



Proceso de mejoramiento del cuidado de enfermería a pacientes con infarto agudo de miocardio en el Hospital General Machala

Nursing care improvement process for patients with acute myocardial infarction at Machala General Hospital

Processo de melhoria dos cuidados de enfermagem para pacientes com infarto agudo do miocárdio no Hospital Geral Machala

Carlos Fernando Merchán-Orellana ^I
cafermeor@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7322-5559>

Elida Yesica Reyes-Rueda ^{II}
ereyes@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-2466-2063>

Ana Lucia Suconota-Pintado ^{III}
asuconota@atmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-3475-4903>

Gladis del Rocío Mora-Veintimilla ^{IV}
juan.sanchez@esepoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0616-1425>

Cesar Patricio Jumbo-Díaz ^V
cjumbo@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-7995-5034>

Correspondencia: cafermeor@hotmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de investigación

***Recibido:** 19 de febrero de 2020 ***Aceptado:** 29 de marzo de 2020 * **Publicado:** 26 de abril de 2020

- I. Magíster en Enfermería Clínico Quirúrgico, Licenciado en Enfermería, Hospital General Machala IESS, Machala, Ecuador.
- II. Magíster en Emergencias Médicas, Diploma Superior en Docencia Universitaria, Licenciado en Enfermería, Docente en la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- III. Magíster en Enfermería Clínico Quirúrgico, Licenciada en Enfermería, Docente en la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- IV. Magíster en Gerencia y Administración de Salud, Magíster en Enfermería Clínico Quirúrgico, Licenciado en Enfermería, Docente en la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- V. Magíster en Enfermería, Licenciado en Enfermería, Docente en la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo y caracterizar los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el Hospital General Machala, la cual se constituye una patología que ocupa la primera causa de muerte en este sector de la población. La investigación fue de tipo cuantitativa, analítico correlacional, con diseño no experimental. Las variables de estudio que se asociaron, fueron características individuales con la presencia de infarto agudo de miocardio. El universo fueron los pacientes que ingresaron al hospital del IESS en el año 2016 y el primer semestre del 2017. La muestra no probabilística siendo un total de 100 pacientes que ingresaron al hospital del IESS por el servicio de emergencia con síntomas compatibles con infarto agudo de miocardio en las áreas de emergencia y cuidados intensivos. Como técnica para la recolección de datos de los pacientes fue la revisión de historias clínicas únicas de los pacientes objeto de estudio. Los resultados encontrados están que la edad con mayor frecuencia fueron las personas de 30 años de edad, se sexo masculino 90%, los factores de riesgo son sedentarismo (50%) y estrés laboral (70%). Existe correlación entre la astenia, cefalea y parestesia, con el infarto agudo de miocardio.

Palabras claves: Astenia; estrés; infarto.

Abstract

The objective of this study was to identify risk factors and characterize patients diagnosed with acute myocardial infarction at Machala General Hospital, which constitutes a pathology that occupies the leading cause of death in this sector of the population. The research was quantitative, correlational analytical, with no experimental design. The study variables that were associated were individual characteristics with the presence of acute myocardial infarction. The universe was the patients who entered the IESS hospital in 2016 and the first half of 2017. The non-probabilistic sample being a total of 100 patients who entered the IESS hospital for the emergency service with symptoms compatible with acute infarction of myocardium in the areas of emergency and intensive care. As a technique for collecting patient data was the review of unique medical records of the patients under study. The results found are that the age most frequently was people 30 years of age, male 90%, risk factors are sedentary (50%) and work stress (70%). There is a correlation between asthenia, headache and paraesthesia, with acute myocardial infarction.

Keywords: Asthenia; stress; heart attack.

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar fatores de risco e caracterizar pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio no Hospital General Machala, que constitui uma patologia que ocupa a principal causa de morte neste setor da população. A pesquisa foi quantitativa, analítica correlacional, sem delineamento experimental. As variáveis do estudo associadas foram características individuais com presença de infarto agudo do miocárdio. O universo foram os pacientes que entraram no hospital do IESS em 2016 e no primeiro semestre de 2017. A amostra não probabilística foi de um total de 100 pacientes que entraram no hospital do IESS para o serviço de emergência com sintomas compatíveis com infarto agudo do miocárdio. Miocárdio nas áreas de emergência e terapia intensiva. Como técnica para a coleta de dados dos pacientes foi a revisão de registros médicos únicos dos pacientes em estudo. Os resultados encontrados são que a idade mais frequente foi de pessoas com 30 anos, sexo masculino 90%, fatores de risco são sedentários (50%) e estresse no trabalho (70%). Existe correlação entre astenia, cefaleia e parestesia, com infarto agudo do miocárdio.

