 100
- 5 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON VALORACIÓN Y CONTROL DEL GRADO DE ANSIEDAD Y DEL DOLOR DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO..... 103

<p>6 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VIGILANCIA DE LA FUNCIÓN RENAL DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	106
<p>7 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INOTROPICOS POSITIVOS EN EL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	109
<p>8 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA RELAJACIÓN Y EL SUEÑO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	112
<p>9.DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	115
<p>10 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL CONTROL HÍDRICO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....</p>	118

11 DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA EXTRACCIÓN DE LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.....

120

APROBACIÓN DEL TUTOR.

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por las T.S.U **CASAÑA YURIMA, FLORIDO LISBETH Y NIEVES ROSA,** titulado: **CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE INGRESAN CON INFARTO DE MIOCARDIO A LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL ELBANO PAREDES VIVAS” DE MARACAY ESTADO ARAGUA.,** para optar al título de Licenciadas en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Msg. Carmen Amalia Vallenilla

C.I N° _____



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



CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL ELBANO PAREDES VIVAS” DE MARACAY -ESTADO ARAGUA

AUTORAS

CASAÑA, YURIMA

FLORIDO, LISBETH

NIEVES, ROSA

TUTORA: MGs Carmen Vallenilla

Fecha: OCTUBRE 2005

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en la Unidad Clínica de Emergencia de adulto del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas” Maracay Edo. Aragua. En la misma se planteo como objetivo determinar la calidad de los cuidados brindados por el profesional de enfermería a pacientes con infarto de miocardio. La investigación correspondió a un diseño de campo de carácter descriptivo. La muestra se seleccionó utilizando el muestreo no probabilístico e intencional quedado integrada por diecinueve (19) enfermeras. La información fue recolectada mediante la aplicación de una guía de observación dirigida a medir la Calidad del Cuidado Brindado a los pacientes con infarto de miocardio. La confiabilidad se determino con la aplicación del método Haynes obteniéndose un valor de 0.90 lo cual de acuerdo a la escala de categoría lo ubico como de elevada confiabilidad. El procedimiento y análisis se realizo mediante la utilización de la estadística descriptiva, porcentajes y frecuencia simple. Los resultados de la investigación permitieron a las autoras concluir que la calidad de los cuidados que reciben los pacientes con Infarto de Miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia presentan debilidades significativas. Recomendando publicar los resultados obtenidos y mejorar, evaluar de forma continua los proceso de cuidados

Descriptores: Cuidados, Calidad, Infarto de Miocardio.

INTRODUCCIÓN

En las últimas cinco décadas las enfermedades cardiovasculares han pasado a ocupar el primer lugar de causa de morbilidad y mortalidad en la población venezolana. Dentro de ellas, la enfermedad isquémica del corazón ocasionada por la aterosclerosis de las arterias coronarias, ocupando estas el primer lugar; y su complicación más temible es el infarto de miocardio. Con este nombre se designa el cuadro clínico producido por la muerte de una porción del músculo cardíaco, debido a la obstrucción completa de una arteria coronaria, con la consiguiente supresión del aporte sanguíneo al miocardio por ella irrigado.

La manifestación del infarto miocárdico agudo (aunque no es la única y en algunos casos puede estar ausente) es el dolor. Típicamente, se trata de un dolor con carácter opresivo localizado detrás del esternón, irradiado al cuello y al brazo izquierdo, con duración de hasta una hora o más. Pero no siempre el dolor producido por el infarto tiene esas características típicas y puede adoptar formas que son susceptibles de confundirse con el dolor de un proceso respiratorio, del aparato digestivo alto o de un proceso inflamatorio de la pared torácica, entre otras cosas.

En tal sentido, el adulto particularmente si presenta factores de riesgo coronario (presión arterial elevada, hiperlipidemia, tabaquismo, diabetes mellitus, historia familiar de enfermedad coronaria), debe consultar sin demora a un centro de salud con capacidad de resolver con prontitud los problemas, diagnósticos y terapéuticos de un infarto miocárdico agudo, y si presenta un dolor precordial compatible con este diagnóstico, aunque no tenga características típicas.

Es evidente entonces que cuando el enfermo acuden a un centro asistencial la intervención de enfermería es fundamental, ya que al ingresar a una Unidad de Emergencia de Adultos son estos profesionales quienes le reciben y ejecutan los primeros cuidados; por ello se determina su intervención para prever complicaciones subsecuentes de una deficiente atención inicial.

Con este objetivo se desarrolla la presente investigación en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas”, Maracay; sustentada en un estudio de campo de naturaleza descriptiva.

La realización de está investigación se sustenta metodológicamente en una estructura de cinco capítulos desarrollados de la siguiente manera:

Capitulo I, el problema, el cual comprende el contexto del objeto de estudio, expuesto en el planteamiento del mismo, los Objetivos de la investigación y la justificación.

El capitulo II, Marco Teórico, donde se exponen los antecedentes del estudio, las bases teóricas, así como la operacionalización de variables y las definiciones de términos básicos.

Capitulo III, Marco Metodológico, que define el diseño de la investigación el tipo de estudio, población y muestra, la técnica e instrumentos de recolección de datos, al igual que el procedimiento de validación y confiabilidad, así como el plan de tabulación y análisis.

El capitulo IV, donde se presenta el Análisis de los resultados, agrupados en cuadros y gráficos la información recabada.

El Capitulo V, el cual recoge las conclusiones y recomendaciones. Para finalizar se presentan las referencias bibliográficas que sirvieron de sustentación a la investigación y los anexos pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y debe responder a las necesidades cambiantes en los pacientes, quienes demandan cuidados de acuerdo con sus hábitos, costumbres y estados de salud; este último determina el nivel de cuidados donde el mismo debe ser atendido y, por tanto, la tecnología que ha de utilizarse para su tratamiento. La búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad para redescubrir la identidad profesional, pues el desarrollo técnico y científico de la profesión, orientado primordialmente a satisfacer las necesidades del paciente, mejorar la comprensión de las organizaciones de enfermería en las instituciones de salud y hacia la formulación de estrategias de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación y la discusión acerca de la calidad de enfermería.

Ahora bien, es posible que en algún momento el profesional de la enfermería deba dar asistencia a un paciente con infarto de miocardio, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las más importantes causas de morbi-mortalidad. De acuerdo a datos suministrados por Guzmán, C.(2003), en 1998 se registraron en el mundo aproximadamente 50 millones de muertes al año, y casi 80% de las mismas ocurrió en países en desarrollo. En los países desarrollados, de un total de 10, 9 millones de defunciones, 5,3 millones se debieron a enfermedades

cardiovasculares. Cita la autora, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Refiriendo que en América Latina, se

“estimó que ese mismo año hubo 800.000 defunciones por esta causa (25% del total), y en Canadá y los Estados Unidos la proporción se acercó al 50%, las tasas más altas para enfermedad Cardiovasculares se encontraron en Trinidad y Tobago, Suriname, Cuba y Venezuela.” (Pàg. 3)

Con respecto a este ultimo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2002) citados por la autora anteriormente mencionada señalan que a nivel mundial:

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de muerte en 1999 (21%), más de la mitad ocurrieron por infarto agudo del miocardio. Las enfermedades hipertensivas aportaron una de cada 10 muertes. La tendencia para las enfermedades isquémicas es ascendente, no así para las hipertensivas, lo que hace suponer un subregistro para esta causa. El principal grupo de edad afectado se encuentra en 40 y 60 años (Pàg. 6).

Ante la perspectiva de la búsqueda de la calidad en el cuidado, la intervención de la enfermera cobra importancia ya que es dicho personal quien inicialmente recibe a estos pacientes en las Unidades de Emergencias de Adultos. Siendo así, dichos profesionales deben contar con los conocimientos y preparación suficiente para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones.

La valoración física realizada por el profesional de la enfermería, en sus funciones propias y derivadas, se inician con la asistencia al dolor; la cual debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena. El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardiaca por estimulación simpática. Es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal , ya que el paciente con infarto de miocardio en la fase aguda presenta cambios muy específicos en la relación con éste, igualmente el profesional de la enfermería debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación basada en los hallazgos y datos enunciados, al igual que la enfermera identificar y define los problemas reales y/o potenciales que presenta el paciente con infarto de miocardio en la fase aguda. Para cada uno debe planear actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prevé que la atención proporcionada sea de calidad.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizado es importante señalar que de acuerdo a los informes de Ingresos para el año 2003, se atendió un promedio de diez (10) pacientes mensuales con Infarto de Miocardio, incrementándose en el primer trimestre del año 2004. cabe destacar, que dicha Unidad laboran diecinueve (19) profesionales de la enfermería distribuidos en los distintos turnos, observándose que el mismo es rotando con frecuencia, lo que no le permite adquirir la pericia necesaria para manejar estos pacientes, además se perciben desorientados en la ubicación del material para atención inmediata de estos pacientes, solo aplican las acciones de rutina, aunque estos enfermos requieren de un cuidado especial, que implica, un cuidado oportuno, eficiente y eficaz, lo que

evidenciaría factores determinantes en la calidad del cuidado proporcionando.

Ante esta situación se formulan las siguientes interrogantes de estudio: ¿ Reciben los paciente con infarto de miocardio unos cuidados de calidad en la unidad clínica de emergencia de adulto? ¿cuáles son las funciones propias que realizan los profesionales de enfermería al proporcionar cuidados a los pacientes con infarto del miocardio?, ¿cuáles son las funciones derivadas que realizan los profesionales de enfermería al proporcionar cuidados a pacientes con infarto del miocardio?. Para dar respuesta a estas interrogantes se plantea la siguientes investigación: ¿Cómo es la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería a los pacientes que ingresan con infarto de miocardio que ingresan a la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel, Elbano Paredes Vivas” de Maracay, Estado Aragua.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la calidad de los cuidados brindados por el profesional de enfermería a pacientes con infarto de miocardio que ingresan en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel, Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Estado Aragua.

Objetivos Específicos:

Identificar las funciones propias realizadas por los profesionales de enfermería en la práctica de los cuidados a pacientes con infarto del miocardio que ingresa en la Unidad de Emergencia

Identificar las funciones derivadas ejecutados por los profesionales de enfermería en la práctica de los cuidados a pacientes con infarto de miocardio que ingresa a la Unidad de Emergencia del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades coronarias, debido a sus altos índices de morbimortalidad se ha considerado como un problema de salud pública, sus efectos en grupos relativamente jóvenes, disminuyen sus capacidades y limitan su calidad de vida; en consecuencia, cuando ingresan a una Unidad de Emergencia, su expectativa de vida depende de los primeros cuidados que se les brinden, es así como el profesional de enfermería debe estar preparado para proporcionarle la atención adecuada.

Hay que destacar también que la actividad en las Unidades Clínica de los servicios de Emergencia de Adultos se realiza siempre en equipo, por lo que es necesario que cada miembro de estos grupos de trabajo conozcan su labor concreta, el fin que ha de servir y el modo de coordinarlo con los otros miembros del equipo de salud, por tal razón los resultados de esta investigación serán de gran productividad ya que podrían ayudar a perfeccionar la práctica y la calidad de los cuidados de enfermería, en la atención del paciente críticamente enfermo del área de Emergencia

En esta investigación se intenta determinar la calidad del cuidado del profesional de enfermería a los pacientes críticos del servicio de Emergencia de adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”. Para ello se identificará la actuación del profesional de la enfermería para realizar sus funciones propias y delegadas, buscando con ello estudiar el cumplimiento

del deber ser de estas personas que tienen la gran responsabilidad de mejorar día a día la calidad del cuidado, especialmente en estos enfermos, que por su estado crítico, tienen mayor exigencia de un cuidado eficiente, sin errores carentes de todo riesgo.

Es por ello que la investigación tiene relevancia social, por cuanto la incidencia en la población de las enfermedades cardiovasculares ha aumentado, y como ya se indicó el profesional de la enfermería, especialmente el que labora en las Unidades Emergencia de Adultos deben estar preparados para ofrecer cuidados de calidad a estos pacientes en el momento de su ingreso.

De igual, a nivel institucional la investigación tiene relevancia, por cuanto al ofrecer el servicio al personal militar y afiliado, garantizará la atención adecuada y el cuidado de calidad a los pacientes que lo ameriten. Es así como podrían aportar elementos para buscar estrategias de cambios en la atención a pacientes que ingresan en el área de Emergencia. Por lo tanto reducirán las cifras de complicaciones y mortalidad de los pacientes con infarto de miocardio, así como los costos que esto implica, ya que el Profesional de Enfermería al obtener el conocimiento necesario en el cuidado de estos pacientes, evitará riesgos innecesarios, favoreciendo a la recuperación del paciente.

A nivel de la práctica de enfermería, es fundamental ya que estaría enmarcada dentro de parámetros de eficiencia y eficacia, redundando en la mejora significativa de su intervención con estos pacientes. Por otra parte, como aporte teórico, es de esencial valor para los profesionales de Enfermería y los que están en formación, por que le resultaría como indicador para el manejo de pacientes con infarto de miocardio así como guía de consulta para diseñar un protocolo de actuación.

Metodológicamente, la investigación es relevante ante los aportes teóricos que puede desarrollar mediante las bases teóricas, sirviendo como antecedentes a otros estudios relacionados con el tema.

Para las investigadoras, el estudio es de relevancia ya que a nivel práctico se desarrollan habilidades relativas a la investigación dentro de la profesión, poniendo a la disposición los conocimientos adquiridos durante la formación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes constituyen, estudios previos que permiten realizar comparaciones con los resultados de otras investigaciones y buscar aportes en cuanto a sus resultados y conclusiones, en este sentido, en lo que respecta a la problemática se destacan los trabajos realizados por:

Altuve, H. Armas, M y Mijares, M (2002) realizaron una investigación en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital “Dr Adolfo Prince Lara” del estado Carabobo, titulada “Calidad de los cuidados de Enfermería en la Atención del Usuario donde se planteó como objetivo principal determinar la calidad de cuidados brindados por enfermería, su sustentación teórica estuvo representada en los enfoques la estructuración del sistema u operacionalización de la variable objeto del estudio.

El diseño metodológico fue ejecutado a través de una indagación de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, el mismo se llevo a cabo en un grupo de la unidad señalada, representado por una muestra de veinte (20) usuarios. Utilizadan para la recolección de la información un cuestionario con cuarenta y seis (46) ítemes aplicado a la población referida. Los resultado de la investigación permitieron concluir que los cuidados de enfermería aplicados se mostraron dentro de los niveles de

Satisfacción para los usuarios, evidenciándose debilidades en la relación de ayuda que deben establecer las enfermeras, en los cuidados dirigidos, en la prontitud y en la comodidad de la prestación de esos cuidados.

Conopoima, Z. Guzmán, C Y Valdez, B (2001) realizaron una investigación titulada “Calidad de Atención de enfermería en pacientes con HIV- SIDA” cuyo objetivo fue determinar la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida hospitalizados en el Hospital General de El Tigre. El diseño de la investigación fue descriptivo y retrospectivo.

La población o universo de la investigación la constituyeron todos los pacientes con HIV- SIDA y cuya muestra estuvo representada por el 100% de la población en estudio los cuales eran un total de 20 pacientes. Para la recolección de la información utilizaron dos cuestionarios, los cuales fueron validados por expertos en el tema. Los resultados del análisis determinaron que los pacientes con HIV- SIDA no reciben una calidad de atención de enfermería acorde con sus necesidades fisiológicas y psicológicas.

Rago, M. (2000) en su trabajo “Mejoría del tiempo puerta a aguja con la trombolisis iniciada por la enfermera”, cuyo objetivo fue evaluar el efecto del inicio de las trombolisis por el personal de enfermería sobre el intervalo de tiempo entre la llegada del paciente al hospital y el comienzo del tratamiento trombolítico.

Este estudio comparó el tiempo puerta a aguja antes y después del empleo del personal de enfermería entrenado y aprobado para iniciar la trombolisis sin prescripción de un médico, pero con un protocolo para diagnóstico rápido de pacientes con dolor de tórax. Se incluyeron todos los pacientes admitidos en el “Hospital General Cienfuegos”, Cuba; con la

sospecha de infarto de miocardio entre Abril de 1995 y Marzo de 1999. se valoró el tiempo puerta a aguja y la conveniencia de la administración del tratamiento trombolítico a pacientes con infarto agudo de miocardio que tenían una historia característica y criterios apropiados en el ECG de ingreso.

En conclusión, el uso de la trombolisis iniciada por el personal de enfermería entrenado resultó en una importante reducción en el tiempo empleado en comenzar el tratamiento trombolítico en los pacientes con infarto agudo de miocardio.

El aporte de dicha investigación está dada por evidenciar la importancia que tiene la intervención del profesional de enfermería en la calidad de atención que se proporciona a estos pacientes, en cuanto tiene los conocimientos y la preparación para actuar de forma inmediata, previendo complicaciones y la recuperación oportuna del pacientes

Halconero, F. Pérez, C. Fernández, M. y Sola, D (1999), realizaron un estudio titulado “Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio” en este sentido se llevo a cabo un estudio retrospectivo de casos mediante la revisión de historias clínicas. La población estudiada la constituyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla,” Santander, Colombia; con diagnóstico médico al ingreso de IAM y Angina de Pecho Inestable.

En referencia al registro de la intensidad del dolor, teniendo en cuenta ese 45% de pacientes que ingresaron con sintomatología dolorosa, el mayor porcentaje de casos se corresponde con aquellos que manifestaron presentar un dolor leve (29%) mientras que el dolor de moderado a intenso se da en el 17% de los casos. Considerando a los pacientes con

sintomatología dolorosa, los registros de enfermería no recogen la intensidad del dolor en el 54%.

La investigación constituye un aporte al presente estudio, ya que una de las funciones propias de enfermería es la valoración del dolor en pacientes con infarto de miocardio, lo cual es fundamental para iniciar una intervención oportuna del cuidado.

Pope, J (1998) realizó un estudio titulado “Errores diagnóstico de Isquemia Cardíaca Aguda en el Departamento de Emergencia” Partiendo de un estudio de campo descriptivo y utilizando como instrumento un registro de datos, incluyó a una población de 10689 pacientes, mostrando que los errores diagnóstico de los pacientes que consultaron al Departamento de Emergencia con sospecha de síndrome de isquemia aguda, variaban entre un dos y un ocho por ciento. Estas cifras son coincidentes con otras de la literatura mundial. Observándose que es una preocupación común de las Unidades de Emergencia.

El aporte de dicha investigación viene dada por mostrar estadísticas relacionadas con posibles deficiencias en el equipo de salud que atiende a estos pacientes, ello incluye a los profesionales de enfermería.

En este mismo orden de ideas Colmenares, M. Rodríguez, I y Sierra, O (2001) realizaron una investigación en el Laboratorio de Hemodinámica del Centro Endovascular de Caracas. Su objetivo fue determinar la calidad de atención que reciben los pacientes sometidos a exploraciones endovasculares en su dimensión grado de satisfacción. La investigación realizada fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. La población objeto de estudio fue de 250 pacientes y la muestra seleccionada de manera no probabilística y estuvo conformada por el 40% de la población que

constituyó el total de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco y angioplastia. La información fue recolectada mediante la aplicación de un cuestionario en su modalidad entrevista. Los resultados fueron analizados de manera descriptiva con base en el porcentaje de coincidencia entre las respuesta del cuestionario, lo cual les permitió concluir que existe la necesidad de que los pacientes sometidos a exploraciones endovasculares reciban información y orientación oportuna acerca del estudio, con el fin de proporcionar una atención integral que le permita dar respuesta a la incertidumbre que genera este tipo de estudio.

BASES TEÓRICAS

A continuación se describen conceptualizaciones, enfoques que fundamentan la realización del estudio. La misma surge de la revisión bibliográfica, con el fin de conocer con precisión el significado de cada uno de los aspectos tratados en la investigación; como es la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con infarto de miocardio en la Unidad de Emergencia de Adultos.

Calidad del Cuidado

El profesional de enfermería debe estar capacitado para realizar cuidados de calidad, carentes de riesgo. Phillip, C. citado por Marriner, A y Tomey, C (1997) definen la calidad como “la conformación de los requerimientos, y considera que el sistema para la creación de la calidad es la prevención de los errores en lugar de la evaluación. (Pág. 447).

La calidad no es un concepto simple, si no que está formada por muchos conceptos, diferentes, cubriendo cada concepto, un aspecto, o atributo de la calidad. No hay una simple medida de la calidad que abarque todos los aspectos, por eso existen estudios centrados en un solo. El objetivo fundamental de un sistema de garantía de calidad será el de hacer más efectiva la asistencia sanitaria, mejorando el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población con los recursos que la sociedad los individuos han elegido destinar a la asistencia en salud.