Palavras-chave: Astenia; estresse; ataque cardíaco

Introducción

El proceso de atención por parte de la enfermera a pacientes con infarto agudo de miocardio, es un hecho que es cada vez más frecuente en virtud de que según el Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021 en el Ecuador las enfermedades crónicas se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país. En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebrovasculares y neumonía. En la población masculina, las enfermedades crónicas no trasmisibles comparten las primeras causas de muerte con las agresiones y los accidentes de tránsito.

En el mismo periodo, según el Ministerio de Salud Pública (MPS: 2010) la hipertensión

Tabla 1: Principales causas de muerte en el Ecuador

Nota: Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes.

Fuente: Senplades.- INEC, 2010

Causas de muerte	Número	Porcentaje	Tasa
Diabetes mellitus	4 455	7,15%	29,18
Enfermedades hipertensivas	4 381	7,03%	28,70
Enfermedades cerebrovasculares	3 930	6,31%	25,74
Demencia y enfermedad de Alzheimer	3 894	6,25%	25,51
Accidentes de transporte terrestre	3 351	5,38%	21,95
Influenza y neumonía	3 067	4,92%	20,09
Agresiones (homicidios)	2 106	3,38%	13,79
Enfermedades isquémicas del corazón	2 014	3,23%	13,19
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1 997	3,21%	13,08
Enfermedades Inmunoprevenibles	1 971	3,16%	12,91
Enfermedades del sistema urinario	1 756	2,82%	11,50

Arterial pasó de 256 a 1 084 por cada 100 mil habitantes. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa que en el resto del país. Las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de todas las muertes del país; la tasa es más alta en personas menores de 70 años (46%). Entre las acciones que se han tomado se encuentra el Programa de Salud Preventiva del Adulto, implementado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde 2009, con un enfoque de control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Se han instaurado normas y protocolos con el fin de incidir en su prevalencia. Destaca la entrega de medicación gratuita para las enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas, como el sida y la tuberculosis (MSP, 2010).

En este sentido se tiene que como garantía del derecho a la salud en el Ecuador se hace necesaria la intervención desde la promoción de hábitos de vida saludables orientados a la prevención de enfermedades. Se prevé según el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 que Ecuador reduzca sus niveles de sedentarismo, se mejoren los patrones de alimentación y se incremente la actividad física en todos los grupos etarios. Esto contribuirá a reducir los niveles de estrés y el número de muertes a causa de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, entre otras.

En atención a estas estadísticas el papel de la enfermería clínica será dar asistencia al paciente con infarto agudo al miocardio, generalmente ubicado en una Unidad de Cuidados Coronarios (UCC) o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el objetivo de mantenerlo con monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

Para esto la intervención de la enfermera cobra importancia; es así como se hace necesaria que la enfermera posea conocimiento y preparación para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia el ofrecer el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de complicaciones. Por tanto, el proceso de mejoramiento del cuidado de enfermería a pacientes es una pauta importante que permitirá realizar intervenciones de cuidados específicos según la necesidad de los pacientes.

Ahora bien, en el Hospital General Machala esta patología constituye la primera causa de muerte en este sector de la población; de igual manera, la cardiopatía isquémica es la más frecuente en el mundo occidental y se extiende en los países en vía de desarrollo. (Pompa, 2013)

En tal sentido se tiene que el profesional de enfermería a está capacitado para orientar y ayudar a la persona a avanzar hacia un proceso de asumir su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, y con ello realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria. Para ello deberá ser capaz de identificar oportunamente los factores de riesgo en los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio e intervenir a través de la educación con el objetivo de minimizar los factores de riesgo modificables producto de los estilos de vida y disminuir con ello las complicaciones.

Por tal motivo, la presente investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo y caracterizar los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el Hospital General Machala

Desarrollo

Un infarto es la muerte de un área de tejido producida por la interrupción al flujo sanguíneo. Debido a que el tejido cardíaco distal a la obstrucción se muere y es reemplazado por tejido cicatrizal no contráctil, el músculo cardíaco pierde parte de su fuerza. Dependiendo del tamaño y localización del área infartada, un infarto puede alterar el sistema de conducción cardíaca y provocar muerte súbita por fibrilación ventricular. Afortunadamente, el músculo cardíaco puede continuar viviendo –cuando el individuo permanece en reposo– con sólo el 10 o el 15% de su aporte sanguíneo normal.

Es importante considera que a través de los años se ha venido produciendo avances en el conocimiento del Infarto agudo de miocardio, los cuales han venido interviniendo en el proceso de realización del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de esta patología. (Meza, 2016)

Como se explicó previamente, el sobreviviente de un ataque cardíaco presenta, generalmente, regiones de tejido muscular cardíaco infartado (muerto), que son gradualmente reemplazadas por tejido fibroso cicatrizal no contráctil. La incapacidad para reparar el daño producido por un infarto ha sido atribuida a la falta de células madre (stem cells) en el músculo cardíaco y a la ausencia de mitosis en las fibras musculares cardíacas maduras. Sin embargo, un estudio reciente realizado por científicos italianos y norteamericanos en pacientes receptores de trasplantes cardíacos aporta evidencia de un reemplazo significativo de células cardíacas.

Los investigadores estudiaron a individuos que habían recibido corazones provenientes de una mujer, y luego buscaron la presencia del cromosoma Y en las células cardíacas (todas las células femeninas, exceptuando los gametos, tienen dos cromosomas X y carecen del cromosoma Y). Varios años después del trasplante, entre el 7 y el 16% de las células cardíacas presentes en el tejido trasplantado, incluyendo las fibras musculares cardíacas y las células endoteliales de las arteriolas coronarias y capilares, habían sido reemplazadas por células del receptor, evidenciadas por la presencia de un cromosoma Y. El estudio también reveló la existencia de células con algunas características de células madre (stem cells) tanto en corazones trasplantados como en los corazones de control.

Entre los factores de riesgo en un infarto de miocardio se basan en la arterioesclerosis, son: el consumo excesivo de tabaco, la alteración de la glucosa, la falta de ejercicio, la Hipertensión arterial, la acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo, edad, el sexo (Meza, 2016) El mismo autor señala que dentro signos y síntomas se encuentran el dolor precordial, la sensación de malestar general. Otros síntomas de un ataque cardíaco pueden incluir, la intranquilidad, desmayo, la angustia, taquicardia, disnea, regurgitación y la sudoración excesiva.

En relación a las complicaciones del infarto agudo de miocardio se tiene las arritmias, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico; así como complicaciones mecánicas, la insuficiencia mitral, la comunicación interventricular, la rotura de la pared libre ventricular, el aneurisma ventricular, la pericarditis y el infarto de ventrículo derecho.(Real:2016).

Ahora bien, como se ha señalado anteriormente, y particularmente señala Navarrete (2013) cuando un paciente ingresa a un hospital con la sintomatología de infarto agudo de miocardio, se inicia un proceso de atención por parte del equipo de salud y particularmente por el profesional de la enfermería, con la intención de apoyar de forma interdisciplinaria al paciente y que éste alcance la salud.

En tal sentido, este proceso, llamado actualmente plan de cuidados de enfermería, surgió primeramente de la propuesta de organizar un plan de cuidados que funciona como un instrumento elaborado por el enfermero con la intención de recoger y transmitir la información del paciente a los demás componentes del equipo de enfermería. Durante la década de los años 50 y hasta la primera mitad de los 60, autores de diversos países definieron planes de cuidados de enfermería, hasta que los enfermeros optaron por implementar tal idea. Inicialmente, ese plan fue elaborado para un conjunto de pacientes con diagnósticos semejantes. Sin embargo, éste no proporcionaba individualidad a los mismos.

Para Olivares (2015) el proceso de enfermería es por tanto, la dinámica de las acciones sistematizadas e interrelacionadas, cuidando de la asistencia al ser humano y que se caracteriza por la interrelación y dinamismo de sus distintas fases. Esta sistematización está compuesta por cinco etapas que incluyen: la valoración inicial, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la ejecución o intervenciones y la evaluación, con la posterior evolución del paciente.