Durante muchos años, se ha utilizado en enfermería el término "Calidad" aplicada a la atención. Se han realizado estudios buscando la aplicabilidad y operacionalización de aspectos de la calidad tales como mejoramiento continuo y justo a tiempo en actividades cotidianas. Concomitantemente, premios y reconocimientos son ofrecidos por medio de los programas de calidad para los servicios de atención que consigue llega al mínimo propuesto. Con este movimiento surge la necesidad del significado del término "Calidad".

En los hospitales se escucha hablar de calidad de la asistencia como algo inherente a la unidad de atención del usuario. Cuando se interroga por su significado es descrito como "satisfacción", "Disminución del costo de atención", "mayor accesibilidad al cuidado". Para Cerqueira, A. (1994), citada por Temes, J. Pator, V y Díaz, J (1992) "... la noción de calidad depende de la percepción de cada persona y no siempre es clara o evidente". (Pág. 11).

El concepto de "Calidad" en enfermería ha pasado por problemas de desarrollo de su definición. Podrían decirse que proviene de una derivación del concepto de calidad usado en administración. La experiencia muestra como se han usado criterios de calidad o de no calidad del área de la

administración de empresas para la prestación de servicios de salud, entre ellos enfermería.

Se deduce de lo planteado que la búsqueda de la calidad del cuidado es una oportunidad para redescubrir la identidad profesional, pues el desarrollo técnico y científico de la profesión, orientado primordialmente a satisfacer las necesidades del paciente con infarto de miocardio, mejora la comprensión de las organizaciones de enfermería en las instituciones de salud y las reorienta hacia la formulación de estrategias de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, y la discusión, las cuales deben estar fundamentadas en las normas de calidad ya establecidas, lo que conlleva a la prevención de acciones iatrogénicas; y en definitiva es más efectivo prevenir que corregir

La orientación de calidad de los cuidados debe realizarse de forma holística, en donde se proporcione atención individualizada e integral, y el profesional de la enfermería incluya cuidados de afecto, contacto, confianza, e involucre al entorno familiar y así poder poner práctica estrategias que conduzcan a todos a un fin común, que es el restablecimiento de la salud del paciente.

Sobre la base de lo antes referido Velagrasa, P. Y Peyco, M citado por Masón, E (1992) refieren que “podemos hablar de calidad cuando el paciente / enfermo y su familia, los profesionales y la institución muestran un grado óptimo de satisfacción por la asistencia recibida y prestada (Pág. 4).

Por otra parte, existe varias definiciones acerca de la calidad de la atención: para Donabedian citado por Esteban, A. (1998), afirma que es el “... cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud “(Pág. 293), es decir, se refiere a

los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud.

Continua afirmando el autor que para diversos profesionales de salud:

La calidad del cuidado se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idónea para restablecer, en lo posible, la salud. (Pàg. 298).

En tal sentido la calidad de la atención fue definida por Paganini, J y De Mordes, H (1989), como “el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales” (Pág. 34). Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

La calidad de atención, tal como lo indica Sánchez, R. (1997), es “...juicio que los usuarios dan de conformidad respecto a los bienes o servicios. La calidad la define el cliente” (Pág. 181). Es decir, son quienes solicitan el servicio los que indican la calidad del mismo, si le es satisfactorio o no, si cubre sus expectativas y resuelve sus problemas. En el caso de los centros hospitalarios se puede indicar, que los individuos acuden con necesidades de salud, requieren cuidados para reestablecer su bienestar. En

ese mismo orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995), citada por Mompart. M (1990) refiere que calidad de la atención es:

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y conocimiento del paciente y del servicio y logren el mejor resultado con el mínimo riesgo de efecto iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Pág. 156).

Con lo que se quiere significar que la calidad de atención viene representada por los cuidados que se proporcionan a los clientes con la base a las funciones cumplidas por cada integrante del equipo de salud, específicamente de los profesionales de la enfermería, quienes están en contacto permanente con los mismos.

Ahora bien para garantizar la calidad debe evaluarse continuamente los cuidados realizados, los cuales deben estar basados en reglas establecidas para su control como son las normas de estructura, proceso y de resultados; si los resultados obtenidos no son los esperados se reformularán los criterios y el curso de acción para tomar medidas correctivas y disponer de la mejor manera de los recursos, y poder llegar así a la meta. Así lo sustenta Sánchez, R. (1997) cuando afirman que “ La garantía de la calidad es la evaluación sistemática de los cuidados, basadas en normas o criterios predeterminados, y la corrección sistemáticas de las deficiencias”. (Pág. 280).

La misma autora explica que “ ...el control de calidad ha adquirido importancia en respuesta a presiones sociales, económicos técnicas y legales” (Pág. 599). Los cambios sociales, económicos, tecnológicos acontecidos en la actualidad han influido directamente en los profesionales de la Enfermería, debido a que las personas conocen más sobre avances y

calidad y exigen lo mejor al respecto, aunado a los cambios económicos existentes que obliga a los profesionales a perfeccionarse en cuanto a técnicas y procedimientos, buscando la especialización, para poder adaptar los cuidados brindados a las exigencias del cliente.

Resulta oportuno señalar lo que refiere Colliere, M (1993) al afirmar que: “ cuidar es, ante todo, un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca”. (Pág. 233). De acuerdo con lo referido por la autora cuidar es la función principal de enfermería, cuidado restablecemos la salud y cuidando promovemos salud y protegemos contra la enfermedad.

Cuidar es un concepto incorporado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica, cuidar es mantener la salud y por ello es un concepto incorporado en la vida cotidiana de las personas: Brinda cuidados la mujer, cuida la madre, cuidan las (os) enfermeras (os) cubriendo las necesidades y requerimiento del mantenimiento de la vida y la salud. El cuidado de enfermería está orientado en los distintos ambientes de la vida y del cuidado humano.

En este sentido, para determinar la calidad del cuidado de enfermería operacionalmente para el presente estudio se consideran las funciones que cumple el mismo al proporcionar cuidados a pacientes con infarto de miocardio que ingresan en la Unidad de Emergencia del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas”. Maracay, es decir, se estudiarán con base a la ejecución de acciones de cuidado o de intervención de enfermería.

Extrapolando lo anterior al cuidado del paciente que ingresa con Infarto de Miocardio, se tiene que el profesional de enfermería garantiza la calidad del cuidado cuando lleva a cabo sus funciones, especialmente las propias y derivadas, las cuales para efectos del estudio parte de la información que tienen acerca de la fisiología del corazón, infarto de miocardio, fisiopatología del infarto de miocardio, hallazgos clínicos, signos y síntomas, puntos que se desarrollarán a continuación; para luego abordar las funciones indicadas.

Fisiología del corazón.

Indica Beare, P. y Myers (1998), que “el sistema cardiaco, junto con la sangre y el sistema linfático mantienen la homeostasis (Pàg.717); es decir, un ambiente constante alrededor de las células. Dicho medio ambiente lo proporciona el liquido intersticial, que se encuentran en equilibrio dinámico con el liquido presente en los capilares; estos últimos actúan como unidades funcionales del sistema cardiovascular, siendo el corazón la bomba del sistema. En este orden, los vasos sanguíneos periféricos y el sistema linfático suministran los conductos para el transporte de la sangre y la linfa.

Por otra parte señalan los autores que , el objetivo de la valoración cardiaca “... es determinar si el corazón y los grandes vasos (precordio) están intactos y en buen estado de funcionamiento” (Pág. 719), de allí que la misma se realiza conjuntamente con la valoración del sistema vascular periférico y respiratorio, identificando los factores de riesgo que puedan comprometer el sistema cardiaco.

Como ya se indicó, el corazón es el principal órgano del sistema circulatorio, situado en el mediastino en el lado izquierdo; está encerrado y soportado por el saco pericárdico, compuesto por tejido conjuntivo fibroso blanco, fuerte y tapizado de epitelio, lo que impide que se llene demasiado

en periodos de sobrecarga, y su liquido seroso proporciona la lubricación necesaria para evitar la fricción durante el ciclo cardiaco.

En una visión proporcionada por Tortora, G (1996);

la actividad del corazón consiste en la alternancia sucesiva de contracción (sístole) de las paredes musculares de las aurículas y los ventrículos. Durante el periodo de relajación, la sangre fluye desde las venas hacia las dos aurículas, las dilata de forma gradual. Al final de este periodo la dilatación de las aurículas es completa. Sus paredes musculares se contraen e impulsan todo su contenido a través de los orificios auriculoventriculares hacia los ventrículos. Este proceso es rápido y se produce casi de forma simultánea en ambas aurículas. La masa de sangre en las venas hace imposible el reflujo.

La fuerza del flujo de la sangre en los ventrículos no es lo bastante poderosa para abrir las válvulas semilunares, pero distiende los ventrículos, que se encuentran aún en un estado de relajación. Las válvulas mitral y tricúspide se abren con la corriente de sangre y se cierran a continuación, al inicio de la contracción ventricular.

La sístole ventricular sigue de inmediato a la sístole auricular. La contracción ventricular es más lenta, pero más enérgica. Las cavidades ventriculares se vacían casi por completo con cada sístole. La punta cardiaca se desplaza hacia delante y hacia arriba con un ligero movimiento de rotación. Este impulso, denominado el latido de la punta, se puede escuchar al palpar en el espacio entre la quinta y la sexta costilla. Después de que se produzca la sístole ventricular el corazón queda en completo reposo durante un breve espacio de tiempo. (Pàg. 196)

Continua señalando el autor que el ciclo completo se puede dividir en tres periodos: en el primero las aurículas se contraen; durante el segundo se produce la contracción de los ventrículos; en el tercero las aurículas y ventrículos permanecen en reposo. En los seres humanos la frecuencia

cardiaca normal es de 72 latidos por minutos, y el ciclo cardiaco tiene una duración aproximada de 0,8 segundos. La sístole auricular dura alrededor de 0,1 segundos y la ventricular 0,3 segundos. Por lo tanto, el corazón se encuentra relajado durante un espacio de 0,4 segundos, aproximadamente la mitad de cada ciclo cardiaco.

En cada latido el corazón emite dos sonidos, que se continúan después de una breve pausa. El primer tono, que coincide con el cierre de las válvulas tricúspi y mitral y el inicio de la sístole ventricular, es sordo y prolongado. El segundo tono, que se debe al cierre brusco de las válvulas semilunares, es más corto y agudo. Las enfermedades que afectan a las válvulas cardiacas pueden modificar estos ruidos, y muchos factores, entre ellos el ejercicio, provocan grandes variaciones en el latido cardiaco, incluso en las personas sana.

Ahora bien, cuando la sangre es impulsada hacia las arterias por la contracción ventricular, su pared se distiende. Durante la diástole, las arterias recuperan su diámetro normal, debido en gran medida a la elasticidad del tejido conjuntivo y a la contracción de las fibras musculares de las paredes de las arterias. Esta recuperación del tamaño normal es importante para mantener el flujo continuo de sangre a través de los capilares durante el periodo de reposo del corazón. La dilatación y contracción de las paredes arteriales que se puede percibir cerca de la superficie cutánea en todas las arterias recibe el nombre de pulso.

En este orden de ideas, señala Contran, R (1999) que:

la frecuencia e intensidad están sujetos a un control nervioso a través de una serie de reflejos que los aceleran o disminuyen. Sin embargo, el impulso de la contracción no depende de estímulos nerviosos

externos, sino que se origina en el propio músculo cardiaco. El responsable de iniciar el latido cardiaco es una pequeña fracción de tejido especializado inmerso en la pared de la aurícula derecha, el nodo o nódulo sinusal. Después, la contracción se propaga a la parte inferior de la aurícula derecha por los llamados fascículos internodales: es el nodo llamado auriculoventricular.

Los haces auriculoventriculares, agrupados en el llamado fascículo o haz de His, conducen el impulso desde este nodo a los músculos de los ventrículos, y de esta forma se coordina la contracción y relajación del corazón. Cada fase del ciclo cardiaco está asociada con la producción de un potencial eléctrico detectable con instrumentos eléctricos configurando un registro denominado electrocardiograma (ECG). (Pàg. 122)

En tal sentido Gradner, A (1996) citado por Smeltzer, S y Bare, B(2005) afirma que el electrocardiograma (ECG)

Registra la actividad eléctrica del corazón; impulso eléctrico, generado en el nódulo sinoauricular, que predece a cada contracción del músculo cardiaco; las ondas dibujadas en un ECG trazan el recorrido de estos impulsos tal y como se propagan en el corazón. Las irregularidades del ECG reflejan trastornos en el músculo, en el aporte sanguíneo o en el control nervioso del corazón. (pàg. 1148)

Por otra parte, el músculo cardiaco (miocardio), indica Beare, J y Myers, P. (1998)

Recibe su irrigación de las arterias coronarias derecha e izquierda que nacen de la aorta, poco después de que ésta salga del corazón. Se dividen y rodean el corazón como una corona y a continuación emiten ramas cada vez más delgadas que terminan por penetrar en la pared cardiaca. (pàg 228)

La principal afección de las coronarias es la aterosclerosis coronaria, que consiste en la obstrucción de una o varias ramas por depósitos de colesterol. Para detectar estas obstrucciones ateromatosas se emplea una técnica llamada coronariografía o radiografía de las arterias coronarias.

Las lesiones graves pueden provocar una anomalía funcional llamada insuficiencia coronaria; en este caso, la circulación coronaria desempeña en una medida insuficiente la función de vascularización del miocardio y puede dar lugar a una enfermedad cardíaca crónica llamada cardiopatía isquémica.

La insuficiencia coronaria es causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad, puede no provocar síntomas perceptibles por el paciente y en ocasiones sólo se diagnostica mediante pruebas complementarias, como la de esfuerzo (registro de un electrocardiograma mientras el paciente pedalea en una bicicleta ergo métrica o camina sobre un tapiz rodante). Cuando es grave, la insuficiencia coronaria provoca angina de pecho e infarto de miocardio.

Como se ha señalado con anterioridad dicha patología es muy frecuente, es lo que comúnmente denominan infarto cardíaco; al respecto; los autores señalados lo definen como: "...un proceso agudo en el que el tejido miocárdico experimenta disminución grave y prologada del suministro de oxígeno por interrupción o deficiencia del flujo sanguíneo coronario, lo cual da lugar a necrosis o "muerte" "tisular" (Pág 818).

En este mismo orden Cotran, R. (1999) refiere

Que existen de hecho dos tipos de infartos de miocardio, con distinta morfología y significación clínica, el más frecuente y grave, acorta, es el infarto transversal; en el que la necrosis isquémica afecta a casi todo el espesor

de la pared el ventrículo. Este patrón por lo general está asociado a una grave arterosclerosis coronaria.(Pàg. 1158)

El paciente suele llegar al hospital con dolor torácico producido por la isquemia, el mismo se caracteriza por ser intenso, presivo, de estrangulamiento, punzante o ardiente, prolongándose aproximadamente de 15 a 30 minutos; además puede irradiarse hacia el cuello, la mandíbula y el brazo, la mano y el hombro izquierdo; de igual manera puede sentirse en el epigastrio, lo que lleva a ser confundido con trastornos gastrointestinales como indigestión o gastritis.

En este punto cabe destacar, como una alerta clínica que algunos pacientes no experimentan dolor; afirma Tortora, G (1996), que especialmente los ancianos o los individuos con Diabetes Mellitus, los mismos manifiestan "... Inicialmente síntomas de disminución de gasto cardiaco, como disnea, cambios en el sensorio o síncope".(Pág. 819); de esta manera el infarto silente puede pasar desapercibido; es decir, no produce signos ni síntomas, lo que implica una preparación y destreza en el reconocimiento, en si de lo que es el infarto del miocardio (IAM). Su etiología, fisiopatología, manifestaciones clínica, y su diagnostico.

Infarto agudo de miocardio

Etiología.

El infarto de miocardio en la actualidad sigue siendo la causa principal de muerte. Fuster, V. (1998) señala que "la aterosclerosis es responsable de la mayoría de los infartos de miocardio porque provoca el estrechamiento de la luz arterial y reduce el flujo sanguíneo, dando origen a un descenso del aporte de oxígeno al miocardio". (pág 365)

Siguiendo este mismo contexto, Berkow, R. Fletcher, A. (1998) refieren que “es probable que la alteración de la función plaquetaria, inducida por la lesión endotelial en la placa aterosclerótica, contribuya a la génesis de un coágulo” (pág 559)

Estos mismos autores sostienen desde el punto de vista patológico, que existen dos tipos de infartos: “los infartos transmúrales que afectan todos los grosos del miocardio, desde el epicardio hasta el endocardio, y se caracterizan por la presencia de ondas Q anormales en el electrocardiograma” (pág 559). Continúan refiriendo que “los infartos no transmúrales o subendocárdicos no se extienden a través de la pared ventricular y solo ocasionan anomalías en el segmento ST y en la onda T” (pág.560).

Sobre la base de lo antes descrito, existen otras causas del infarto de miocardio. Beare, P. Myers, J (1998) expresan; “las situaciones que requieren mayor demanda miocárdica de oxígeno en presencia de un aporte miocárdico de oxígeno disminuido, como anemia, hipoxia, hipotensión prolongada, estenosis aórtica y abuso de cocaína, pueden causar un infarto de miocardio” (pág 318)

Todas estas situaciones señaladas en las referencias son enfermedades que etimológicamente hablando pueden ser factores que de no ser tratado puede conducir a un infarto de miocardio.

Fisiopatología del infarto de miocardio

Con respecto a la fisiopatología del infarto Urden, L. Lough, M. Y Stacy, K. (1994) determinan que “los tres mecanismos primarios responsables de la reducción aguda del aporte de oxígeno al miocardio son; la trombosis arterial coronaria, la fisura o hemorragia de la placa y el espasmo arterial coronario” (pág 168).

Los mismos autores destacan que “los trombos generalmente compuestos de plaquetas, fibrina, eritrocitos y leucocitos, pueden superponerse a las placas o pueden alinearse paralelamente a éstas” (pág 168). Siguen refiriendo los autores que “las plaquetas liberan trombosano A₂, serotonina y trombina, sustancias vasoconstrictoras que agravan el estrechamiento del mismo, e inician un círculo vicioso recurrente de obstrucción del vaso” (pág 168)

Por otra parte, Beare, P. Myers, J (1998) indican, que

los efectos del infarto de miocardio sobre el corazón son mecánicos y eléctricos. La función ventricular disminuida es el resultado de la muerte de células miocárdicas trabajadoras. La contractilidad ventricular izquierda en el área afectada está disminuida (hipocinesia), o ausente (acinesia), con dependencia de la extensión del daño” (pág 319).

De igual manera expresan los autores “se produce inestabilidad eléctrica a causa del tejido isquémico irritable, la isquemia del sistema de conducción y la estimulación del sistema nervioso autónomo. Se producen arritmias en más del 90% de los casos (pág 320).

Hallazgos Clínicos

Cuando las células del miocardio están dañadas, la membrana celular pierde su integridad y se liberan enzimas intracelulares. En este sentido Beare, P. Myers, J (1998) expresan

La indicación enzimática más específica de lesión del miocardio es la Ckmb (isoenzima creatinoquinasa-Mb). La Ckmb se eleva después de las 4 a 8 horas del infarto, alcanza su máximo a las 24 horas y retorna sus valores normales entre 3 y 4 días. (pág 321).

“El infarto de miocardio está basado principalmente sobre la historia del paciente combinada con el análisis de enzimas cardíacas y el electrocardiograma con 12 derivaciones” (pág 321). Así lo sostiene el mismo autor mencionado anteriormente.

Berkow, R. Fletcher, A. (1998) indican, “el electrocardiograma constituye la exploración complementaria más importante en el paciente con sospecha clínica de infarto de miocardio” (pág 560).

Continúan explicando que sobre lo planteado que:

El infarto transmural (infarto con onda Q), el electrocardiograma puede mostrar más ondas Q o depresión del segmento ST y ondas T profundamente invertidas, pero sin ondas Q anormales. Mientras que el infarto no transmural (infarto sin ondas q) solo producen grados variables de anomalía del segmento ST y de la onda T (pág 563)

Signos y síntomas

Por lo general el paciente que presenta infarto de miocardio llega al centro hospitalario con dolor torácico relacionado con la isquemia del miocardio.

Resulta óptimo señalar lo que refieren Urden, L. Lough, M. Y Stacy, K. (1994) "el dolor suele durar 30 minutos o más y habitualmente se localiza en el área subesternal o precordial izquierda. El dolor suele irradiarse también hacia la espalda, cuello, mandíbula o el brazo izquierdo" (pág 172)

Beare, P. Myers, J (1998) también manifiestan: "los síntomas asociados incluyen náuseas y vómitos, diaforesis, debilidad, ansiedad y una sensación de aprensión o incluso de peligro inminente. (pág 321). Continúan expresando, los mismos que

por lo general la frecuencia cardiaca inicial es rápida (100 a 200 latidos/minuto) y la presión sanguínea está elevada a causa del dolor, la ansiedad y la estimulación simpática. Sin embargo la frecuencia cardiaca puede ser lenta y presión sanguínea baja si predomina la actividad parasimpática (vaga). (pág 321).

Intervenciones de enfermería

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados.

McCloskey, R y Bulechek, B (2000) "Una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." (pag 7).

Por lo antes planteado podemos inferir, que las intervenciones de enfermería incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay

intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer, P. Y Cols (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados. (pág 6).

Se dice que cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento pragmático que hace la diferencia entre la enfermera y otras disciplinas del área de salud.

En tal sentido el ejercicio profesional está en constante cambio y debe responder a las necesidades cambiantes de los pacientes, quienes demandan cuidados de acuerdo con sus hábitos, costumbres, valores y estado de salud.

Es evidente entonces, que el conjunto de acciones ejecutadas por el profesional de la enfermería para cuidar, representa grados variables de

eficiencia, eficacia, y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad.

Funciones propias del profesional de enfermería

Las funciones de la enfermera (o) son prácticas que se centran en cambio constante haciéndose más sensible a las necesidades en el campo del cuidado del enfermo, más creativa para cubrir estas necesidades y más objetiva para analizar sus esfuerzos dentro de un marco profesional. En este sentido sus funciones son dirigidas para cubrir acciones asistenciales, administrativas y docentes y de investigación a la cual es asignado, dependiendo de los alineamientos a ejercer. Al cumplir con sus responsabilidades, estas son ejercidas desde una perspectiva en la cual se ayuda al individuo, familia, a las comunidades, pacientes y demás miembro del equipo.

La esfera de acciones de las funciones de la enfermera (o), implica un campo de actividades mucho más amplio que el representado en diferentes publicaciones. En el caso del estudio se habla de las funciones propia en atención a pacientes con infarto de miocardio (IM). Lo que significa satisfacer demandas terapéuticas hacia un cuidado crítico. La aplicación de estas funciones terapéuticas exige el reconocimiento de la enfermedad, su evolución, asociado al reconocimiento del paciente, o bien con la aplicabilidad de criterios efectivos de ese control requerido durante la atención del infarto de miocardio (IM).

Lo planteado anteriormente es destacado por Iyer, P. Taptich, B y Bernocchi, D (1997) en su definición de funciones Independientes o propias:

“Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico” (pág 25).

En el caso específico, la enfermera podrá actuar ejerciendo la toma de decisiones cuando inicia y pone en práctica sus actividades en asistencia al paciente hospitalizado con infarto de miocardio (IM). Ello puede estar sustentado por el acto de decidir lo que debe iniciarse en función del cuidado requerido; por el cual las enfermera (o) las llevan a cabo también cuando es delegada por otro miembro del personal de enfermería. La enfermera (o) que da asistencia al paciente con infarto de miocardio, conciente que estos ameritan una evaluación cardiovascular acompañado de su cuidado especial, a fin de reconocer la evolución del mismo. La enfermera (o) crea y diseña el plan de cuidado diario para asegurarse que estos cuidados sean administrados. En este sentido son órdenes establecidas en el plan de cuidado diario a paciente con IM desarrollados por enfermería durante los diferentes turnos laborales. Por lo tanto estas acciones deben ser ejecutadas por si misma o se delega la actividad a otro miembro del personal de enfermería.

De igual manera Dugas, W (2000) refiere que: “...las necesidades de servicios de enfermería son universales y sus prácticas de la profesión se encuentra inherente en el respeto de la vida, la dignidad y los derechos del hombre”. (Pág. 89). De acuerdo a la referencia las funciones propias de la enfermera (o) son las de ajustarse a las normas más altas posibles de cuidados en relación con la situación específica.

En el desempeño de sus funciones propias el profesional de la enfermería durante la prestación de cuidados al paciente con diagnóstico de infarto de miocardio deberá realizar:

Valoración Cardiovascular

La valoración cardiovascular corresponde a la identificación y registro de signos y condiciones fisiológicas del paciente, en este caso la enfermera (o) debe actuar con un marco de cogniciones que describa y evalúe. Así lo destaca Torres, M.(1995):

La valoración o recolección de información, es la obtención de datos, donde la enfermera debe ser capaz de ver más allá de las obvias señales o indicios y de buscar sistemáticamente nueva información concerniente al estado de salud del paciente. El estado de salud alude al grado en que las necesidades humanas individuales están satisfechas; es decir, la medida en que el individuo está sano o enfermo (Pág 294)

De acuerdo con lo señalado por el autor la valoración por parte de la enfermera debe tener juicio y cognición, lo que implica que cualquier paciente con infarto de miocardio (IM) que ingrese a el área de emergencia se le debe realizar una valoración inicial necesaria para la obtención de previsiones a fin de poder detectar en lo posible los problemas del paciente.

Por otro lado, los parámetros controlados en cada paciente deben compararse con los valores basales. Estos parámetros deben ser registrados y de esa manera poder evaluar la evolución del paciente en una formato de censo clínico.

En el caso de la valoración cardiovascular se debe controlar y registrar, signos vitales, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial basado en la edad y en lo valores normales. En el caso específico de pacientes con infarto de miocardio (IM), estos pacientes requerirán de la

evaluación del especialista. Ello representa un marco en que la enfermera dentro de sus funciones dependientes optará una postura para facilitar el proceso dentro de lo que corresponde, la evaluación de las funciones hemodinámicas en estos pacientes, desde una perspectiva más objetiva que subjetiva, lo cual proporcionará una base lógica para la intervención terapéutica con agentes farmacológicos o soportes tecnológicos. Así la variable para valoración cardiovascular y el componente hemodinámica vendrán determinadas por la necesidad de intervención necesaria y el índice de respuesta que se busca.

En este orden de ideas, indican Aguilera, M. Barba, H. y Navarro, A (2000) que el “examen físico revela información sobre la situación actual del paciente; de esta forma, los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre los cuales se establece el plan de cuidado de enfermería” (pág 4). Por su parte, recomiendan los autores citados que “es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, (Pág 5), significa entonces, que esto se debe a que el paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda presenta cambios muy específicos en relación con éste e igualmente la enfermera debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación.

También Beare, P. Myers, J. (1998) de igual manera expresan lo anteriormente referido:

Enfermería debe realizar control de la frecuencia y ritmo cardíaco. Cada 1 ó 2 horas, durante el período crítico se miden los signos vitales, deben auscultarse los ruidos pulmonares para descubrir estertores indicativos de insuficiencia mitral izquierda. Los ruidos cardiacos se auscultan para detectar ruidos adicionales (R_3 , R_4) que

indican disminución de la función y distensibilidad ventricular izquierda, y por murmullos que indican disfunción valvular o comunicación interventricular. (pág 323).

Conservación de la estabilidad hemodinámica

Al ingresar un paciente con infarto de miocardio a la sala de emergencia, se deben iniciar las intervenciones de enfermería para la estabilidad hemodinámica, para eso se hace necesario el monitoreo cardíaco, reconocimiento de las manifestaciones clínicas, la medición de los signos vitales, seguido de la realización del electrocardiograma. Esto constituye un desafío para los profesionales de enfermería, ya que es preciso actuar rápidamente ante dos aspectos íntimamente relacionados, el infarto de miocardio más el estado de shock que puede traer. Cuanto antes se detecte y se trate, mejor será el pronóstico para el paciente que padece este cuadro de altísima tasa de mortalidad.

Con respecto a lo anterior Ibarra, L (1997) cita:

la valoración de enfermería incluye la recolección de información cuidadosa sobre los signos y síntomas compatibles con el infarto: momento, duración, y factores que aumenten o alivien el dolor, disnea, arritmias, mareos y/o diaforesis; y la relacionada con los signos y síntomas de shock cardiogénico (pág 345).

Siguiendo este mismo orden de ideas las enfermeras (os) deben orientar su intervención de forma sistemática, carente de todo riesgo y con la dirección oportuna de un protocolo de actuación, con la exhaustiva valoración

de todos los procesos patológicos de la isquemia cardiaca, y la consecuente vigilancia de los signos vitales, valoración de la coloración de la piel y lechos ungueales, auscultación de los ruidos cardíacos y respiratorios, estimación de la distensión venosa yugular; lo que previene cualquier tipo de complicación.

Por consiguiente la estabilidad hemodinámica de un paciente que presenta infarto de miocardio (IM) está sujeta a cambios, debido a que la función cardiaca se ve menoscabada por la disminución brusca o la interrupción total del flujo sanguíneo coronario a un área específica de miocardio.

Los signos vitales son los indicadores básicos del estado de salud del paciente, pueden medirse a fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta. La alteración de los signos vitales es de crucial importancia para la detección de signos de complicación en pacientes infartados. Partiendo de lo antes escrito el monitoreo de los signos vitales en pacientes con infarto de miocardio debe realizarse cada hora, en especial la presión arterial y frecuencia cardiaca, ya que su control permite mantener la estabilidad hemodinámica.

Así mismo, en cuanto a la observación de la piel Saab, J (2000), indica que "... a nivel de la piel en el IM se produce cambios debido a la disminución de la oxigenación; el sistema nervioso simpático es estimulado produciéndose una vasoconstricción periférica para suplir los órganos vitales" (Pág 215). Por esta razón, la piel pegajosa indican disminución de la perfusión periférica. Estos cambios inicialmente se encuentran en mucosas y membranas.

En este mismo orden y dirección, señalan Urden, L. Lough, M. y Stacy, K (1994), "que la cianosis puede ser central o periférica; la primera provoca la

coloración azulada de los labios, el área perioral, las membranas de la mucosa y los lechos ungueales; y la segunda es producto de una enfermedad vascular o al frío (Pág 7). En el caso de pacientes con infarto de miocardio la cianosis central es la que se manifiesta, y es un signo de alerta para los profesionales de enfermería, ya que se ve comprometida la función cardíaca conjuntamente con la respiratoria. El reconocimiento precoz de esta manifestación clínica ayuda a la enfermera (o) a preparar oportunamente los equipos para ventilación mecánica en caso de presentarse un paro cardio-respiratorio, o bien los mecanismos necesarios para una buena oxigenoterapia.

Es evidente entonces que dentro de la conservación de la estabilidad hemodinámica se debe examinar las extremidades, es otro de los aspectos que debe considerar el profesional de enfermería al valorar al paciente con infarto de miocardio (IM); en tal sentido los autores anteriormente mencionados manifiestan que “ para ello es necesario examinarlas para detectar signos de distensión vascular” (Pág 102). En los pacientes infartados puede existir como complicación una falla mecánica ventricular izquierda (insuficiencia cardíaca izquierda), lo que origina una irrigación sanguínea limitada a todos los órganos, comprometiéndose así el retorno venoso, produciéndose un edema de miembros inferiores por sobrecarga de líquidos.

Esto es de gran relevancia para el profesional de enfermería que proporciona cuidados de calidad, puesto que le indica que se encuentra en una situación vigilante a un evento de emergencia, poniendo así en manifiesto todas sus habilidades técnicas y cognoscitivas.

de igual forma, la distensión venosa yugular es un indicio de insuficiencia cardiaca izquierda, donde los profesionales de enfermería deben tomar las mismas previsiones de las manifestaciones clínicas señaladas anteriormente.

Continúa refiriendo los autores, que

El procedimiento para valorar la distensión venosa yugular (DVY) debe realizarse colocando al paciente en decúbito dorsal, en un ángulo de 30-40% , el profesional de enfermería se sitúa de pie al lado derecho del paciente, y rota la cabeza ligeramente hacia el lado izquierdo, si la vena yugular no está visible, se aplica una ligera presión sobre el músculo esternocleidomastoideo, justo por encima y paralelo a la clavícula; dicha presión llenará la vena indicada por la obstrucción del flujo, una vez localizada la vena se deja de hacer presión y se valora la presencia de la distensión venosa yugular (DVY) al final de la exhalación, ya que la inhalación reduce la presión venosa (pág 106)

Siguiendo en este mismo contexto, el profesional de enfermería entre sus funciones propias debe auscultar ruidos cardiacos y pulmonares para descubrir hallazgos significativos que comprometan la estabilidad hemodinámica.

El infarto de miocardio reduce la capacidad del ventrículo izquierdo para expulsar sangre, disminuye el gasto cardíaco, con las consecuentes complicaciones vasculares pulmonares. Por consiguiente, la enfermera (o) en su afán de dar cuidados de calidad, está obligada a realizar una valoración exhaustiva cardio-pulmonar que incluya la auscultación.

Los ruidos cardíacos, de acuerdo a Bohórquez, M. e Isaza, D (1999) “...deben ser valorados cuidadosamente” (Pág 16). Lo que obedece que cuando el infarto de miocardio (IM) altera la calidad de contracción,

disminuye el volumen latido hasta afectar el gasto cardiaco. Esto aumenta el volumen residual en el ventrículo y la presión de fin del lleno e interfiere con el llenado ventricular durante la diástole.

Esta interferencia produce la presencia de un 3^{er} ruido, el cual se ausculta mejor en el área apical en posición supina o lateral izquierda. También es frecuente auscultar un 4^{to} ruido, algunas veces durante el dolor agudo o en el esfuerzo; éste está asociado con la resistencia ventricular para el llenado durante la contracción auricular. Si hay compromiso de alguna válvula cardiaca o de su estructura de soporte, puede disfuncionar y ocurre un murmullo audible. A los sonidos extras audibles durante la valoración se le debe evaluar : localización e irradiación.

Por otra parte, Aguilera, M. Barba, H y Navarro, A (2000), señalan que:

La disminución del gasto cardiaco contribuye a la presencia de cambios en la valoración pulmonar; existe un aumento de la presión arterial pulmonar produciéndose un cambio extravascular hacia el alvéolo, el cual puede oírse a la auscultación como estertores en la inspiración (Pág 3).

De acuerdo con lo antes señalado podemos decir, que el cuidado de enfermería es holístico , en donde debe aplicar también un sin fin de conocimientos con bases científicas para poder identificar en el caso de pacientes con infarto de miocardio algún indicio de complicación.

En la auscultación pulmonar del paciente con infarto de miocardio, si se presencia ruidos adicionales como estertores y crepitantes, es evidencia de que está en un proceso de congestión pulmonar. La enfermera (o) debe valorar la existencia de moco espumoso teñido de sangre, taquicardia, distensión venosa yugular (DVY), disnea intensa, para ejecutar un plan de acción inmediato que le permita anticipar los efectos inicios que este problema conlleva.

Mantenimiento de Aporte/Demanda de oxígeno de miocardio.

Las intervenciones de la enfermería en el equilibrio del aporte/demanda de oxígeno del miocardio, están muy relacionadas con la estabilidad hemodinámica, ya que si no se reconoce y previene las complicaciones, lo que incluye medidas para las desrritmias y el control hemodinámico, se ve menoscabada la función cardiaca, disminuyendo el gasto cardiaco, y aumentando la presión del ventrículo izquierdo, con la consiguiente complicaciones vasculares pulmonares.

Con relación a lo planteado Berkow R, Fletcher, A.(1998) señalan “inicialmente el trastorno de la función cardiaca puede manifestarse solo durante el ejercicio, pero al evolucionar la enfermedad se deteriora la eficacia contráctil del corazón y los síntomas y signos de congestión y de fatiga se asocian con un volumen minuto bajo, apareciendo incluso en reposo. (pág 491).

Partiendo de lo antes escrito, podemos decir; que el protocolo de actuación de los profesionales de enfermería en el infarto de miocardio, debe estar encaminado a disminuir la sobrecarga de volumen ventricular y los de aumentar el aporte de sangre oxigenada para suplir las demandas metabólicas del organismo. Por lo tanto la enfermería se centrará en disminuir la sobrecarga, con la limitación del ejercicio físico, manteniendo al paciente en posición de fowler, y administrándole oxígeno, para reducir el consumo del miocardio.

Al respecto Urden, L. Lough, M y Stacy, K. (1994) refieren que “durante el reposo en cama, los pacientes permanecen en posición semisentada para favorecer la mejor expansión pulmonar y reducir el riesgo de etelectasia. Esta posición también reduce el retorno venoso, baja la precarga, y disminuye el trabajo cardiaco” (pág 177).

Sumado a esto la extensión de la isquemia también va a depender de la gravedad del aporte/demanda de oxígeno del miocardio, por lo que se hace necesario que el tratamiento se dirija en reducir esa demanda y el trabajo cardiaco para protegerlo de mayores lesiones.

Valoración del estado neurológico.

Al respecto los autores mencionados anteriormente expresan: “Toda valoración neurológica requiere de conocimiento exhaustivo de los sucesos ocurridos antes de la hospitalización. Una historia neurológica adecuada incluye información acerca de la manifestación clínica, enfermedades asociadas, factores precipitantes, evolución y antecedentes familiares” (Pág. 288). En tal sentido el profesional de enfermería debe cuidar y valorar el estado neurológico del paciente con infarto de miocardio ya que permite establecer un indicador sensible de la disminución de la perfusión y por ende determina la evolución de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La valoración neurológica comprende el nivel de conciencia, estado de alerta y función motora. Con respecto a ésta última se tiene la valoración del tono muscular, fuerza muscular y función pupilar.

La Valoración del Estado de Conciencia.

El estado de conciencia es el aspecto más importante de la valoración neurológica. El deterioro es, a menudo, sutil, y debe ser monitorizado cuidadosamente. Los mismos autores explican que:

La valoración del contenido de la conciencia requiere que el paciente responda a una serie de cuestiones. Un cambio en las respuestas puede indicar un aumento del grado de confusión y desorientación que

puede ser el primer signo de deterioro neurológico
(pág 288)

Es decir el valorar la capacidad de reconocimiento en el paciente para determinar que él o ella estén orientados en tiempo y espacio. En efecto es medir la capacidad en el discernimiento del día, hora y fecha, en el que se le está evaluando, así como su nombre y apellido personal. La capacidad presente en el paciente permitirá por parte de la enfermera (o) reconocer el estado de conciencia y de esa manera propicia su atención en función de la misma.

La Valoración del Estado de Alerta.

En tal sentido los autores expresan que: “El estado de alerta es el nivel de conciencia más bajo y una forma de observación de la capacidad del paciente para responder apropiadamente a los estímulos verbales o dolorosos” (Pág 288) . Por otro lado el profesional de enfermería al cumplir con dicha valoración, debe incluir las funciones de los órganos vitales, agregando a su vez: (pulso, respiración, presión sanguínea y el nivel actual de glucosa). Ello forma parte de las previsiones de las futuras necesidades. Por lo tanto hay que contar con los recursos materiales, (fármacos de reanimación, sedantes, etc. La prioridad es que una vez que la enfermera está junto al paciente reconoce su estado de alerta mediante una revisión rápida, y ésta pueda iniciar como parte del equipo multidisciplinario de salud a la búsqueda de la estabilización o la reanimación de las funciones de los órganos vitales según su estado de alerta.

La valoración de la función motora.

También son acciones que pueden ser cumplidas por el profesional de enfermería como parte del equipo de salud. Según los autores citados “La

fuerza muscular se valora haciendo que el paciente efectúe unos movimientos de resistencia y el tono muscular se valora examinando la oposición a los movimientos pasivos” (Pág 289). Por consiguiente el profesional de enfermería debe valorar individualmente cada extremidad para compararla de manera individualizada. Las respuestas motoras anormales son signos de hallazgos neurológicos que pueden estar relacionados con la deficiencia del aporte de oxígeno que pueden recibir los pacientes con infarto de miocardio.

La valoración de la Función Pupilar.

Tiene igual importancia en la valoración neurológica, ya que la alteración de tamaño y de respuesta de éstas, representan alteraciones neurológicas significativas; Los autores anteriormente referidos mencionan “ La evaluación de la respuesta pupilar incluye la valoración del tamaño, forma (circular, irregular u oval) y el grado de reacción a la luz” Pág.(293). Respecto a lo señalado se puede indicar que los profesionales de enfermería pueden determinar si la respuesta pupilar anormal es de causa metabólica u orgánica; aunque la respuesta pupilar es relativamente resistente a trastornos metabólicos. En casos de pacientes con infarto de miocardio puede ser una guía para evitar los efectos de la acidosis u alcalosis subsiguiente de dicha patología.

Mantenimiento de vías aéreas permeables.

Se considera de alta prioridad mantener y asegurar la vía aérea en pacientes con infarto de miocardio, lo cual debe ser realizado por profesionales de enfermería experimentados, y que realicen su trabajo de

una manera organizada y expedita, con el fin de minimizar cualquier riesgo de complicación.

Siguiendo este mismo orden de ideas, la valoración de las vías aéreas y el reconocimiento rápido de su compromiso, llevan a aportar medios definitivos para alcanzar una buena ventilación; además se debe disponer del equipo adecuado y funcionamiento correcto de los mismos para prevenir o corregir la hipoxemia; situación que compromete la vida del paciente.