Es importante considerar que a pesar de los adelantos investigativos en el área de conocimiento de la enfermería, los estudios relacionados con el ejercicio profesional han demostrado algunas debilidades provenientes de la debilidad en cuanto a la profundización del conocimiento y la innovación en los protocolos de atención. (López y Lozano:2013)

En tal sentido, el mismo autor ha señalado que la práctica también ha planteado que al profesional de la enfermería posee debilidades de conocimientos específicos del cuidado de enfermería que le permita conocer y desarrollar mejores métodos para solventar los problemas y consecuentemente incidir favorablemente en la salud de los pacientes. En recientes estudios se ha encontrado que las mayores dificultades encontradas en el personal de enfermería se ha evidenciado el proceso de diagnóstico de enfermería, la cual es percibida como una tarea difícil por exigir del enfermero, habilidades y conocimientos teórico-prácticos profundos, para garantizar unos cuidados de calidad, centralizados en el paciente, la familia y la comunidad.

En el caso de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio, todo profesional de la enfermería debe manejar una serie de procedimientos estandarizados, siendo uno de ellos proceso de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, el cual contempla los siguientes aspectos:

1. Respiración: necesidad alterada por tener riesgo o padecer hipertensión Pulmonar.
2. Comer y beber: necesidad alterada por modificación de su alimentación normal.

3. Eliminación: necesidad alterada.
4. Movilización: necesidad alterada
5. Reposo-sueño: necesidad alterada por la disnea.
6. Vestirse: necesidad alterada o no, dependiendo el grado de movilidad.
7. Temperatura: sin alteración.
8. Higiene –piel: necesidad alterada por la escasa movilidad.
9. Seguridad: necesidad alterada por miedo, angustia e inquietud.
10. Comunicación: sin alteración.
11. Valores y creencias: sin alteración.
12. Trabajo: necesidad alterada.
13. Participación en actividades recreativas: necesidad alterada por la disnea y la movilidad reducida.
14. Aprender: alterada por un déficit de conocimiento acerca de la enfermedad

Con el propósito de prevenir y tratar las enfermedades crónicas; la OMS aconseja la educación para el autocuidado para promover el desarrollo de las habilidades con fin ayudarlos a instruirse y convivir mejor con la enfermedad, promoviendo buenos hábitos. (González, 2013). Es por eso que la intervención del profesional de la enfermería constituye un elemento clave en el proceso de recuperación del paciente con infarto agudo de miocardio, sobre todo en los primeros momentos del episodio. El mismo autor señala que el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familiar en los tratamientos con síndrome coronario agudo, dentro de estos recursos se encuentra el enfermero, al prestarle los primeros cuidados necesarios para que el paciente recupere adecuadamente su funcionalidad.

Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto, esta investigación fue de tipo cuantitativa, analítico correlacional, con diseño no experimental. Las variables de estudio que se asociaron, fueron características individuales con la presencia de infarto agudo de miocardio.

El universo fueron los pacientes que ingresaron al hospital del IESS en el año 2016 y el primer semestre del 2017. La muestra correspondió a 100 pacientes que ingresaron al hospital del IESS por el servicio de emergencia con síntomas compatibles con infarto agudo de miocardio en las áreas de emergencia y cuidados intensivos.

Criterio de inclusión

Se incluyeron en este estudio los pacientes que ingresaron en el segundo semestre del año 2016 y el primer semestre del 2017 con el diagnóstico de infarto al miocardio, y que cuentan con historias clínicas únicas.

Criterio de exclusión.

Pacientes que fueron atendidos en el primer semestre del año 2016

El análisis estadístico se lo realizó mediante el cálculo de chi cuadrado con el 95% de nivel de confianza y una significancia al 0,05.

Resultados y Discusión

Tabla 2: Distribución de la población con síntomas de infarto agudo de miocardio según edad

EDAD	N	%
30 AÑOS	50	50
40años	20	20
50años	15	15
60años	15	15
total	100	100

Fuente: Historia Clínica

Elaborado: Los Autores

Según la tabla 2, el rango de edad que presenta los pacientes que han presentado infarto agudo al miocardio están 30 lo que se corresponde al 50%, lo que se corresponde con lo encontrado por Bedoya (2015) En este estudio se encontró que la edad promedio fue de 40 años y el rango intercuartílico estuvo entre 25 y 52 años.