Al respecto Pousman, R. (2000) refiere que “los profesionales de enfermería deben realizar una rápida valoración, tanto de la permeabilidad de las vías aéreas como la ventilación para su abordaje “ (pág 78).

Con relación a lo mencionado, la colocación de cánulas orofaríngeas en pacientes con infarto de miocardio neurológicamente inconsciente, permite la óptima oxigenación y ventilación. De igual forma ayuda a tener una vía accesible para la aspiración efectiva de las secreciones. La no ejecución de esta actividad propia de enfermería, traería el acumulo de estas con la subsiguiente hipoxia; cuadro que agravaría la estabilidad de la función respiratoria y cardiaca del paciente, porque alteraría el equilibrio ácido-base.

Por otra parte Urden, L. Lough, M y Stacy, K. (1994) mencionan que “la aspiración es un procedimiento estéril, realizado solo cuando es estrictamente necesario” (pág 274) . Por lo que se hace necesario que las enfermeras (os) conozcan las técnicas de aspiración y principios de asepsia, evitando el empeoramiento de la hipoxia ya preexistente en el paciente infartado, y las infecciones cruzadas a las cuales puede ser sometido.

Dentro del mismo contexto las aspiraciones de gleras también son utilizadas cuando el paciente tiene ausencia de los mecanismos de protectores, como lo es la deglución, por lo que estaría comprometido a una broncoaspiración.

Así mismo, el tubo endotraqueal es uno de los dispositivos para el aislamiento seguro de las vías aéreas, ya que permite el acceso directo a la ventilación mecánica y el aporte de altas concentraciones de oxígeno. Por otro lado, Barranco, F. (2005) cita “ la intubación endotraqueal evita la distensión gástrica y la broncoaspiración” (pág 303)

Sobre la base de lo antes referido, el paciente con infarto de miocardio generalmente tiene comprometida su función respiratoria, ya sea por el grado de ansiedad que le produce el miedo a la muerte inminente, o por el déficit de riego sanguíneo secundario al bajo gasto cardíaco., es por eso que el profesional de enfermería debe estar alerta en cuanto al mantenimiento de las vías aéreas permeable. Para eso debe disponer de inmediato con el equipo de ventilación mecánica, ambú, mascarillas faciales, cánulas orofaríngeas, fuente de aspiración y oxigenación, en caso de presentarse alguna complicación

Dentro del mismo contexto, las aspiraciones de gleras además de ser empleadas para mantener las vías aéreas permeables, también son utilizadas para evitar el riesgo de broncoaspiración. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2000) define el riesgo de broncoaspiración como: “estado de un individuo que experimenta riesgo de entrada de secreciones orofaríngeas, alimentos o líquidos exógenos de las vías aéreas debido a la ausencia de los mecanismos protectores” (pág 14).

En tal sentido, el garantizar las vías aéreas permeables es una función propia del profesional de enfermería. la asistencia debe ser en función de facilitar el proceso, ello requiere de destreza y habilidades con el equipo necesario, las medicaciones coadyuvantes y el equipo de maniobra.

De igual manera la aspiración de secreciones se hace fundamental para el mantenimiento de las vías permeables, en donde la enfermera (o) debe vigilar el acumulo de las mismas, para actuar de manera oportuna y efectiva en función del restablecimiento de la función respiratoria del paciente.

Cateterización de vías periféricas

Inmediatamente al ingreso del paciente infartado a la emergencia, se debe garantizar una vía intravenosa accesible para la administración precoz de fármacos y además de extraer muestras sanguíneas de gran valor diagnóstico par el paciente con isquemia miocárdica. Con respecto a lo anteriormente mencionado Nieto; M (2003) manifiesta “los pacientes con infarto de miocardio requieren de la instauración de la vía venosa para la reanimación aguda, hidratación, control del dolor, recolección de muestras sanguíneas” (pág 42).

Siguiendo este orden de ideas, el propósito principal de la Cateterización de la vía periférica, es el logro de un efecto terapéutico en el menor tiempo posible. De esta manera lo refiere Guascar, E. (2001) “la vía endovenosa se emplea básicamente cuando los medicamentos a utilizar no pueden ser administrados por otras vías y especialmente cuando se requiere un efecto terapéutico rápido y preciso” (pág 1484).

Valoración del grado de ansiedad

La ansiedad es un sentimiento de incomodidad y de tensión que experimenta la persona frente a la vida. Se presenta en forma aguda ante el dolor, el miedo, la inquietud, etc. Sus manifestaciones físicas son importantes; Así lo refiere Phaneuf, M (1995):

Puede ir desde una modificación ligera del pulso, la respiración o la tensión arterial, hasta una elevación muy significativa de los signos vitales por la estimulación simpática, o la pérdida total del control de la persona sobre si misma (Pág. 129).

De manera similar el paciente considera la presencia de una enfermedad coronaria discapacitante y premonitor de muerte, lo que genera un alto grado de stress. En tal sentido Buceta J, y Bueno, A (1996) expresan “la presencia del infarto o enfermedad considerada incapacitante puede cambiar la autopercepción del paciente como integrante de una unidad familiar y una comunidad, por el temor a un cambio de sus funciones y su imagen dentro de este medio” (pág 16). Por lo que se hace necesario que el profesional de enfermería proporcione cuidados de calidad, con una intervención dirigida al control de la ansiedad conjuntamente con el dolor de manera holística, evaluando antes las características del dolor, el perfil psicológico del paciente y su entorno, lo que servirá de herramienta invaluable para la efectividad del tratamiento farmacológico.

Dentro de este mismo contexto, el paciente que presenta un infarto de miocardio tiende a presentar un alto grado de ansiedad, bien sea por el dolor, o por las implicaciones que esta patología conlleva, es aquí donde los profesionales de la enfermería deben adoptar medidas preventivas para

reducir las posibles complicaciones (arritmias, trastornos metabólicos, etc) . En tal sentido la enfermera (o) debe planificar las acciones pertinentes para disminuir el grado de ansiedad y evaluar su grado de intensidad. Su presencia brinda seguridad al paciente, y su relación de ayuda pueden ser un apoyo importante para la persona que presenta este estado.

Con frecuencia la ansiedad viene acompañada de miedo. Se trata de un sentimiento que experimenta el paciente ante el peligro de un daño físico o psicológico. Cuando la enfermera cree descubrir miedo en el paciente, es importante que le demuestre su comprensión y deseo de escucharle, dándole seguridad; además debe de proporcionarle información de las acciones terapéuticas y diagnósticas a realizar, evolución de la enfermedad..., en términos comprensibles.

Valoración del Dolor

El dolor es un fenómeno con el que la enfermera (o) se encuentra casi a diario en su trabajo. Siendo la asistencia al dolor otra de las funciones propias de enfermería y quizás una de las de mayor relevancia ; es de vital importancia su valoración, por lo que debe identificar el tipo de dolor, localización, duración y causa que la desencadena.

En este sentido, el significado del dolor para el paciente infartado y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El rol del profesional de la enfermería frente a esta dificultad del cliente consiste en administrar los medicamentos y los cuidados que pueden aliviar el mal físico, pero su rol va mucho más allá. Para el enfermo que sufre, la comunicación toma una importancia única y la relación de ayuda todo su sentido.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando; la persona más indicada para prestar ayuda es, sin duda alguna la enfermera (o). La forma en que se interrelaciona con el paciente reviste de gran importancia, ya que el paciente con infarto de miocardio tiene implícito el sufrimiento, la tristeza, la depresión y el miedo. Debe establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión fundamentados en la sinceridad y en la autenticidad.

En tal sentido Adam. E citado por Marriner, A (1994) define la relación de ayuda como

La interacción entre el beneficiario (el ayudado) y el profesional de la salud (el ayudador) que ayuda al beneficiario a vivir más plenamente el intercambio interpersonal en el cual el ayudador muestra sus cualidades facilitadoras como son la empatía, la aceptación y otros". (Pág. 500)

Por lo antes planteado se puede inferir que lo realmente importante es saber acompañar a las personas con las que se trabaja hacia un proceso activo del individuo y para el individuo, a fin de saber buscar nuevas formas de conductas más constructivas y creativas para él.

Saab, J. (2000) plantea que, " la enfermera debe valorar el tipo de dolor en el tórax para diferenciarlo de otros que pueden ser de origen pleural, gástrico u otra disfunción" (Pág 210) Las características del dolor que presenta el paciente con infarto de miocardio es subesternal sobre la pared anterior del tórax, puede o no ser localizado. Si se irradia, por lo general, lo hace a uno o ambos brazos, la mandíbula o el cuello.

De igual manera cita el autor que "... su duración es la clave para diferenciar la causa, el dolor del IM" (Pág. 212), agregando que dura entre 30

minutos y usualmente 1 a 2 horas; también indica que generalmente es acompañado por sensación de gran ansiedad y una sensación subjetiva de disnea y/o síntomas vasovagales como son diaforesis profusa, náuseas, vómito y diarrea.

Por lo que se hace necesario que el profesional de la enfermería conozca la fisiopatología del IM para poder detectar y diferenciar signos y síntomas de dicha patología, y así ejecutar acciones, oportunas, seguras y efectivas, en pro del restablecimiento de la salud del paciente.

Valoración de la función renal

Una de las complicaciones del infarto de miocardio, es la falla cardiaca; el paciente que la padece tiene comprometido sistemáticamente diferentes órganos por la disminución del gasto cardiaco. Uno de los órganos afectados es el riñón, cuyas funciones son la de la formación de la orina, control hemodinámico de la tensión arterial, mantiene el equilibrio ácido-básico. Por consiguiente, si la hipoperfusión es sostenida, va a afectar simultáneamente el sistema renal, situación que intrica más el cuadro isquémico, porque genera desequilibrio hidroelectrolíticos que profundizan más las complicaciones, por la oliguria o anuria resultante.

Al respecto Humpreys, M. (1991) define a la insuficiencia renal como “el resultado de la hipoperfusión renal que produce lesión isquémica con la disminución de la filtración glomerular que impide la excreción de los productos metabólicos de desecho (pág 7).

De acuerdo con lo citado, los profesionales de la enfermería deben hacer hincapié en valorar los signos y síntomas relacionados con la insuficiencia renal aguda, como lo son: hipertensión, oliguria o anuria, edema, proteinuria,

hematuria, por medio del examen físico y las pruebas de función renal (urea y creatinina).

Partiendo de lo antes escrito Urden, L. Lough, M y Stacy, K (1999) citan “la valoración del balance de líquidos en pacientes infartados se centran en tres aspectos: monitorización del peso corporal, control de ingesta y salidas e identificación de trastornos metabólicos” (pág 329).

Por lo antes planteado se puede decir que es de vital importancia que la enfermera (o) pesen al paciente al ingresar a la sala de emergencia y continúe su control en el transcurso de su hospitalización, para poder comparar progresivamente las fluctuaciones significativas de pérdidas o ganancias de líquidos.

De igual manera la eliminación urinaria es un indicativo para el diagnóstico de insuficiencia renal porque la eliminación menor de 400 cc/día, es considerada síntoma a fin a dicha patología; por lo tanto el profesional de la enfermería debe registrar cada día todas las entradas y salidas de líquidos, ya que el balance positivo o negativo prolongado trae consigo alteraciones y desequilibrio ácido-básico.

Por lo tanto se hace necesario que la intervención de enfermería involucre también el nivel de conciencia (desorientación, letargo, coma) porque ese cuadro clínico es susceptible a las alteraciones de concentraciones de líquidos y electrolitos.

Siguiendo este mismo orden de ideas; la eliminación normal de los desechos urinarios es primordial para mantener una homeostasia orgánica; de no ser así el acumulo de metabolitos va influir a nivel general;

principalmente los sistemas cardíaco y nervioso. La enfermera (o) que asiste a un paciente con infarto de miocardio en una unidad de emergencia debe considerar el patrón de eliminación para la diagnosis, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados y por ende previene y controla sus efectos secundarios. Para eso se hace necesario valorar la función respiratoria ya que al aumentar electrolitos esenciales para la homeostasia del organismo como es el potasio y el sodio, se producen cambios metabólicos que en definitiva influye en la función respiratoria y en el estado neurológico del paciente.

De esa misma manera el monitoreo de la creatinina favorece al profesional de enfermería a controlar la función renal, por que al encontrarse este elevado, significa de igual manera que hay fallo renal; por supuesto la solución de este problema y de los algunos mencionados en la hemodinámica cardiovascular dependen de un equipo multidisciplinario que velen por la salud del paciente.

Funciones Derivadas

Dugas, W (2000) "En este campo de enfermería con dos o más miembros del personal de salud en conjunto toman las decisiones". (Pág. 84) Ejemplo, en atención del cuidado del paciente con infarto de miocardio (IM), la enfermera, médico y fisioterapeuta y tal vez otro miembro decidan en común un plan de acción.

Relacionando las diferentes funciones con las estrategias de la atención del paciente con infarto de miocardio (IM) en la unidad de emergencia de adultos, ello deben estar basados en una amplia gama de conocimientos que le permitan a la enfermera (o) llevar a cabo sus funciones; y que proporcione una expresión extensa de servicio multidisciplinario. Lo cual implica dar cuidados clínicos asistenciales primarios, específicamente para el momento

de la admisión. En este sentido su responsabilidad fundamental en el área de emergencia incluyen restablecer el equilibrio en el paciente y aliviar su sufrimiento.

Por consiguiente, el profesional de la enfermería también emprende algunas responsabilidades bajo las órdenes legales de otro profesional que conforman el equipo de salud, o bajo su supervisión o dirección. Por ejemplo cumplir, en administrar un cuidado específico previamente establecido en la historia clínica del paciente con infarto del miocardio (IM). Así lo manifiesta Iyer, P. (1999) en su definición de las funciones derivadas refiere que son: ...“las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica”. (pág 25).

En este punto, se puede hacer mención a lo expuesto en la teoría de Watson, J. quien plantea el cuidado humano. La misma es citada por Wesley, R (1997), se sustenta en que el cuidado al, paciente “es el atributo más valorable que la enfermera puede ofrecer, cuidado que supone ser demostrado a través de la relación interpersonal, satisfaciendo las necesidades humanas y proporcionando la salud, el crecimiento del individuo y la familia” (pág 130).

Así mismo indica la teorizante que existen varios factores que intervienen en el cuidado: (a) la información general, sobre los cuales se sustenta el mismo y presupone además la estructura en la intervención, (b) formación de sistemas de valores humanístico-altuista, ello implica considerar las creencias, así como la experiencia del crecimiento personal mediante la satisfacción de entregarse a la labor y ser una extensión de si mismo; (c) Inculcación de fe y esperanza, la misma indica la autora orienta el rol de la enfermera en la proporción del bienestar; es decir, la adopción de conductas en la búsqueda de la salud del paciente o usuario de forma positiva,

apoyándolo a través de la relación enfermera-paciente efectiva. (d) Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás, ello conduce a la autorrealización mediante la autoaceptación, fundamental para la enfermera ya que sin ello no es capaz de expresar sus sentimientos personales para ayudar mejor al paciente, y (e) Desarrollo de una relación de ayuda y confianza, dichos factores implica establecer confianza en los cuidados proporcionados, ayudar a promover la expresión de sentimientos positivos, establecer una comunicación efectiva mediante la coherencia, empatía y calidez. (f) Promoción de la expresión de sentimientos positivos y negativos, lo que prepara a la enfermera para compartir los sentimientos así como aceptar tanto los positivos como los negativos; (g) Utilización sistémica del método científico de resoluciones de problemas para la toma de decisiones, siendo esencial para la disciplina y desarrollar una práctica sustentada en el conocimiento científico; (h) Promoción del aprendizaje y la enseñanza interpersonal, implica proporcionar al paciente la información necesaria para que asuma su responsabilidad en su salud; es decir, el autocuidado, promoviendo su crecimiento.

También acota la teórico otros factores como: (i) Promoción de un entorno de apoyo, protección o corrección mental. Físico, Sociocultural y Espiritual; ello requiere la comprensión del entorno de la persona, valorando y facilitando las capacidades de afrontamiento del paciente para apoyarse y proteger su bienestar, (j) Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas, esto implica la orientación de las necesidades tanto de la enfermera (o) como del enfermo, partiendo de la jerarquización de las necesidades de Maslow, A. Y por último (k) Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas, lo que se traduce como la comprensión de las demás personas partiendo de la experiencia, percepción individual tanto de la persona como del paciente.

Por lo tanto, esta teoría descrita en su fundamentos, lleva consigo la formación de un profesional de enfermería integral, donde se destaque la vocación de servicio, con el fin de proporcionar cuidados de óptima calidad al paciente y cumpla a cabalidad con todas sus funciones; lo contrario, incide en detrimento de las actividades realizadas.

Por otra parte, la esencia de la intervención propia de enfermería, es promover el autocuidado, a través del cual el individuo dentro de su crecimiento personal lleva a cabo actividades para promocionar y mantener su bienestar y el de los suyos durante toda su vida; actitud fundamental que conlleva a interrelacionarse con el paciente de tal manera que involucre capacidades especiales de , maduración, responsabilidad y conciencia de si mismo para satisfacer la totalidad de sus necesidades.

La enfermera (o) dentro de sus funciones derivadas u ordenadas debe dar cumplimiento a las siguientes intervenciones como son:

Administración de medicamentos.

La administración de fármacos bien sea por vía enteral o parenteral, depende de la urgencia del caso o en su efecto de la indicación médica. Cabe destacar que no existe ningún nivel predeterminado como objetivo terapéutico. En pacientes con infarto de miocardio (IM) a los que se les administre múltiples fármacos (vasodilatadores, betabloqueantes, opiáceos, catecolaminas, etc), en ese caso la enfermera (o) debe cumplir con una adecuada monitorización hemodinámica.

Implica evidenciar cualquier complicación como efecto secundario del tratamiento, en ese caso se precisa una monitorización meticulosa para reconocer todo lo relacionado que permita desarrollar los planes terapéuticos dentro de los límites fisiológicos precisos.

La administración del tratamiento del paciente con infarto de miocardio (IM) en el área de emergencia debe ser basado en las indicaciones clínicas y específicas para la reactivación de las condiciones vitales del paciente, la prioridad del tratamiento para contrarrestar los efectos de los mediadores ya liberados y evitar la formación y liberación de mediadores adicionales.

Las instrucciones básicas para el manejo del infarto de miocardio (IM), comprende las medidas terapéuticas que deben recibir todos los pacientes que son atendidos en un centro de asistencia hospitalaria (emergencia), o en una unidad de cuidados intensivos. Piza, G. (1997) señala, que existe un manejo básico en estos pacientes , caracterizados por: “dieta, reposo, sedante, oxígeno, disminución del dolor (nitratos, opiáceos), evitar extensión del infarto, control de la bradi o taquicardias, betabloqueantes y evitar la constipación” (pág 83).

El grado de actividad ejercida por la enfermera (o) en los cuidados dados depende de la estabilidad hemodinámica y de la presencia de arritmia en el paciente.

Por otra parte, el papel de la enfermera como parte del equipo de salud es administrar el fármaco respetando la regla de los cinco correctos: (a) paciente – correcto; (b) dosis – correcta; (c) vía – correcta; (d) hora – correcta; (e) medicamento – correcto. Evitando así riesgos que complicarían aún más la situación crítica del paciente con infarto del miocardio.

Administración de medicamentos inotrópicos positivos.

Una de las complicaciones del infarto del miocardio es la falla cardiaca. El descubrimiento temprano, y la eliminación de las causas precipitantes, pueden ayudar al paciente a disminuir los riesgos de muerte. En donde el

profesional de enfermería debe tener un conocimiento avanzado de la fisiopatología cardiopulmonar, y el reconocimiento de señales significativas y síntomas de complicación de esta enfermedad; componentes importantes en el equipo de dirección ante tal complicación.

Dentro de este mismo contexto, los fármacos más utilizados en la falla cardiaca, son los inotrópicos positivos, ya que aumentan la contractilidad del músculo cardiaco.

Respecto a lo señalado Urden, L. Lough, M. Y Stacy, K. (1994) expresan “los pacientes en situación crítica con compromiso de la función cardiaca requieren con frecuencia la administración de fármacos que aumenten la contractilidad miocárdica. Estos fármacos se denominan inotrópicos positivos” (pág 224).

De igual manera citan que “los inotrópicos positivos disponibles clínicamente incluyen los glucósidos cardiotónicos, simpaticomiméticos y los inhibidores de la fosfodiesterasa” (pág 224).

De acuerdo con lo citado podemos decir, que entre los glucósidos cardiotónicos tenemos a los digitálicos, que bloquean la bomba de sodio y potasio; y en donde los profesionales de la enfermería deben vigilar la presencia de baja masa corporal magra, insuficiencia renal o edad avanzada en el paciente, porque sin factores de riesgo de toxicidad digitálica; y por tal razón deben realizarse también controles séricos para controlar la efectividad y su concentración en sangre.

De modo similar las aminas simpaticomiméticas como lo son: la dopamina y la dobutamina, tienen efectos secundarios. La taquicardia es uno de ellas,

por eso es que las enfermeras (os) deben realizar un monitoreo cardiaco continuo y su administración debe ser por bomba de infusión.

Sobre la base de lo antes referido, las acciones de la dopamina son totalmente dependiente de la dosis. Así lo cita Pineda, M Y Matiz, H (2000) “los inotrópicos tienen efectos sobre los vasos periféricos. Algunos son vasodilatadores (amriona, dobutamina), otros vasoconstrictores (noradrenalina) y otros pueden mostrar ambos efectos dependiendo de la dosis (pág 449).

Continua refiriendo los autores que “la dopamina tiene dosis dopaminérgica: de 1-5 meq/kg/min; dosis inotrópica; 5-10 meq/kg/min y dosis vasopresora: de 10-20 meq/kg/min” (pág 449)

Los inhibidores de la fosfodiesterasa son un nuevo grupo de agentes inotrópicos, que actúan también como potentes vasodilatadores, entre ellos tenemos la amriona y la milriona. Al respecto los mismos autores explican que “inhiben los niveles de monofosfato de adenosina cíclica (AMP) y del calcio intracelular (pág 225).

En este caso la intervención de enfermería va estar dirigida en el monitoreo del recuento plaquetario y vigilar la aparición de complicaciones hemorrágicas, ya que son éstas, efectos secundarios de este tipo de fármaco.

Administración de medicamentos para la relajación y el sueño.

Es de vital importancia que los profesionales de la enfermería posean un amplio conocimiento de la acción terapéutica del medicamento, efectos

colaterales y secundarios y contraindicaciones entre otros.. Al respecto Pineda, M y Matiz, H.(2000) manifiestan

La enfermera (o) es responsable de la correcta administración de los fármacos y de la notificación de las reacciones adversas. También deben poseer un conocimiento profundo de sus interacciones físicas y químicas, los criterios para decidir cual infusión utilizar y cuando pasarlos por una u otra de las luce de un catéter intravenoso (pág 440).

Siguiendo este orden de ideas el suministro incorrecto de los fármacos en la urgencia cardiovascular es uno de los errores más comunes de la medicación, entonces es indispensable que la enfermera (o) tome conciencia del papel decisorio sobre la administración correcta de fármacos, unificando criterios de actuación, capacitándose, para proteger así la integridad física del paciente con infarto de miocardio.

En la cardiopatía isquémica, el nerviosismo es protagónico en el paciente, y este puede aumentar la actividad cardiaca, razón por la cual la enfermería dentro de sus funciones derivadas, como lo es, la administración de medicamentos, debe poner en práctica una serie de eventos para mitigar la ansiedad del paciente; por lo tanto es esencial, el cumplimiento de fármacos que lo induzca al sueño y relajación.

En tal sentido, los fármacos más usado para tal fin en el infarto del miocardio son las benzodiazepinas; compuesto que pertenece al grupo de tranquilizantes menores y tienen un efecto depresivo sobre la función cerebral. Así lo expresan Álvarez, M. y Del Río, C. (2000) "las benzodiazepinas administradas en dosis pequeñas deprimen parcialmente el

sistema nervioso, y actúan como sedantes. Utilizados en altas dosis actúan como hipnóticos o inductores del sueño y relajantes musculares” (pág 182).

Con relación a lo anteriormente expuesto, las enfermeras (os) deben vigilar las características físicas del paciente y realizar una anamnesis exhaustiva, para buscar patologías que puedan interferir en el mecanismo de acción del medicamento; entre ellas: la cirrosis hepática y la diabetes. El reconocimiento temprano de estas alteraciones, permiten advertir al médico tratante para el ajuste de la dosis del sedante.

Por otro lado las benzodiazepinas pueden producir adicción tras un uso continuo, y también tener efectos secundarios. Es entonces cuando la enfermera debe tener una actitud de alerta, puesto que esto implica empeorar el cuadro clínico del paciente infartado.

En el caso específico la Guía medica Familiar (2002) cita “los efectos secundarios que causan las benzodiazepinas pueden ser depresión respiratoria, excitabilidad, vértigo y disminución dela capacidad intelectual” (pág 103).

De igual manera, es importante darles apoyo psicológico al paciente, para fortalecer la terapia farmacológica del sedante. Como se ha mencionado anteriormente, el rol de ayuda de la enfermera (o) es crucial para mitigar el grado de ansiedad del asiente con infarto del miocardio; la comunicación y relajación se hace indispensable.

Administración de medicamentos para el control del dolor.

El control del dolor en el infarto del miocardio, es una prioridad, debido a que la prolongación es la continuación de la isquemia, lo que supone un riesgo adicional sobre el tejido miocárdico no infartado.

Los opiáceos como la morfina, es el analgésico más usado en la isquemia cardíaca, ya que además de aliviar el dolor, disminuye la ansiedad y la precarga, lo que ayuda en la conservación o disminución de las demandas de oxígeno en el corazón.

Así lo refieren Urden, L. Lough, M. Y Stacy, K. (1999) “la morfina es el analgésico por elección, reduce la ansiedad, la agitación, la actividad sistémica nerviosa autónoma, la precarga y, consecuentemente disminuye las demandas miocárdicas de oxígeno” (pág 126).

Por otro lado Berkow, R. Y Fletcher, Z (1996) manifiestan que “la morfina es muy eficaz para el tratamiento para el dolor del infarto de miocardio, pero deprímela respiración, reduce la contractilidad miocárdica y es un potente vasodilatador” (pág 564).

Por consiguiente los profesionales de la enfermería en la administración de morfina deben tomar en cuenta los riesgos/beneficios: estando alerta ante síntomas y Signos de depresión respiratoria, bradicardia o hipotensión. Para esto debe tener un monitoreo cardíaco continuo del paciente infartado, aunado con la medición constante de los signos vitales especialmente, frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial, y dar aviso inmediato al médico tratante, para la suspensión o sustitución medicamentosa por otro vasodilatador.

Siguiendo este orden de ideas, entre los fármacos también utilizados para aliviar el dolor, se encuentra la nitroglicerina; ésta dilata los vasos sanguíneos que rodea el corazón, aumentando el flujo sanguíneo. En tal sentido García, R. (2002) expresa “hay un efecto vasodilatador de los nitratos

sobre las arterias de mayor calibre (de conductancia) y existen datos, según los cuales, la nitroglicerina causa dilatación coronaria” (pág 151).

Por lo antes planteado, se puede inferir, que el uso de nitratos en pacientes con infarto del miocardio, es esencial, ya que no solo alivia el dolor, sino que mejora la perfusión coronaria por su poder vasodilatador, situación que favorece en la evolución clínica del paciente infartado.

Control hidroelectrolítico

En los primeros minutos de la valoración, se identifican las anormalidades funcionales que pongan en peligro la vida del paciente con isquemia cardiaca.

Para alcanzar el éxito, el profesional de enfermería en presencia de un paciente con infarto de miocardio, debe establecer las pautas a seguir, en el cumplimiento de actividades específicas; teniendo en cuenta que el registro y el control de éstas, reflejan la evaluación integral realizada al paciente con dicha patología en la unidad de emergencia.

Sobre la base e lo antes referido, la valoración para determinar la sobrecarga hídrica en pacientes con infarto de miocardio es crucial, ya que el impacto de la isquemia ante el músculo cardiaco, influye directamente en la función contráctil, y el inadecuado equilibrio hidroelectrolítico que esto conlleva, pone en manifiesto un conjunto de síntomas y signos de congestión vascular (insuficiencia cardiaca).

Este síndrome según García, J. (2004) “esta caracterizado por la aparición de signos y síntomas de congestión pulmonar y sistémica, derivados de un gasto cardiaco bajo, atribuibles a una disfunción mecánica del corazón (pág 3).

Por lo tanto la intervención de enfermería requiere de un juicio crítico, para minimizar los efectos de sobrecarga hídrica, y el desorden electrolítico; en donde las enfermeras (os) deben registrar, medir y hacer un balance de la ingesta y excreta de líquidos, y extraer muestras sanguíneas, que son de gran utilidad analítica en la valoración de los electrolitos séricos por medios de los paraclínicos, (exámenes de laboratorio).

Partiendo de lo antes escrito, Urden, L. Lough, M.y Stacy, K. (1994) citan

que el mantenimiento de un equilibrio hidroelectrolítico óptimo en pacientes con infarto del miocardio, requiere control constante del volumen de diuresis, vigilar las entradas y salidas de líquidos, extraer muestras sanguíneas para monitoreo electrolítico, valorar la existencia de edema intersticial conjuntamente con la función cardiaca, mediante la determinación del gasto cardiaco (pág 343).

Extracción de muestras sanguíneas

Para la valoración del paciente con infarto de miocardio, los profesionales de la enfermería deben contar con conocimientos y preparación suficiente, para orientar oportunamente sus esfuerzos, no solo a brindar el tratamiento específico, sino también hacia la prevención y detección temprana de complicaciones.

En tal sentido, la extracción de muestras sanguíneas oportunamente, como función derivada del profesional de la enfermería, permite establecer, confirmar y descartar un diagnóstico y ajustar el tratamiento. Por eso las enfermeras (os) deben reconocer los parámetros clínicos que se usan en el evento isquémico; y su interpretación es de gran valor, ya que proporciona información básica que define la evolución de dicha patología.

En el caso específico, Alpasch, J. (1998) manifiesta que “los profesionales de enfermería deben conocer los estudios clínicos necesarios, dirigidos a interrumpir en forma temprana y limitar el daño que puede ocasionar el infarto del miocardio, como lo es, los datos que arrojan los exámenes de laboratorio” (pág 120).

El mismo autor destaca que:

Estas proporcionan información, respecto a la presencia de leucocitos, enzimas cardiacas, las cuales van aumentando paulatinamente, velocidad de sedimentación, la cual alcanza su punto máximo en la primera semana, y la proteína C reactiva, que se presenta como índice de inflamación tisular y necrosis en forma temprana” (pág 121)

Haciendo referencia de lo antes escrito, cuando las células cardiacas se dañan, liberan enzimas y otras moléculas en el torrente sanguíneo. Los niveles elevados de estos marcadores de lesión cardiaca en sangre pueden ayudar a predecir el infarto en pacientes con dolor torácico importante.

Al respecto Bohórquez, M. y Isaza, D (1999) expresan

La CK suero y su isoenzima predominante del miocardio CKMB, son las pruebas serológica mas ampliamente utilizadas para el diagnostico del infarto de miocardio. La CKMB es mas especifica para el diagnostico, pero también se dan elevaciones totalmente positivas cuando se liberan por el músculo esquelético, como ocurre en la rabdomiolisis, polimiositis, distrofia muscular y tras ejercicios intensos (Pa`g. 234)

Por tal razón las enfermeras (os) deben realizar una anamnesis profunda para poder descartar que la elevación de las enzimas cardíacas están relacionadas con otra patología.

Dentro de este mismo contexto, existen marcadores séricos más específicos del músculo cardíaco, como son las troponinas I y T, y no son detectados en sangre de sujetos normales. Referente a lo mencionado Jaramillo, M (2003) cita que “el aumento de las troponinas, así sean leves, permiten el diagnóstico celular, siendo específicos de daño cardíaco, y atribuyéndose a este marcador el papel de nuevo Patrón de oro” (Pàg. 390).

Otro aspecto importante mencionar es la gasometría, ya que aunque es un acto médico, los profesionales de enfermería deben reconocer y valorar los parámetros específicos que determinan el desequilibrio ácido-base. En el caso específico del paciente con infarto de miocardio es primordial, debido a que se encuentran comprometidas el aporte/demanda de oxígeno, y el no reconocimiento oportuno de dicha alteración, compromete el cuadro del paciente infartado; sobre todo si éste se complica con insuficiencia cardíaca, con presencia de edema pulmonar, indicador de un deterioro del intercambio.

Sistema de variable

Variable: Calidad de cuidado de enfermería en pacientes con infarto de miocardio en la Unidad de Emergencia de Adultos.

Definición Conceptual: Calidad del cuidado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995), citada por Mompart, M. y Duran, M (2001) se refiere al

Conjunto de servicios, diagnóstico y terapéuticos adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y conocimientos del paciente y del servicio y logren el mejor resultado con el mínimo riesgo de efecto iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (Pàg. 3)

Definición Operacional: Comprende la ejecución de las funciones propias y derivadas por parte del profesional de la enfermería en el ejercicio de su práctica de cuidados al paciente con infarto del miocardio que ingresa a la unidad clínica de emergencia de adultos

Operacionalización de la Variable

Variable: Calidad del cuidado de enfermería en pacientes con infarto al miocardio de la Unidad de Emergencia de Adultos

Definición Operacional: Comprende la ejecución de las funciones propias y derivadas por parte del profesional de la Enfermería en el

ejercicio de su práctica de cuidados al paciente con infarto de miocardio que ingresa a la unidad clínica de emergencia de adultos.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMES
<p>Intervención de enfermería: Acciones basadas en un fundamento científicos que lleva a cabo la enfermera con el fin de beneficiar al paciente con infarto de miocardio de modo determinado, relacionado con sus funciones propias y derivadas.</p>	<p>Funciones Propias: Son las que ejecuta la enfermera basada en las responsabilidades de un área de competencia, no existiendo otro tipo de trabajador que pueda llevarla a cabo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración cardiovascular • Conservación de la estabilidad hemodinámica • Mantenimiento de aporte/demanda de oxígeno • Valoración del estado neurológico • Mantenimiento de vías aéreas permeables • Cateterización de vías periféricas • Valoración del grado de ansiedad • Valoración y control del dolor • Vigilancia de la función renal 	<p style="text-align: center;">1-2-3</p> <p style="text-align: center;">4-5-6-7-8</p> <p style="text-align: center;">9-10-11-12</p> <p style="text-align: center;">13-14-15-16</p> <p style="text-align: center;">17-18-19-20</p> <p style="text-align: center;">21</p> <p style="text-align: center;">22-23-24</p> <p style="text-align: center;">25-26</p> <p style="text-align: center;">27-28-29-30-31-32</p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMES
	<p>Funciones Derivadas: Son las que asume la enfermera por delegación de otros profesionales bajo su dirección o supervisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de fármacos inotrópicos positivos • Administración de medicamentos para la relajación y el sueño • Administración de medicamentos para el control del dolor. • Control hídrico • Extracción de muestras sanguíneas. 	<p>33-32-35-36-37</p> <p>38-39</p> <p>40-41-42-43-44</p> <p>45-46-47-48-49-50</p> <p>51-52</p>

DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

CALIDAD: Es el juicio que las personas se forman respecto a los bienes y servicios

CUIDADOS: Fenómenos relacionados con las asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otros individuos con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida

DOPAMINA: Neurotransmisor del sistema nervioso simpático presente en la naturaleza, que es precursor de la noradrenalina. Se produce en la sustancia negra y se transmite al putamen y al núcleo caudado. Tiene un efecto inhibitorio sobre el movimiento.

ELECTROCARDIOGRAMA: Registro gráfico producido por electrocardiógrafo.

INOTRÓPICO: Pertenece a la fuerza o energía de las contracciones musculares, especialmente las del músculo cardíaco. Los agentes inotrópicos aumentan la contractilidad del miocardio.

INFARTO: Zona de necrosis localizada en un tejido, vaso, órgano o parte del mismo debida a anoxia tisular producida por la interrupción del suministro de sangre a la zona o, menos frecuentemente, a la estasis circulatoria producida por la oclusión de una vena que normalmente drena la sangre de la zona.

MIOCARDIO: Capa media, gruesa y contráctil de células musculares con una construcción y disposición exclusivas, que constituye el grosor de la pared cardíaca.

MORFINA: Alcaloide cristalino blanco obtenido de la baya del opio, *Papaver somniferum*, la fuente de su principal actividad farmacológica.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentan los elementos relacionados con el diseño metodológico utilizado para el desarrollo de esta investigación, el cual incluyen: el diseño de investigación, tipo de estudio, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad y los procedimientos y las técnicas de análisis de los resultados.

Diseño de la Investigación

El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable. Al respecto Polit, D. Y Hungler, B. (1997). Señalan que el diseño de investigación constituye “el plan global para obtener y analizar datos, el cual incluye especificaciones para dar mayor validez interna y externa al estudio” (Pàg. 644).

El presente estudio, fue desarrollado bajo un diseño de campo, el cual tiene como principal característica según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (U.P.E.L) (2001).

La recolección de los datos por parte del investigador en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos, con la finalidad principal de explicar sus causas o efectos, entender sus naturaleza o predecir su ocurrencia, gracias al análisis sistemático de un problema determinado (Pàg. 5).

Tipo de Estudio

Igualmente para abordar la problemática del estudio, el investigador debe responder operativamente a una serie pasos o procedimientos que le lleven al logro de sus objetivos. De esta forma, comprende el definir el tipo de estudio aplicado. En el caso de la atención de enfermería a pacientes con Infarto al Miocardio que ingresan a la Unidad de Emergencia de Adultos del hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay, responde de acuerdo a los objetivos que se persiguen ser de campo de naturaleza descriptiva.

Tal sentido este estudio es de naturaleza descriptiva, ya que responde a la conceptualización dada por Arias, F. (1999), al señalar que “...Consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (Pág. 46). En este sentido, la variable que se desglosa en dimensión, indicadores y subindicadores que permitieron detallar las acciones de las funciones propias y delegadas de los profesionales de enfermería en cada una de sus intervenciones con el paciente con infarto de miocardio.

Población y Muestra

La población es definida por Tamayo, M (2001) como la “...totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población posee una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (Pág.114). la población de este estudio está conformada por

19 profesionales de enfermería que laboran en los cuatro turnos de trabajo (mañana, tarde, noche par y noche impar).

En lo que respecta a la muestra, por ser una población poco numerosa, se considero que esta se encuentre conformada por el 100% de dicha población, aplicándose un muestreo no probabilístico apoyado en la técnica censal, según lo plantea el autor citado

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Las técnicas de recolección de datos corresponden al diseño de investigación, por tal motivo las pertinentes son las de campo, es decir aquellas que permiten dicha recolección de la realidad estudiada. En este se utilizó la Observación, definida por Canales, F. Alvarado, E Y Pineda, E. (2000) como “El registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia” (Pág. 160). En este sentido, se diseñó una guía de observación con treinta y cinco (52) ítemes de tipo dicotómicos; con alternativas de SI- NO.

Validez Y Confiabilidad

Validez

Según Hernández, R. Fernández, C Y Baptista, P. (1998) la validez “...se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (Pág.243). en esta investigación, la validación realizada fue

de contenido, porque los instrumentos reflejan un dominio específico del contenido que se mide.

De acuerdo de Pick, A. y López, A. (1994), la validez se realiza a través de dos pasos:

La exhaustiva operacionalización de las variables, que indica que las preguntas de los instrumentos representan todos los contenidos que se quiere medir. el juicio de expertos, quienes determinaron que las preguntas tienen claridad en la redacción y que el contenido está acorde con las exigencias del estudio. (Pàg 28)

En este caso, luego de diseñar el instrumento se sometió a un proceso de validación, para lo cual se solicitó la opinión de tres expertos en las áreas de enfermería, tomadas en cuentas para su reestructuración (Ver Anexo).

Confiabilidad

La confiabilidad de la guía de observación, se realizó mediante el Método Haynes, donde se requirió aplicar el instrumento prueba piloto a 10 enfermeras con las misma característica de la muestra que laboran en el hospital en dos oportunidades por dos observadores, posteriormente, se tabularon los resultados obtenidos obteniendo el número de coincidencias y diferencia entre ambos, para obtener un valor que se ubica entre 0 y 1, lo que representa el coeficiente de confiabilidad; siendo así el obtenido fue de 0,90; lo cual de acuerdo a la escala de categoría lo ubicó como de elevada confiabilidad.

Al respecto Brown, W (2005) refiere que el metodo Haynes:

Formato (test) resúmenes “estructurados” para realizar la validación, destilación, diseminación y uso de conocimiento de asistencia médica, relatando estudios clínicos de alta calidad sobre la prevención o el tratamiento de desórdenes (Trastornos) de salud. Proporciona la información cuantitativa sobre la sensibilidad, la especificidad, y el valor profético de muchas pruebas clínicas y diagnosticas, para identificar metodológicamente estudios sanos sobre el diagnostico de desórdenes (trastornos) de salud (Pàg. 2)

Procedimiento para la recolección de la información

Los métodos aplicados para la recolección de la información fueron los siguientes:

- Se solicito por escrito a la gerencia de enfermería la autorización para la aplicación del instrumento previa notificación de los propósitos de la investigación.
- Se solicito por escrito el consentimiento de los profesionales de la enfermería que conformaron la muestra para la aplicación del instrumento a través de la observación durante cuatro oportunidades en diferente momentos.
- Se aplico individualmente la observación a la muestra en los diferentes turnos por las investigadoras.
- Los datos del instrumento se contabilizaròn y se procedió a su representación y análisis.