Del mismo modo, según la tabla 3, es el sexo masculino el de mayor predominio, lo cual se corresponde con lo presentado por la OMS donde se menciona que el hombre (90%) posee mayor riesgo. Esto puede ser indicativo de cierta dificultad en el desarrollo y en la puesta en práctica de programas de vigilancia de factores de riesgo para la prevención primaria y secundaria, dirigidos

a contener la incidencia de las enfermedades no transmisibles. De mantenerse esta tendencia, en el largo plazo puede redundar en complicaciones que, sin el control adecuado, devienen en pérdida de la funcionalidad en la población.

Tabla 3: Distribución de la población con síntomas de infarto agudo de miocardio según sexo

Sexo	N	%
femenino	10	10
masculino	90	90

Fuente: historia clínica

Elaborado: Los autores

Tabla 4: Factores de riesgo de pacientes con sintomatología compatible con Infarto agudo de miocardio atendido en el hospital del IESS

FACTORES DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
El consumo excesivo de tabaco	30	30	70	70	100	100
Alteración de la glucosa	20	20	80	80	100	100
falta de ejercicio	50	50	50	50	100	100
Hipertensión arterial	40	40	60	60	100	100
OBESIDAD	30	30	70	70	100	100
ESTRÉS LABORAL	70	70	30	30	100	100

Elaborado: Los autores

Dentro de los factores de riesgo de mayor importancia está el stress laboral en un 70% de los sujetos que han ingresado a la sala de urgencia, seguido del sedentarismo (50%) el cual es fue el factor pre mórbido principal. Esto se corresponde con lo encontrado en la investigación realizada por Pompa (2013) en el cual se descubrió que los factores de riesgo que están influyendo en el estilo de vida son socioeconómicos, culturales, o por trabajo y por hipo actividad.

Tabla 5: Correlación entre la presencia de astenia en los pacientes atendidos en el hospital IESS

Sintomatología no complicada	SI		NO		Total	
	Infarto agudo al miocardio		Infarto agudo al miocardio			
	f	%	f	%	f	%
Presencia de astenia	30	30	26	26	56	56

Ausencia de astenia	0	-	44	44	44	44
----------------------------	---	---	----	----	----	----

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 33.67 p: 0.0000000000

El cuadro establece la correlación entre la presencia de astenia como síntoma de no complicación con infarto al miocardio en los pacientes atendidos en el hospital IESS. El resultado del Chi2 fue de 33.67, con un valor de p de 0.0000000000, lo que establece que la presencia de astenia es significativa estadísticamente con la presencia de infarto al miocardio (IAM), comprobándose que existe relación entre la presencia de astenia con el IAM.

Tabla 6: Correlación entre la presencia de fatiga con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

Sintomatología no complicada	SI		NO		Total	
	Infarto agudo al miocardio		Infarto agudo al miocardio			
	f	%	f	%	f	%
Presencia fatiga	8	8	27	26	35	35
Ausencia de fatiga	22	22	43	44	65	65

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 1.3 p: 0.2

El cuadro establece la correlación entre la presencia de fatiga con IAM en los pacientes atendidos en el hospital IESS. El resultado del Chi2 fue de 1.3, con un valor de p de 0.2, lo que establece que la presencia de fatiga no es significativa estadísticamente con la presencia de la IAM.

Tabla 7: Correlación entre la presencia de somnolencia con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

Sintomatología no complicada	Si Infarto agudo al miocardio		No infarto agudo al miocardio		Total
Presencia de somnolencia	17	17%	27	27%	44
Ausencia de somnolencia	13	13%	43	43%	56
Total	30	30%	70	70%	100

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 2.79 p: 0.09

El cuadro establece la correlación entre la presencia de somnolencia con IAM en los pacientes atendidos en el hospital IESS El resultado del Chi2 fue de 2.79, con un valor de p de 0.09, lo que establece que la presencia de somnolencia no es significativa estadísticamente con la presencia de IAM.

Tabla 8: Correlación entre la presencia de cefalea con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

Sintomatología no complicada	Si Infarto agudo al miocardio		No Infarto agudo al miocardio		Total
Presencia de cefalea	13	13%	56	56%	69
Ausencia de cefalea	17	17%	14	14%	31
Total	30	30%	70	70%	100

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 13.19 p: 0.0002

El cuadro establece la correlación entre la presencia de cefalea con IAM en los pacientes atendidos en el hospital IESS. El resultado del Chi2 fue de 13.19, con un valor de p de 0.0002, lo que establece que la presencia de cefalea es significativa estadísticamente con la presencia IAM, comprobándose que existe relación entre la presencia de cefalea con infarto agudo de miocardio.