Técnica de Tabulación y Análisis

Para efectos de tabular y analizar los datos obtenidos, se utilizó la representación en cuadros y gráficos de los mismos, donde se expresaron términos de distribución de frecuencia y porcentajes, es decir se aplicó la estadística descriptiva.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta parte del estudio, se procedió a realizar la presentación y análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos a la población objeto del estudio. A tal efecto comprende como tópicos a desarrollar los relativos al tipo de análisis y a la presentación de los resultados.

En función de la información recolectada, se presentan los resultados de la investigación, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados en la misma. En primer lugar se tabularon las respuestas de las diecinueve (19) enfermeras que conformaron la muestra, posteriormente se procedió a tabular las respuestas en cuadro de asociación, en donde se pueden apreciar las respuestas según ocurrencia

La información se presenta por ítemes observados, se procedió a realizar una consolidación de las respuestas de ocurrencia, que reflejan la tendencia de ocurrencia de los ítemes al ser considerados en conjunto por indicador y dimensión

Posteriormente se graficaron las tablas obtenidas en gráficos de barras.

Cuadro N°1

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la valoración cardiovascular y la estabilidad hemodinámica del paciente con infarto de miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
1. Monitorea presión arterial	19 (100)	0 (0)
2. Monitorea frecuencia cardiaca	19 (100)	0 (0)
3. Verifica las constantes vitales	10 (52,63)	9 (47,37)
4. Ausculta ruidos respiratorios	6 (31,58)	13 (68,42)
5. Ausculta ruidos cardiaco	6 (31,58)	13 (68,42)
6. Valora coloración de la piel y lechos ungueales	6 (31,58)	13 (68,42)
7. Monitorea electrocardiograma	2 (10,53)	17 (89,47)
8. detectar signos de distensión venosa	4 (21,56)	15 (78,94)
Promedio	9 (47,43)	10 (52,57)

FUENTE: Guía de Observación

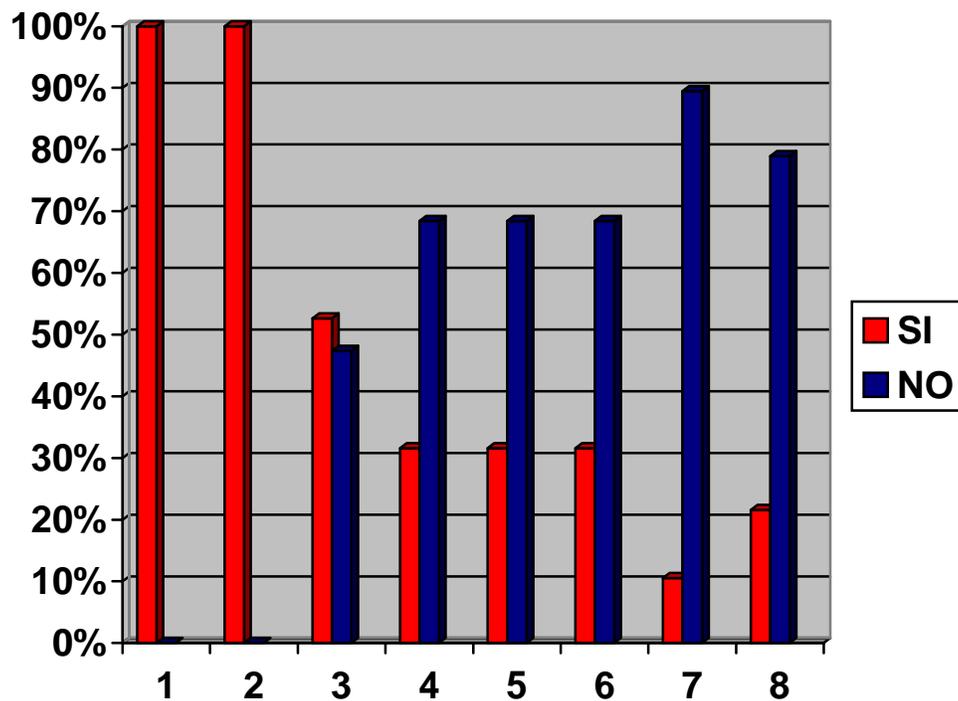
Como se puede observar en el cuadro N°1, un promedio de 47,43 de los profesionales observados realizaron funciones propias en la valoración cardiovascular y el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica; tales como: monitoreo de presión arterial y frecuencia cardiaca en un 100% auscultan los ruidos cardiacos y respiratorios y valoración de la colocación de la piel y lechos ungueales un 31,58%, verifican constantes vitales el 52,63% monitorean electrocardiogramas el 10, 53 y detectan signos de distensión venosa el 21,56%. Mientras que el 52,57% de los profesionales observados no realizan dichas funciones.

En este orden de ideas, indican Aquilera, M. Barba, H y Nararro, A (2000) que el “examen físico revela información sobre la situación actual del paciente; de esta forma, los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre los cuales se establece el plan de cuidado de enfermería” (Pág. 4). Por su parte, recomiendan los autores citados que “es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura. (Pág. 5).

Con respecto a la estabilidad hemodinámica Ibarra, L (1997) refiere “la valoración de enfermería incluyen recolección de información cuidadosa sobre los signos y síntomas compatibles con el infarto: momento. Durante y factores que aumentan o alivien el dolor, disnea, arritmias, mareos y/o diaforesis; y la relacionada con los signos y síntomas del shock cardiogénico (Pág. 345).

GRAFICO N°1

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR Y LA ESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO



FUENTE: Guía de Observación

Cuadro N°2

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con el equilibrio de aporte/demanda de oxígeno del paciente con infarto de miocardio.

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
9. Proporciona tranquilidad paciente.	8 (42,10)	11 (57,90)
10. Mantiene en reposo absoluto al paciente	16 (84,21)	3 (15,79)
11. Mantiene en posición de fowler al paciente	16 (84,21)	3 (15,79)
12. Administrar oxigenoterapia al paciente	16 (84,21)	3 (15,79)
Promedio	14 (73,68)	10 (26,32)

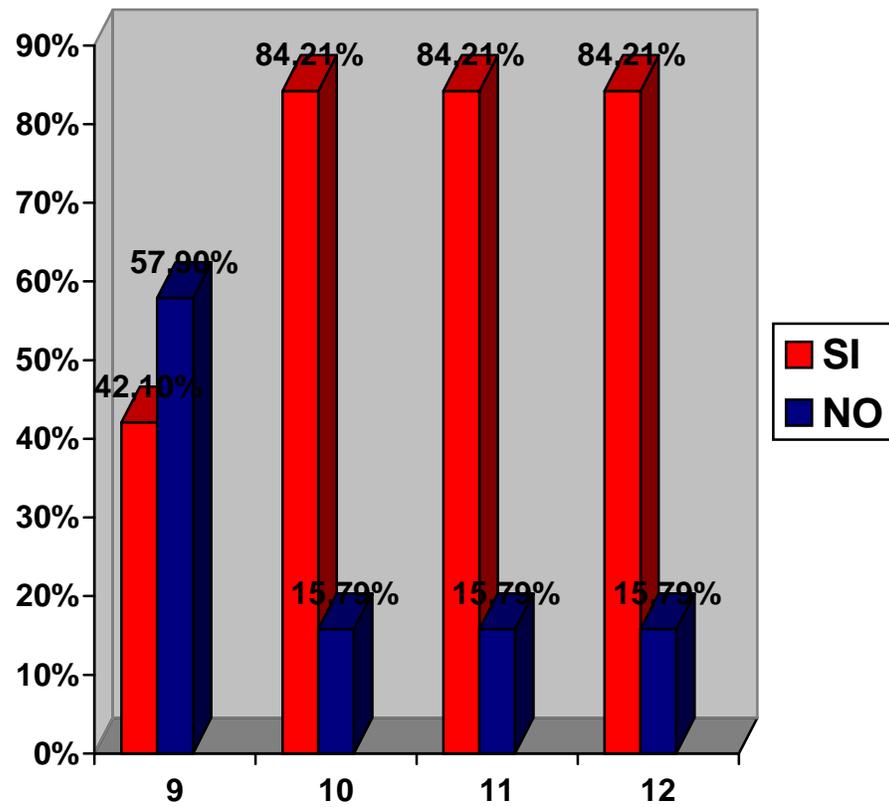
FUENTE: Guía de Observación

En este caso se observo que un promedio de 73,68% realiza acciones relacionadas con el equilibrio de aporte/demanda miocárdica, en donde el 42, 10% proporciona tranquilidad al paciente, el 84,21% mantiene al paciente en reposo absoluto, en posición de Fowler, y administra oxigenoterapia.

Al respecto Berkow, R y Fletcher, A (1996) señala “inicialmente, el trastorno de la función cardiaca puede manifestarse sólo durante el ejercicio, pero al evolucionar la enfermedad se deteriora la eficacia contráctil del corraon y los síntomas y signos de congestión y de fatiga se asocian con un volumen minutos bajo, apareciendo incluso en reposo (Pàg. 491). Por consiguiente las actuaciones de enfermería en el equilibrio aporte/demanda de oxígeno en el infarto de miocardio está encaminada a disminuir la sobrecarga de volumen ventricular y los de aumentar el aporte de sangre oxigenada, con el mantenimiento del reposo absoluto del paciente con infarto de miocardio y la administración de oxigenoterapia.

Grafico N°2

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL EQUILIBRIO DE APOORTE/DEMANDA DE OXIGENO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO.



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°3

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la valoración del Estado Neurológico del paciente con infarto de miocardio.

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
13. Valora el nivel de conciencia	6 (31,58)	13 (68,42)
14. Valora el estado de alerta	5 (26,31)	14 (73,69)
15. Valora la función motora	6 (31,58)	13 (68,42)
16. Valora la función pupilar	6 (31, 58)	13 (68,42)
Promedio	6 (30,26)	13 (69,74)

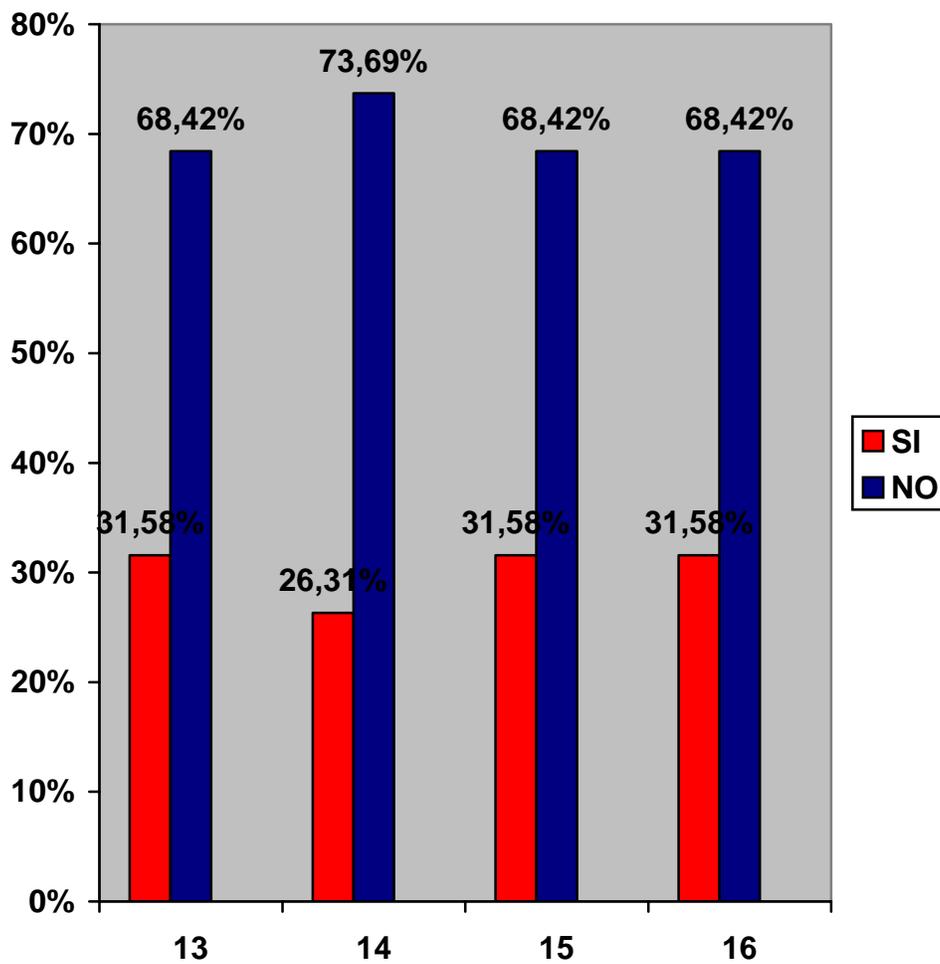
FUENTE: Guía de Observación

En el cuadro se muestra que los profesionales de enfermería en cuento a la valoración neurológica de los pacientes que ingresan con infarto de miocardio, se observo en el 68,42% de los mismos no valora el nivel de conciencia, tono muscular, fuerza muscular y función pupilar. Esta situación se tradujo en que un promedio de 69,74% no realiza la valoración neurológica en el momento que ingresa el paciente con infarto de miocardio a la Unidad de Emergencia de Adultos.

En tal sentido Under, L. Loungh, M. y Stacy, K (1999) mencionan que “las enfermeras deben observar a los pacientes para hallar signos de diaforesis, confusión y letargo, cada uno de los cuales pueden indicar hipotensión o bajo gasto cardiaco” (Pàg. 101).

GRAFICO N°3

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON LA VALORACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°4

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con el mantenimiento de las vías aéreas permeables y Cateterización de vías periféricas del paciente con infarto de miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
17. Valora permeabilidad de las vías aéreas	4 (21,05)	15 (78,95)
18. Coloca cánulas orofaríngeas a pacientes inconscientes	8 (42,10)	11 (57,90)
19. Aspira secreciones acumuladas	16 (84,21)	3 (15,79)
20. Mantiene lo principios de asepsia en la aspiraciones de secreciones	6 (31,59)	13 (68,42)
21. Cateteriza vías periféricas	19 (100)	0 (0)
Promedio	6 (30,26)	13 (69,74)

FUENTE: Guía de Observación

En el cuadro N° 4, un promedio de 55, 78% de los profesionales de enfermería observados realizan funciones propias tales como Cateterización de vía periféricas, en un 100% y un 84,21% aspira secreciones acumuladas. Entre tanto el 44, 22% no realizan actividades relacionadas con el mantenimiento de las vías aéreas permeables; y un 42,10% colocan cánulas orofaríngeas a pacientes inconscientes, el 31, 58% mantiene los principios de asepsia en las aspiraciones de secreciones.

Con respecto a lo anteriormente señalado es bien significativo que un 44,22% no cumplan con el mantenimiento de vías aéreas permeables y la importancia de contar con unas vías periféricas cateterizadas y permeables.

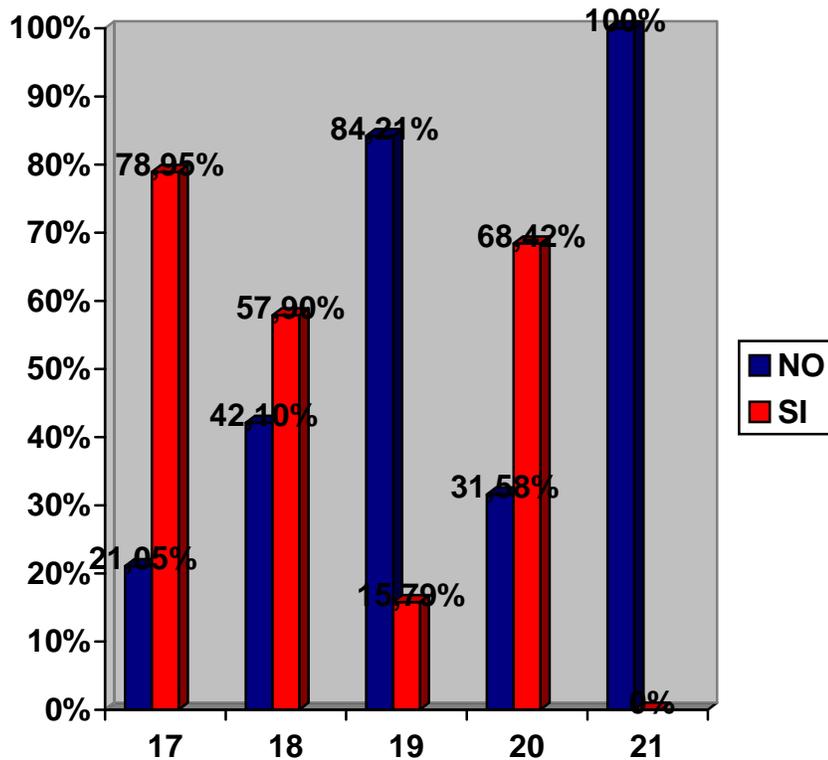
No obstante, el garantizar las vías aéreas permeables es una función propia del profesional de enfermería de igual manera la aspiración de secreciones se hace fundamental para el mantenimiento permeables de las mismas.

Al respecto Pousmàn, R (2000) refiere que “los profesionales de enfermería deben realizar una rápida valoración, tanto de la permeabilidad de las vías aéreas como de la ventilación para su abordaje” (Pàg. 78)

También Nieto, M (2003) manifiesta “ Los pacientes con infarto de miocardio requieren la instauración de la vía venosa para la reanimación aguda, hidratación, control del dolor y recolección de muestras sanguíneas” (Pàg. 42).

Grafico N°4

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR “CNEL. ELBANO PAREDES VIVAS”, MARACAY. RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LAS VÍAS AÉREAS PERMEABLES Y CATETERIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS DEL PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°5

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la valoración y control del Grado de ansiedad y del Dolor del paciente con infarto de miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
22. Valora el grado de ansiedad del paciente	8 (42,10)	11 (57,90)
23. Brinda apoyo psicológico al paciente	6 (31,56)	13 (68,42)
24. Proporciona información de las acciones terapéuticas y diagnóstica a realizar	6 (31,56)	13 (68,42)
25. Valora las característica del dolor	8 (42,10)	11 (57,90)
26. Valora la presencia de signos asociados.	4 (21,05)	15 (78,95)
Promedio	6 (33,68)	11 (66,32)

FUENTE: Guía de Observación

El cuadro N° 5 nos indica que, el 66,32% de los profesionales de enfermería valoran parcialmente el grado de ansiedad, y controlan el dolor. Específicamente un 42,10% valoran el grado de ansiedad del paciente, y las característica del dolor, el 31,56% brindan apoyo psicológico y proporcionan información de las acciones terapéuticas y diagnósticas, un 21,05%, valora la presencia de signos y síntomas asociados al mismo. Solo un 33,68% de los profesionales realizan intervenciones relacionadas con lo anteriormente expuesto.

Con respecto a lo mencionado, Phaneuf, M (1995) refiere que “la ansiedad puede ir desde una modificación ligera del pulso, la respiración o la presión arterial, hay una elevación significativa de los signos vitales por la

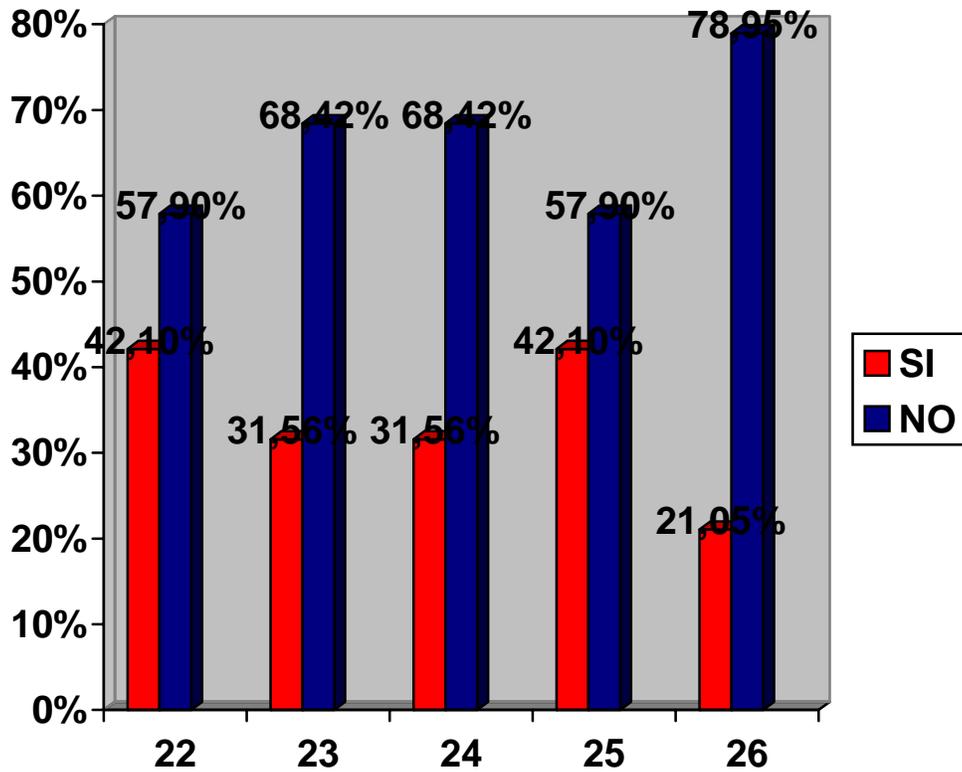
estimulación parasimpática o la pérdida total del control de la persona de sí misma.

Saab, J por otra parte (2000) plantea que, “la enfermera debe valorar el tipo de dolor en el tórax para diferenciarlo de otros que pueden ser de origen pleural, gástrico u otra disfunción” (Pàg. 210)

Por lo que se hace necesario que el profesional de la enfermería conozca la fisiopatología del Infarto de Miocardio para poder identificar y diferenciar signos y síntomas presente en dicha patología y así ejecutar acciones oportunas, seguras y efectivas, en pro del restablecimiento de la salud del paciente.

Grafico N°5

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la valoración y control del Grado de ansiedad y del Dolor del paciente con infarto de miocardio



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°6

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la vigilancia de la función renal del paciente con infarto de miocardio.

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
27. Valora signos y síntomas de insuficiencia renal aguda.	4 (21,05)	15 (78,95)
28. Mide diuresis horaria	6 (31,58)	13 (68,42)
29. Registra diuresis horaria	5 (26,31)	14 (73,69)
30. Monitorea valores de Urea	5 (31,58)	13 (68,42)
31. Monitorea valores de creatinina	6 (31,58)	13 (68,42)
32. pesa diariamente al paciente	2 (10,53)	17 (89,47)
Promedio	5 (25,43)	14 (74,57)

FUENTE: Guía de Observación

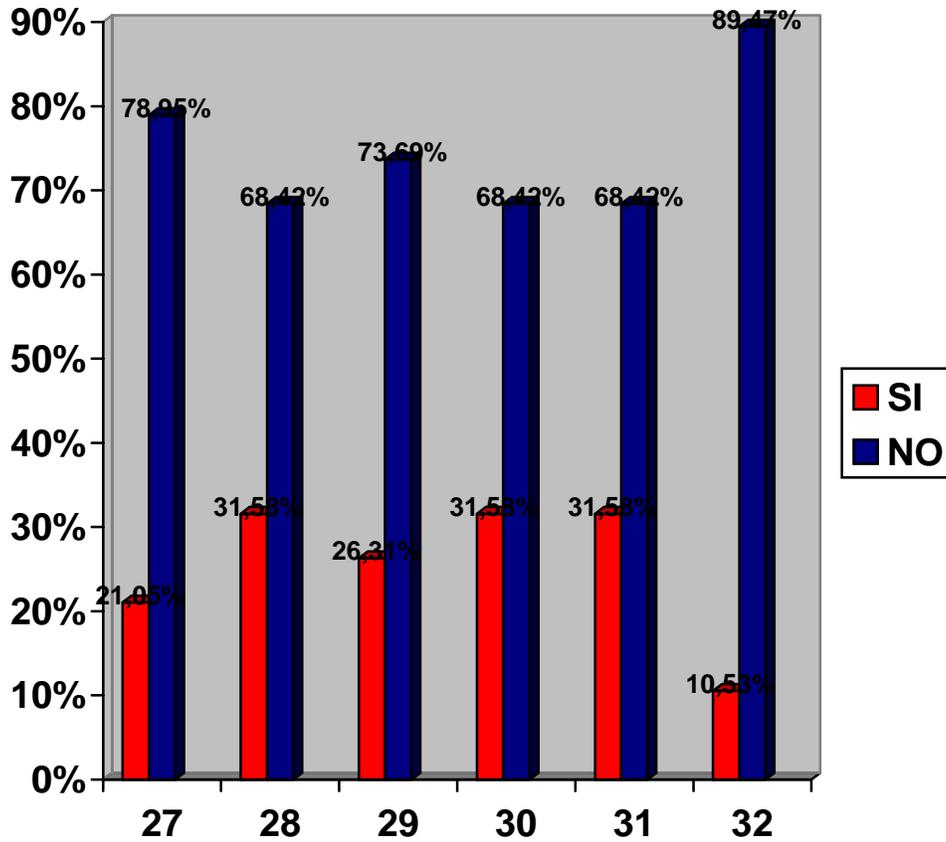
En este caso se observó que 74,57% de los profesionales de enfermería no realizan las acciones relacionadas con la vigilancia de la función renal; en donde un 78,95% no valoran signos y síntomas de insuficiencia renal, un 68,42% no mide diuresis horaria y un 73,69% no la registra, otro 68,42% no monitorea valores de urea y creatinina, y un 89,47% no pesa diariamente al paciente.

En el caso específico Humohreys, M (1991) define “a la insuficiencia renal; como la “disminución de aporte de oxígeno a los tubulos; se caracteriza por un deterioro rápido de la función renal con la disminución de filtración glomerular que impide la excreción de los productos metabólicos de desecho” (Pág. 7)

Es allí, donde los profesionales de enfermería deben realizar la valoración de signos y síntomas relacionados con la hipertensión arterial, oliguria, anuria, edema, proteinuria, hematuria, y cambios de regulación y composición de los líquidos corporales mediante la valoración física, y las pruebas de función renal (Urea y Creatinina). Ya que una de las complicaciones producidas por el Infarto de Miocardio, es la falla cardiaca, el paciente que la padece tiene comprometido sistemáticamente diferentes órganos por la disminución del gasto cardiaco. Siendo uno de los órganos afectados; el riñón.

Cuadro N°6

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la vigilancia de la función renal del paciente con infarto de miocardio



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°7

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos inotropicos positivos en el paciente con Infarto de Miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
33. Administra medicamentos inotropicos positivos.	19 (100)	0 (0)
34. Valora los efectos colaterales y secundarios de los medicamentos inotropicos positivos.	6 (31,58)	13 (68,42)
35. Valora factores de riesgo de toxicidad digitalicos	2 (10,53)	17 (89,47)
36. Monitorea controles sèricos digitalicos	4 (21,05)	15 (78,95)
37. Valora signos de complicación digitalicos	3 (15,78)	16 (84,22)
Promedio	7 (35,78)	12 (64,22)

FUENTE: Guía de Observación

Se demuestra en esta tabla que, el 64,22% de los profesionales de la enfermería no realizan las intervenciones derivadas, traduciéndose en: un 68,42% no valora los efectos colaterales y secundarios de los inotropicos positivos, un 89,47% no valora factores de riesgo de toxicidad digitalica; el 78,95% no monitorea controles sèricos digitalicos y un 84,22% no valora signos de complicación digitalica de controles sèricos digitalicos.

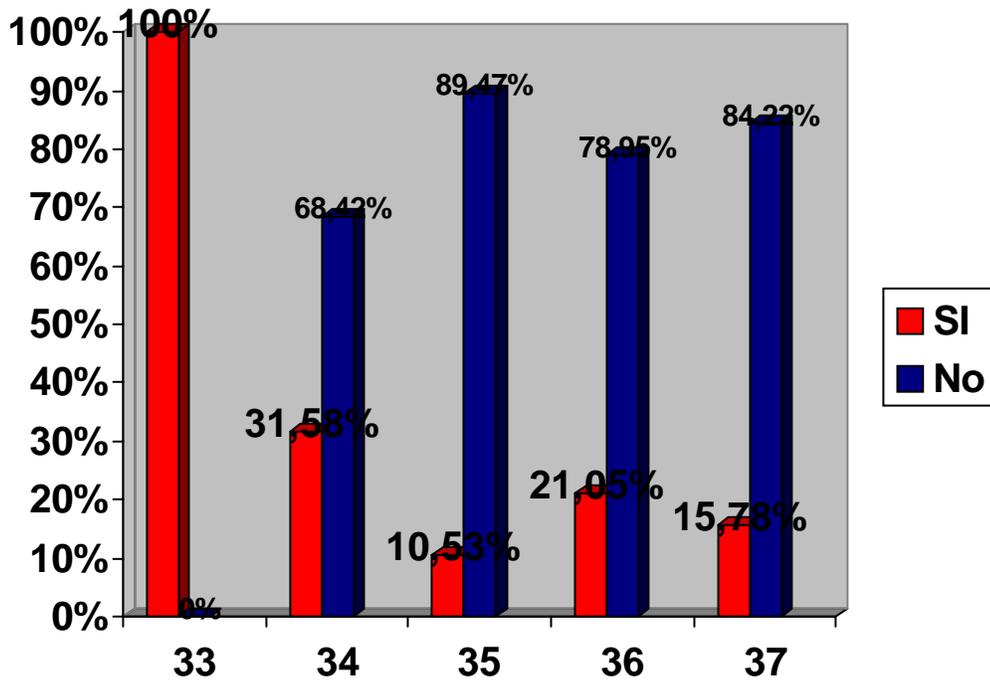
En la administración de medicamentos inotropicos positivos se cumple el 100% de las funciones derivadas, con un valor porcentual total de acciones realizadas de un 35,78%

Respecto a lo señalado Urden, L. Lough, M y Stacy, K. (1999) Expresan “los pacientes en situación crítica con compromiso de la función cardíaca requieren con frecuencia la administración de fármaco que aumenten la contractilidad miocárdica. Estos fármacos se denominan inotrópicos positivos. (Pàg. 224).

En este caso las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas al monitoreo del recuento plaquetario y vigilancia de la aparición de complicaciones hemorrágicas, ya que son estas generadoras de efectos secundarios de este tipo de fármaco.

Grafico N°7

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos inotropicos positivos del paciente con Infarto de Miocardio



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N°8

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos para la relajación y el sueño del paciente con Infarto del Miorcadio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
38. Administra medicamentos para la relajación y el sueño.	19 (100)	0 (0)
39. Valora signos y síntomas de complicación de las benzodiacepinas	3 (15,78)	16 (84,22)
Promedio	11 (57,89)	8 (42,11)

FUENTE: Guía de Observación

El cuadro nº 8 nos demuestra que el 57,89% de los profesionales de enfermería desempeñan las acciones pertinentes a la administración de medicamentos para la relajación y el sueño; reflejando un 42,11% en las funciones delegadas no ejecutadas; predominado en un 84, 22% la no valoración de signos y síntomas de las complicaciones de las benodiacepinas. Siguiendo con el reconocimiento de cifras porcentuales, en la administración de medicamentos para la relajación y el sueño los profesionales de enfermería cumplen sus funciones cabalmente en un 100%.

Partiendo de lo antes escrito, Pineda, M y Matiz, H. (2000) manifiestan

la enfermera (o) es responsable de la correcta administración de los fármacos y de la notificación de las reacciones adversas. También deben poseer un conocimiento profundo de sus interacciones físicas y

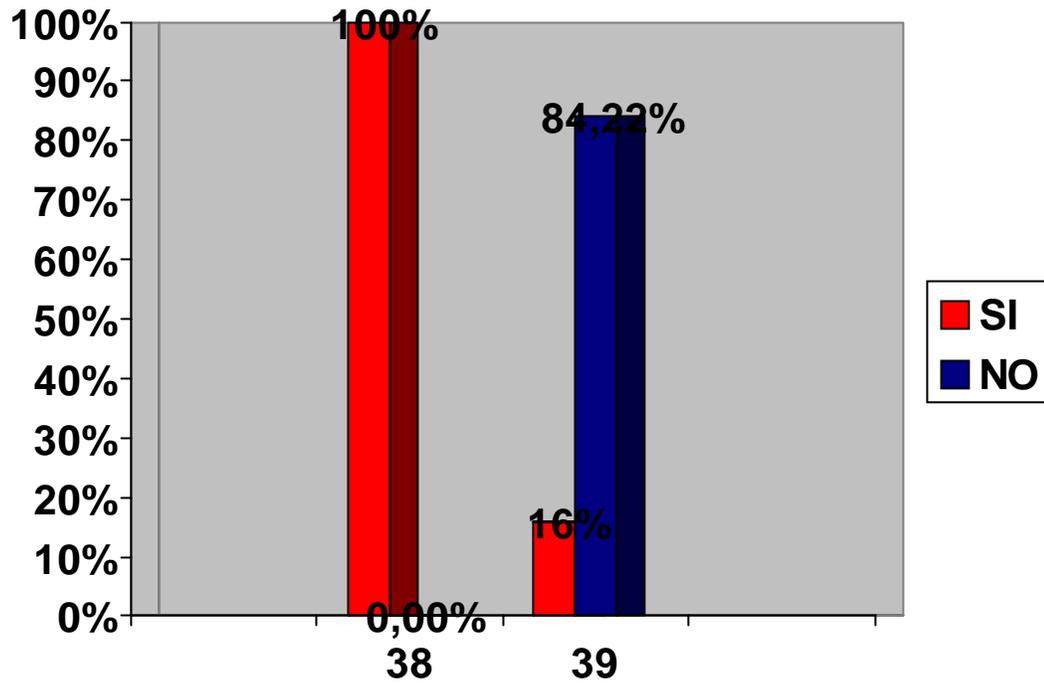
químicas, los criterios para decidir cual infusión utilizar y cuando pasarlos por una u otras de las luces de un catéter intravenoso”. (Pàg.440).

Es importante señalar que siendo las benzodiazepinas el medicamento mas usado en pacientes con Infarto de Miocardio pueden producir adicción tras un uso continuo y tambien tener efectos secundarios. Es entonces cuando la enfermera debe asumir una actitud de alerta, puesto que esto implica empeorar el cuadro clinico del paciente con Infarto de Miocardio

Cabe agregar lo que afirmàn Alvarez, M y Del Rio, C (2000) “ las benzodiazepinas administradas en dosis pequeñas deprimen parcialmente el sistema nervioso y actúan como sedantes. Utilizados en altas dosis actúan como hipnóticos o inductores del sueño y relajantes musculares” (Pàg. 182).

Grafico N°8

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos para la relajación y el sueño del paciente con Infarto del Miorcadio



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N° 9

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos para control del dolor del paciente con Infarto de Miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
40. Administra medicamentos para el control del dolor.	19 (100)	0 (0)
41. Valora los efectos colaterales y secundarios de los opiáceos	6 (31,58)	13 (68,42)
42. Valora Signos y síntomas de complicación de los opiáceos.	3 (15,78)	16 (84,22)
43. Valora los efectos colaterales y secundarios de los nitratos	4 (21,05)	15 (78,95)
44. Valora signos y síntomas de complicación de los nitratos.	3 (15,78)	16 (84,22)
Promedio	7 (36,83)	12 (63,17)

FUENTE: Guía de Observación

En la administración de medicamentos para el dolor, prevalece el no cumplimiento de las funciones delegadas, como en el caso de los anteriormente descritos; en donde un 63,17% no realizan dichas actividades. El 84,22% no vigila signos y síntomas de complicaciones de los opiáceos y nitratos; un 78,95% no valora los efectos colaterales y secundarios de los nitratos de igual manera un 68,42% no valora los efectos colaterales de los opiáceos.

Referente a la administración de medicamentos para el control del dolor, los profesionales de enfermería siguen cumpliendo con el 100% de las funciones delegadas.

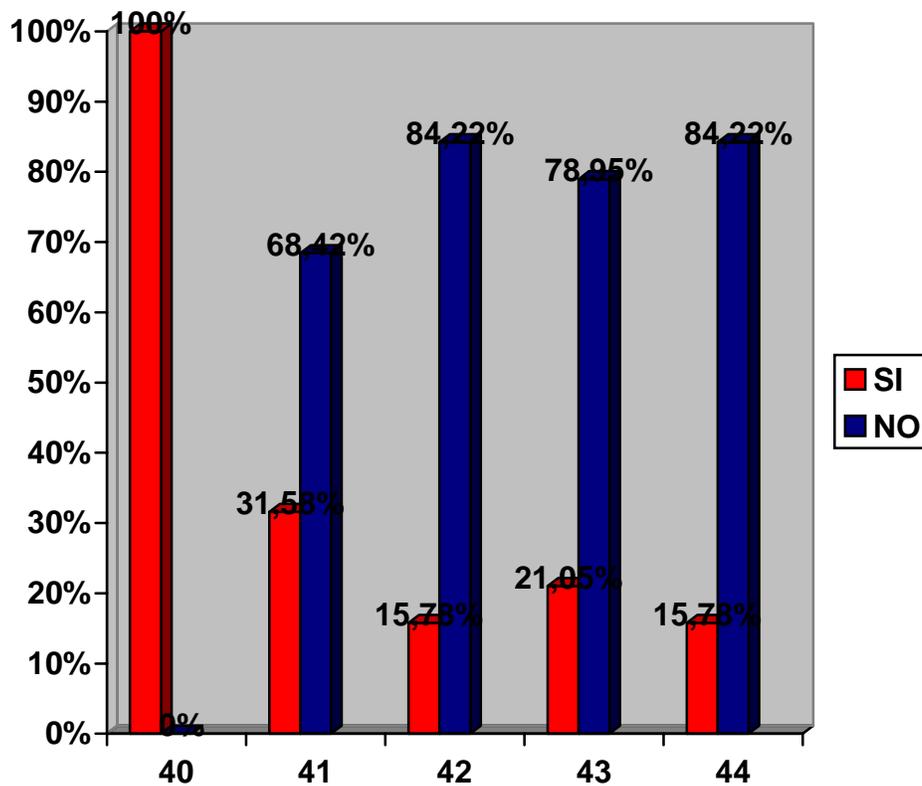
Dentro del mismo contexto, Berkow, R. Y Flercher, z (1996) manifiestan que “la morfina es muy eficaz para el tratamiento para el dolor del Infarto de Miocardio, pero deprime la respiración, reduce la contractilidad miocárdica y es un potente vasodilatador” (Pàg. 564).

Por otra parte García, R (2002) expresa “hay un efecto vasodilatador de los nitratos sobre las arterias de mayor calibre (de conductancia) y existen datos, según los cuales, la nitroglicerina causa dilatación coronaria” (Pàg. 151).

Por consiguiente los profesionales de la enfermería en la administración de medicamentos contra el dolor como la morfina de tomar en consideración los riesgos/beneficios: estando alerta ante la presencia de signos y síntomas de depresión respiratoria, bradicardia o hipertensión.

Grafico N° 9

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la Administración de Medicamentos para control del dolor del paciente con Infarto de Miocardio



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N° 10

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con el control hídrico del paciente con Infarto del Miocardio

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
45. Reconoce signos de sobrecarga hídrica.	5 (26,31)	14 (73,69)
46. Mide ingesta de líquidos.	6 (31,58)	13 (68,42)
47. Registra Ingesta de líquidos	6 (31,58)	13 (68,42)
48. Mide salidas de líquidos	6 (31,58)	13 (68,42)
49. Registra salidas de líquidos	6 (31,58)	16 (84,22)
50. Realiza balance de líquidos ingeridos y eliminados.	4 (21,05)	15 (78,95)
Promedio	5 (28,94)	14 (71,06)

FUENTE: Guía de Observación

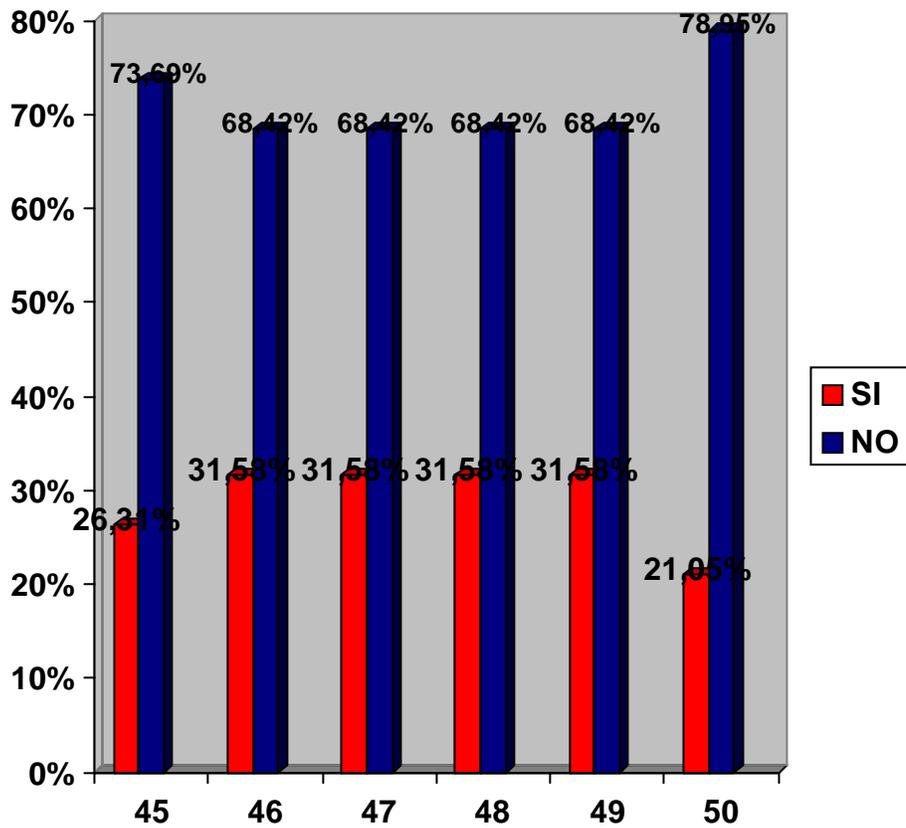
El cuadro N° 10 señala que los profesionales de enfermería no ejecutan las acciones relacionadas con el control hídrico, mostrándose en un 71,06% en su totalidad. De manera específica, el 78,95% no realiza balance de líquidos ingeridos y eliminados; el 73,69% no reconoce signos de sobrecarga hídrica; y el 68,42% no mide, ni registra ingesta y salidas de líquidos.