Tabla 9: Correlación entre la presencia de parestesia con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

sintomatología no complicada	SI infarto agudo al miocardio		NO infarto agudo al miocardio		total
Presencia de parestesia	17	17%	23	23%	40
Ausencia de parestesia	13	13%	47	47%	60
Total	30	30%	70	70%	100

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 4.96 p: 0.02

El cuadro establece la correlación entre la presencia de parestesia IAM que establece un chi cuadrado de 4,96 con el valor de p de 0.02, estableciendo correlación entre las dos variables con significancia estadística.

Tabla 10: Correlación entre la presencia de vértigo con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

Sintomatología de complicación	Si Infarto agudo al miocardio		No infarto agudo al miocardio		Total
Presencia de vértigo	11	11%	25	25%	36
Ausencia de vértigo	19	19%	45	45%	64
Total	30	30%	70	70%	100

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 0.008 p: 0.92

El cuadro establece la correlación entre la presencia de vértigo como síntoma de complicación con IAM en los pacientes atendidos en el hospital IESS. El resultado del Chi2 fue de 0.008, con un valor de p de 0.92, lo que establece que la presencia de vértigo no es significativa estadísticamente con infarto agudo de miocardio.

Tabla 11: Correlación entre la presencia de epistaxis con Infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS

Sintomatología de complicación	SI		NO		Total
	Infarto agudo al miocardio		infarto agudo al miocardio		
Presencia de epistaxis	1	10%	4	4%	5
Ausencia de epistaxis	29	29%	66	66%	95
Total	30	30%	70	70%	100

Fuente: Historia clínica única, Chi2: 0.25 p: 0.61

El cuadro establece la correlación entre la presencia de epistaxis como síntoma de complicación con IAM en los pacientes atendidos en el hospital IESS.

El resultado del Chi2 fue de 0.25, con un valor de p de 0.61, lo que establece que la presencia de epistaxis no es significativa estadísticamente con la presencia de infarto agudo de miocardio.

Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Gonzales (2013) según el cual además de los síntomas que se identificaron astenia, cefalea y parestesia, encontrados en esta investigación y que tienen correlación con significancia estadística con la presencia del infarto agudo al miocardio, encontró la presencia de malestar general, la irritabilidad, son síntomas de infarto agudo al miocardio.

Por último, es importante considerar que el proceso de atención de enfermería (PAE) es una teoría sobre como las enfermeras/os organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades, su objetivo es que estos alcancen la mejoría, por tanto en la medida de lo posible, la persona o personas a las que van dirigidos dichos cuidados deben estar implicados (García: 2013).

El infarto agudo de miocardio se produce, por una obstrucción en una de las arterias coronarias, el grupo más afectado son las personas de 30 años de edad con un 50% de los casos y los otros 50% está en las personas mayores de 30 años. El sexo más afectado es el masculino, probablemente se deba a factores de riesgo que están influyendo en el estilo de vida como son socioeconómicos, culturales, o por trabajo y por hipo actividad. Existe correlación entre la astenia, cefalea y parestesia, con el infarto agudo de miocardio.

Referencias

1. Bedoya, J. (2015). Prevalencia of cardiovascular risk factors in the emberachami indigenous of Cristhian (jardin) Antioquia Colombia. Scielo.org.co , ISSN 01-0793.
2. García, M. (2013). Plan de cuidados del paciente con síndrome coronario agudo. ISSN 1989-5305165.
3. González, J. (2013). Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo. ISSN 01205552.
4. López, A., y Lozano, O. (2013). Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con Infarto Agudo del Miocardio. Recuperado el 15 de Febrero de 2017, de guía de práctica clínica. Documento en línea. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_672_13_Intervenciones_de_enf_IAM/672GER.pdf
5. Meza, L. (2016). Plan de egreso hospitalario para generar el bienestar de los pacientes con IAM desde su ingreso a la unidad cuidado cardiovascular de la Fundación Clínica Shaio.
6. MSP (Ministerio de Salud Pública) (2010). Indicadores básicos de salud. Quito: MSP.
7. Navarrete, C. (2013). Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos provocados su registro del infarto del miocardio en el hospital México. ISSN 0001-0612/2013/55/24-30.
8. Olivares, M. (2015). Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Issn04-2013-030513391100-203.
9. Pompa, J. (2013). Factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores. Issn0864-3466.
10. Real, B. (2016). Etiología cardiaca aguda en pacientes adultos. Scielo Argentina.
11. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito: SENPLADES.
12. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021