Sobre la base de lo antes referido, Urden, L. Lough, M y Stacy, K (1999) citan “que el mantenimiento de un equilibrio hidroelectrolítico óptimo en pacientes con Infarto del miocardio, requiere control constante del volumen de diuresis, vigilar las entradas y salidas de líquidos, extraer muestras sanguíneas para monitoreo electrolítico, valorar la existencia de edema intersticial conjuntamente con la función cardíaca, mediante la determinación del gasto cardíaco” (Pàg. 343).

Por lo tanto se hace necesario que las intervenciones de enfermería requieran de un juicio crítico orientado a minimizar los efectos de sobrecarga hídrica y la alteración electrolítica. Es función de la enfermera registrar medir y realizar un balance de la ingesta y excreta de líquidos.

Grafico N° 10

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con el control hídrico del paciente con Infarto del Miocardio.



FUENTE: GUIA DE OBSERVACIÓN

Cuadro N° 11

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la extracción de las muestras sanguíneas del paciente con Infarto de Miocardio.

ITEMES	SI	NO
	F(%)	F(%)
51. Extrae muestras sanguíneas para pruebas diagnosticas	7 (36,84)	12 (63,16)
52. Valora marcadores serológicos.	6 (31,58)	13 (68,42)
Promedio	7 (34,21)	12 (71,06)

FUENTE: Guía de Observación

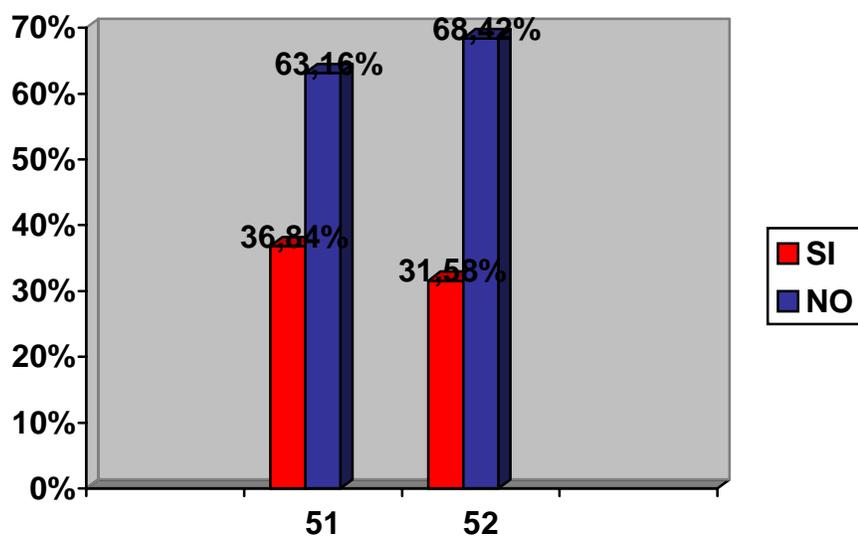
En lo referente a la extracción de muestras sanguíneas, se revela un incumplimiento en las acciones delegadas en un 65,79%. Destacándose con un 68,42% la no, valoración de los marcadores serológicos; y un 63,16% no extrae muestra sanguíneas oportunamente, para pruebas diagnosticas.

De acuerdo a lo mencionado, Alpasch, J. (1998) manifiesta que “los profesionales de enfermería deben conocer los estudios clínicos necesarios, dirigidos a interrumpir en forma temprana y limitar el daño que puede ocasionar el infarto de miocardio, como lo es, los datos que arrojan los exámenes de laboratorio” (Pàg. 120).

En efecto, la extracción de sangre para la realización de pruebas diagnosticas permite establecer, confirman y descarta un diagnostico y ajustar el tratamiento de forma oportuna. Por tal razón las enfermeras deben realizar un anamnesis profunda, incluyendo laboratorio del paciente para poder descartar que la elevación de las enzimas cardiacas estén relacionadas con otra patología.

Grafico N° 11

Distribución de las observación realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay. Relacionadas con la extracción de las muestras sanguíneas del paciente con Infarto de Miocardio.



FUENTE: GUIA DE OBSERVACION

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo al objetivo general de la investigación; determinar la calidad de los cuidados brindados por la enfermera a usuarios con infarto de miocardio que ingresan en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Estado Aragua. Se concluye:

Tomando en cuenta lo desarrollado en las bases teóricas, la calidad de los cuidado brindados esta dado por la forma en que los pacientes perciben la satisfacción de sus necesidades, la cual puede ser medida en base a las acciones cumplidas con este fin. En este caso, la calidad del cuidado se vio debilitada por la falta de cumplimiento por parte de las enfermeras que conformaron las muestras de sus funciones propias y en parte de las derivadas o delegadas.

El profesional de enfermería cumple de forma parcial las funciones propias relacionadas con la valoración cardiovascular y la estabilidad hemodinámica; equilibrio de Aporte/Demanda de oxígeno miocárdica; valoración neurológica, mantenimiento de las vías aéreas permeables, y Cateterización de vías periféricas; valoración y control del grado de la ansiedad y el dolor y la vigilancia de la función renal.

El profesional cumple de forma adecuada las funciones delegadas como la administración de los medicamentos, pero no conoce parcialmente, la acción terapéutica, efectos colaterales y secundarios, contraindicaciones,

registro y vigilancia de signos y síntomas de complicaciones de los medicamentos aplicado. De igual realiza parcialmente funciones relacionadas con el control hídrico y la extracción de las muestras sanguíneas.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados de la investigación al personal de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos y a las autoridades gerenciales del hospital “Cnel Elbano Paredes Vivas” de Maracay con el objetivo que se introduzcan las medidas correctoras a que hubiere lugar

Sensibilizar y concienciar a las enfermeras gerente y de cuidado directo acerca de la importancia de lograr mejores niveles en la atención de los cuidados brindados a los pacientes.

Se sugiere la formación de círculos de calidad constituido por las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica con el Propósito de optimar la calidad de los cuidados.

Realizar jornadas de información y divulgación para involucrar al personal de enfermería sobre la problemática actual

Promover la elaboración de normas de calidad o protocolos de enfermería que sirvan de guías al nuevo ingreso de personal de enfermería a dicha Unidad Clínica .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, M. Barba, M. Y Navarro, A. (2000) **Protocolo de Medicina Interna**. Ediciones Aràn, S.L. México. D.F. México.
- Altuve, H. Armas, M. y Mijares, M (2002). **Calidad de los Cuidados de Enfermería en la Atención del Usuario en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos**. Trabajo Especial de Grado, Escuela de Enfermería. U.C.V.
- Alspach, J. (1993). **Cuidados Intensivos en el Adulto**. Cuarta edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. México. D.F México.
- Arias, F. (1999). **El Proyecto de Investigación**. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela.
- Alvarez, M. Del Rio, C. (2000) **Tranquilizante Hipnóticos**. (documento en línea) www.saludalia.com/...web
saludalia/vivirsano/doc/alcoholhydrogas/doc/tranquilizantes.e.hipnóticos.htm-27k-
- Beare, P y Myers, J. (1998) **El Tratado de Enfermería Mosby**. Tercera Edición. Editorial Harcourt. Brace. Madrid. España.
- Barranco, F. (2005) **Principios de urgencias, emergencia, cuidados críticos** editorial Electrónica. Medellín- Colombia.
- Berkow, R. Fletcher, A. (1998) **Manual Merck**. Edición Décima. Editorial Oceano/Centrum. España.
- Bohórquez, M. Isaza, D. (1999) **Diagnostico y tratamiento del Infarto agudo de miocardio** Editorial Sociedad Cardiológico. Bogota. Colombia.
- Buceta, J. Bueno, A. (1996) **Tratamiento Psicológico de hábito y Enfermedades**. Editorial Pirámide. Madrid. España
- Canales, F. Alvarado, E. y Pineda, E. (2000) **Metodología de la Investigación**. Segunda Edición Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washintong.
- Cotran, R. (1999) **Patología Estructural y Funcional**. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid. España.
- Colliere, M. (1993). **Promover la Vida**. 1ª Edición. Editorial Interamericana McGraw- Hill. Caracas- Venezuela.

- Colmenarez, M. Rodríguez, I y Sierra, O (2001) **Calidad de Atención en pacientes sometidos a exploraciones Endovasculares.** . Trabajo Especial de Grado, escuela de Enfermería U.C.V.
- Conopoima, Z. Guzmán, C. y Valdez, B. (2001). **Calidad de Atención de Enfermería en Pacientes con HiV- SIDA.** Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería U.C.V.
- Dugas, W. (2000) **Tratado de Enfermería Practica.** Cuarta Edición. Editorial McGraw- Hill. Caracas- Venezuela.
- Fuster, V. (1998) **La patogénesis de la Enfermedades de la Arterial Coronaria.** Editorial Panamericana. Madrid, España.
- García, R. (2002) **Cardiopatía Isquémica Crónica.** Revista Cubana de Cardiología y Circulación cardiovascular Numero 30 la Habana Cuba.
- Guascar, E (2001) **Enfermería Clínica de Urgencias.** (Documento en línea) www.fepefem.org.ve/guias_de_urgencias/enfermeria/administracion_de_medicamentos_parenterales.pdf.
- Guía Médica familiar (2002) La Enfermedades más Corrientes. Tranquilizantes. (Documento en línea) www.explored.com.ec/guia/fas870.htm.16k.
- Halconero, F. Pérez, C. Fernández, M. y Sola, D (1999). **Registros de Enfermería en la Valoración del Dolor en el Infarto Agudo de Miocardio.** Material Mimeografiado. Santander, Colombia
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998). **Metodología de la Investigación.** segunda edición. Editorial McGraw- Hill. México. D.F. México.
- Humpreys, m (2000) Insuficiencia Renal Aguda. Fisiología y Tratamiento. Editorial Mundo México. D.F. México.
- Ibarra, L (1997) **Hospital Italiano de Buenos Aires- Docencia e investigación.** (documento en Línea) www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/rehi/index.php?Contenidoarticulo.php&idarticulo=230-34k
- Iyer, P. Taptich, B. y Bernocchi, D (1997) **Proceso y Diagnóstico de enfermería** Tercera Edición. Editorial Interamericana. Caracas- Venezuela

- Isaza, D. (1999). **Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio**. Cardiología Sociedad Colombiana de Cardiología.
- Jaramillo, M (2003) **Infarto de Miocardio con elevación de CT**. (documento en línea) www.fepafem.org.ve/.../Infartodemiocardioconelevaciòndect.pdf. Colombia.
- Urden, L. Lough, M y Stacy, k (1994) **Cuidados Intensivos en Enfermería**. Primera edición. Editorial Harcourt/Brace. Madrid. España.
- McCloskey, r. Y Bulechek, B (2000) **Clasificación de las intervenciones de Enfermería**. (documento en línea) www.aibarra.org/archivos/CIE.htm
- Marriner, A (1994). **Modelos y Teorías de Enfermería**. Tercera Edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid- España.
- Masón, E (1992). **Normas de Calidad de Enfermería**. Primera Edición. Editorial Doyma- Bacerlona- España.
- Mompart, M (1994) **Administración de los Servicios de Enfermería**. Primera Edición Editorial Massón- Salvat. Madrid- España.
- Mompart, M. y Duran, M (2001) **Administración y Gestión**. Primera Edición. Editorial Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Valencia España.
- Nieto, M (2003) **Acceso Venoso de Emergencia**. (documento en línea) www.fepafem.org.ve/guiasdeurgenciasenfermería/accesovenosodeemergencia.pdf
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2000) **Diagnostico de Enfermería** (documento en línea) [www.terra.es/Personal/dueñas/diagno, htm-71k](http://www.terra.es/Personal/dueñas/diagno.htm)
- Organización Mundial de la Salud y La Organización Panamericana de la Salud (1995). **Epidemiología de Enfermedades Cardiovasculares en el Mundo** (Documento en Línea). www.opms.enfcar.3.a.html
- Pick, S. y Lòpez, A. (1994). **¿Cómo Investigar en Ciencias Sociales?**. Quinta Edición Editorial Trilla S.A. Medico D.F
- Pineda, M y Matiz, H. (2000). **Enfermedad Coronaria, Manejo Práctico**. Escuela de Medicina. Universidad de Colombia. Volumen 24 Bogota. Colombia

- _____ (1993). **Vasodilatadores en el Infarto de Miocardio.** Enfermedad Coronaria. Manejo Práctico. Volumen 14 Escuela de Medicina. Universidad de Colombia. Bogota Colombia.
- Piza, G (1997) **Enfermedades del Corazón.** Primera Edición. Editorial Harcourt/Brace. Madrid. España.
- Pousman, R (2000) **Inducción de secuencia Rápida para Médicos.** Primera Publicación. Valencia. España.
- Polit, D. y Hungler, B. (1997). **Investigaciones Científicas.** Quinta edición. Editorial Interamericana McGraw- Hill. México
- Pope, H. (1998). **Errores Diagnósticos de Isquemia Cardíaca Aguda en el Departamento de Emergencia.** (Documento en línea). Disponible en: www.revisenfec.oms.34.pdf.
- Phaneuf, M. (1993) **Cuidados de Enfermería.** Primera Edición. Editorial Interamericana McGraw- Hill. Caracas-Venezuela.
- Ragos, M. (2000). **Mejoría del Tiempo Puerta a Aguja con la Trombolisis Iniciada por la Enfermería.** Mimeografiado. Hospital General Cienfuegos, Cuba. Revista de Enfermería N° 178.
- Saab, J. (2000). **Las Cosas del Corazón.** NCN Salud.México D.F
- Sánchez, R (1994) **Calidad de la Atención de Enfermería. Modulo Autoinstruccional.** Escuela de enfermería Facultad de Medicina. U.C.V. Primera Edición caracas- venezuela
- Smeltzer, S. y Bare, B (2005) **Enfermería Medico quirúrgica.** Decima Edición Editorial McGraw- Hill México D.F
- Tamayo, M. (2001) **El proceso de la Investigación Científica.** Cuarta Edición Editorial Limusa. Caracas- Venezuela.
- Tortora, G (1996) **Principios de Anatomía y Fisiología.** Novena Edición. Editorial Hacourt/Brace. Madrid. España.
- Torres, M (1995) **Enfermería Básica. Primera Edición** Editorial Fundaca. Caracas. Venezuela
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador U.P.E.L (2001) **Manuel de Trabajos de Grado de Especialización, Maestrías y Tesis Doctorales. Vicerrectorado de Investigación.** Editorial Fedupel. Caracas- Venezuela.

Urden, L. Lough, M y Stacy, K. (1999). **Cuidados Intensivos de Enfermería**. Quinta Edición. Editorial Harcourt Brace. Ii Tomo. Pág. 288. Madrid- España.

Wesley, R (1995) **Teorias y Modelos de Enfermería**. Segunda Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana. Caracas- Venezuela

ANEXO



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

Guía de observación para ser aplicada a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas”, Maracay para la recolección de la información relacionada con el Cuidado Brindado a Pacientes que Ingresan con Infarto de Miocardio en dicha Unidad.

AUTORAS:

Casaña, Yurima C.I 7.232.248

Florido, Lisbeth C.I 7. 216.639

Nieves, Rosa C.I 9.657. 648

Maracay, Enero 2005

PRESENTACIÓN

La presente guía de observación, tiene como objetivo realizar un registro de las diferentes actividades realizadas por las enfermeras relacionadas con el cuidado brindado a los pacientes con Infarto de Miocardio en la Unidad Clínica de Emergencia de adultos del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas” Maracay.

Este instrumento de recolección de información forma parte del trabajo especial de grado, realizado para optar al título de Licenciado en enfermería y el cual se titula: **Guía de observación para ser aplicada a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Emergencia del Hospital Militar “Cnel Elbano Paredes Vivas”, Maracay para la recolección de la información relacionada con el Cuidado Brindado a Pacientes que Ingresan con Infarto de Miocardio en dicha Unidad.**

Los datos obtenidos de la aplicación de este guía de observación serán totalmente confidenciales y anónimos y su uso estará circunscrito al desarrollo del presente estudio.

GRACIAS
LAS INVESTIGADORAS

INSTRUCCIONES

- Observe detenidamente y con objetividad la situación a registrar
- Lea cuidadosamente las preguntas que se formulan, antes de registrar
- Observe el tiempo necesario la situación a registrar
- Marque de manera objetiva las preguntas formuladas
- Asegurase de observar todas las preguntas que se indican en el instrumento
- Para cada pregunta marque con una equis (x) una sola casilla.

GUÌA DE OBSERVACIÓN

Funciones propias y derivadas que realiza el profesional de Enfermería durante la atención de Pacientes con Infarto de Miocardio

ITEMES		SI	NO
1	Monitorea Presión arterial		
2	Monitorea frecuencia cardiaca		
3	Verificar las constantes vitales		
4	Ausculata ruidos respiratorios		
5	Ausculata ruidos cardiacos		
6	Valora coloración de la piel y lechos ungueales		
7	Monitorea electrocardiograma		
8	Detecta signos de distensión venosa		
9	Proporciona tranquilidad al paciente		
10	Mantiene en reposo absoluto al paciente		
11	Mantiene en posición de Fowler al paciente		
12	Administra oxigenoterapia al paciente		
13	Valora el estado de conciencia		
14	Valora el estado de alerta		
15	Valora la función motora		
16	Valora la función pupilar		
17	Valora permeabilidad de las vías aéreas		
18	Coloca cánulas orofaríngeas a pacientes inconscientes		
19	Aspira secreciones acumuladas		
20	Mantiene los principios de asepsia en las aspiración de secreciones		
21	Cateteriza vías periféricas		
22	Valora el grado de ansiedad		
23	Brinda apoyo psicológico al paciente		
24	Proporciona información de las acciones terapéuticas y diagnostica a realizar		
25	Valora las característica del dolor		
26	Valora la presencia de signos y síntomas asociados		
27	Valora signos y síntomas de insuficiencia renal aguda		
28	Mide diuresis horaria		
29	Registra diuresis horaria		
30	Monitorea valores de urea		
31	Monitorea valores de creatinina		

32	Pesa diariamente al paciente		
ITEMES		SI	NO
33	Administrar medicamentos inotrópicos positivos		
34	Valora los efectos colaterales y secundarios de los medicamentos inotrópicos positivos		
35	Valora factores de riesgo de toxicidad digitalica		
36	Monitorea controles séricos digitalicos		
37	Valora signos de complicación digitalica		
38	Administra medicamentos para la relajación y el sueño		
39	Valora signos y síntomas de complicación de las benzodiazepinas		
40	Administra medicamentos para el control del dolor		
41	Valora efectos colaterales y secundarios de los opiáceos		
42	Valora signos y síntomas de complicación de opiáceos		
43	Valora efectos colaterales y secundarios de los nitratos		
44	Valora signos y síntomas de complicación de nitratos		
45	Reconoce signos de sobrecarga hídrica		
46	Mide ingesta de líquidos		
47	Registra ingesta de líquidos		
48	Mide salidas de líquidos		
49	Registra salidas de líquidos		
50	Realiza balance de líquidos ingeridos y eliminados		
51	Extrae muestra sanguínea para pruebas diagnosticas		
52	Valora marcadores serológicos		