References

1. Bedoya, J. (2015). Prevalence of cardiovascular risk factors in the emberachami indigenous of Cristhian (jardin) Antioquia Colombia. Scielo.org.co, ISSN 01-0793.

2. Garcia, M. (2013). Care plan for patients with acute coronary syndrome. ISSN 1989-5305165.
3. González, J. (2013). Social support and adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in patients with acute coronary syndrome. ISSN 01205552.
4. Lopez, A., and Lozano, O. (2013). Nursing interventions in adult care with Acute Myocardial Infarction. Retrieved on February 15, 2017, from clinical practice guide. Online document Available at: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_672_13_Intervenciones_de_enf_IAM/672GER.pdf
5. Meza, L. (2016). Hospital discharge plan to generate the well-being of patients with AMI from their admission to the cardiovascular care unit of the Shaio Clinical Foundation.
6. MSP (Ministry of Public Health) (2010). Basic health indicators. Quito: MSP.
7. Navarrete, C. (2013). Acute coronary syndrome and other diagnoses caused his registry of myocardial infarction in the Mexico hospital. ISSN 0001-0612 / 2013/55 / 24-30.
8. Olivares, M. (2015). Work competency of the nurse in the assessment by functional health patterns. Issn04-2013-030513391100-203.
9. Pompa, J. (2013). Risk factors for the occurrence of acute myocardial infarction in smoking patients. Issn0864-3466.
10. Real, B. (2016). Acute cardiac etiology in adult patients. Argentina.
11. National Secretariat of Planning and Development (2013). National Development Plan. National Plan for Good Living 2013-2017. Quito: SENPLADES.
12. National Secretariat of Planning and Development (2013). National Development Plan. National Plan for Good Living 2017-2021

Referências

1. Bedoya, J. (2015). Prevalência de fatores de risco cardiovascular no emberachami indogenous de Cristian (jardin) Antioquia Colombia. Scielo.org.co, ISSN 01-0793.
2. Garcia, M. (2013). Plano de cuidados para pacientes com síndrome coronariana aguda. ISSN 1989-5305165.
3. González, J. (2013). Suporte social e adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes com síndrome coronariana aguda. ISSN 01205552.

4. Lopez, A. e Lozano, O. (2013). Intervencões de enfermagem no cuidado de adultos com infarto agudo do miocárdio. Retirado em 15 de fevereiro de 2017, do guia de prática clínica. Documento online. Disponível em: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_672_13_Interventions_de_enf_IAM/672GER.pdf
5. Meza, L. (2016). Plano de alta hospitalar para gerar o bem-estar dos pacientes com IAM desde a internação na unidade de tratamento cardiovascular da Fundação Clínica Shaio.
6. MSP (Ministério da Saúde Pública) (2010). Indicadores básicos de saúde. Quito: MSP.
7. Navarrete, C. (2013). A síndrome coronariana aguda e outros diagnósticos causaram seu registro de infarto do miocárdio no hospital do México. ISSN 0001-0612 / 2013/55 / 24-30.
8. Olivares, M. (2015). Competência de trabalho do enfermeiro na avaliação por padrões funcionais de saúde. Issn04-2013-030513391100-203.
9. Pompa, J. (2013). Fatores de risco para a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes fumantes. Issn0864-3466.
10. Real, B. (2016). Etiologia cardíaca aguda em pacientes adultos. Argentina.
11. Secretaria Nacional de Planejamento e Desenvolvimento (2013). Plano Nacional de Desenvolvimento Plano Nacional de Bem Viver 2013-2017. Quito: SENPLADES.
12. Secretaria Nacional de Planejamento e Desenvolvimento (2013). Plano Nacional de Desenvolvimento Plano Nacional de Bem Viver 2017-2021

©2020 por el autor. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).