

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017

Por:

Daniel Santiago Lostaunau García

Gerson Omar Paredes Guerra

Tanna Kattery Pérez Rengifo

Cristhina Elena Ramos Estrada

Asesor:

Dra. María Teresa CabanillasChavez

Lima, octubre de 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Lostanau, D., Paredes, G., Pérez, T., Ramos, C. (2017). *Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017* (Trabajo de investigación). Universidad Peruana Unión, Lima.

Lostanau García, Paredes Guerra, Pérez Rengifo, Ramos Estrada

Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017 Trabajo de investigación. Autores: Daniel Santiago Lostanau García, Gerson Omar Paredes Guerra, Tanna Kattery Pérez Rengifo Cristhina Elena Ramos Estrada. Asesor: Dra. María Teresa Cabanillas Chavez.

74 páginas: anexos, tablas.

Trabajo de Investigación (Especialidad en enfermería en emergencias y desastres) --

Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado.

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. EP. Salud, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Ciencias de la Salud.

1. Competencias 2. Enfermero emergencista 3. Infarto agudo de miocardio

**DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

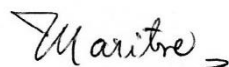
Yo, Dra. María Teresa Cabanillas, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017”* constituye la memoria que presentan los licenciados LOSTAUNAU GARCIA DANIEL SANTIAGO, PAREDES GUERRA GERSON OMAR, PÉREZ RENGIFO TANNA KATTERY, RAMOS ESTRADA CRISTHINA ELENA para aspirar al título de especialista en enfermería en Emergencia y Desastres, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los once días de octubre del 2017.



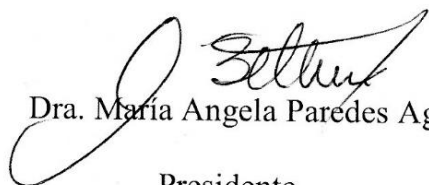
Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Emergencias y Desastres

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Presidente



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Secretario



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Asesor

Lima, 11 de octubre del 2017

Índice

Capítulo I	1
Planteamiento del problema.....	1
Identificación del Problema.....	1
Formulación del Problema	5
Problema general.	5
Problemas específicos.....	5
Objetivos de la Investigación	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.	5
Justificación.....	6
Justificación teórica.	6
Justificación metodológica.	6
Justificación práctica y social.	6
Capítulo II.....	8
Desarrollo de las perspectivas teóricas	8
Antecedentes de la investigación.....	8
Antecedentes Internacionales.	8
Antecedentes nacionales.	11
Definición conceptual (Marco conceptual)	14
Capítulo III.....	25
Metodología	25

Descripción del lugar de ejecución.....	25
Población y muestra	26
Población.	26
Muestra.	26
Criterios de inclusión y exclusión.....	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión.	27
Tipo y diseño de investigación	27
Identificación de variables.....	27
Operacionalización de variables.....	29
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	36
Cuestionario.....	37
Proceso de recolección de datos	37
Procesamiento y análisis de datos	37
Consideraciones éticas.....	37
Capítulo IV.....	38
Administración del proyecto de investigación.....	38
Cronograma de ejecución	38
Presupuesto.....	39
Referencias.....	40
Apéndice	47
Apéndice A	48
Instrumentos de recolección de datos.....	48

Apéndice B	54
Validez de los instrumentos.....	54
Apéndice C	63
Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos)	63
Confiabilidad	63
Apéndice D.....	64
Consentimiento informado	64
Apéndice E	65
Autorización institucional	65

Resumen

Diversos estudios epidemiológicos evidencian un aumento en la incidencia mundial y nacional de la enfermedad coronaria isquémica producto del Infarto Agudo de Miocardio (IAM), lo que ha hecho imprescindible la atención y respuesta óptima del profesional de enfermería que labora en unidades críticas. Por ende, la evaluación de competencias profesionales, ha adquirido un rol protagónico en las áreas de calidad de los diferentes nosocomios, ya que asegura una peripicia técnica óptica basada en conocimientos científicos.

Este trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de identificar las competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IAM del Servicio de Emergencias de la clínica Good Hope, Enero, 2017. La metodología empleada es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra es no probabilística y de carácter censal, y fue conformada por 27 enfermeros asistenciales del Servicio de Emergencias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se empleó 2 cuestionarios y 1 guía de observación elaborados por los autores del estudio basándose en las últimas guías de la AHA (American Heart Association). El cuestionario de “Saberes” consta de 17 ítems con alternativas dicotómicas, la de “Actitudes” con 19 ítems y alternativas tipo Escala de Likert y la de “Habilidades” a partir de una guía de observación, con 9 ítems y con respuestas dicotómicas. Se realizó la validación de los instrumentos por juicio de expertos y la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach, obteniendo para cada instrumento un alfa mayor de 0,7. La técnica utilizada fue la encuesta que se empleó alrededor de 20 minutos por enfermero y la observación, en turnos rotatorios, para la guía de observación.

Palabras clave: Competencias, Enfermero emergencista, Infarto agudo de miocardio.

Abstract

Several epidemiological studies demonstrate an increase in the worldwide and national incidence of ischemic coronary disease produced by Acute Myocardial Infarction (AMI), which has made essential the attention and optimal response of the nursing professional who works in critical units. Therefore, the evaluation of professional competences, has acquired a leading role in the areas of quality in the different hospitals, because it ensures an incident optical technique based on scientific knowledge.

The research work was developed with the objective of identifying the competencies of the professional emergency nurse for the care of the patient with AMI from the emergency service of the Good Hope clinic, January, 2017. The methodology used is of quantitative focus, non-experimental design, descriptive type and cross section. The sample is non-probabilistic and census character, it was composed by 27 healthcare nurses of the Emergency Service who achieved the inclusion and exclusion criteria. For data collection, 2 questionnaires and 1 observation guide were prepared by the authors of the study based on the latest guidelines of the AHA (American Heart Association). The questionnaire of "Knowledge" consists of 17 items with dichotomous alternatives, the "Attitudes" one with 19 items and alternatives like Likert scale and the "Skills" one from an observation guide, with 9 items and dichotomous responses. The validation of the instruments was done by the judgement of experts and the reliability through the Alpha of Cronbach, obtaining for each instrument an alpha higher than 0.7. The technique used was the survey that was applied about 20 minutes per nurse and the observation, in rotating shifts, for the observation guide.

Keywords: Competences, Emergency nurse, Acute myocardial infarction.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte a nivel mundial. Según estudios se contabilizaron 17,5 millones muertes el año 2012 por esta causa, lo que representa el 31% del total de defunciones reportadas mundialmente. Y de la totalidad de muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones se le atribuye al AVC. Más del 75 % de las defunciones por ECV se reportan en países de ingresos bajos y medianos. De los 16 millones de fallecimientos en pacientes menores de 70 años por enfermedades no transmisibles, la mayoría: 82% pertenecen a los países de ingresos bajos y medios, de los cuales el 37% se atribuye a la ECV.

Por otro lado la European Heart Journal (2006), hace referencia el comentario de Vila y sus colaboradores, donde indica que existe un total de 146 000 infartos agudos de miocardio (IMA) por año en el Reino Unido, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres y aumenta con la edad. En Escocia e Irlanda, las tasas de incidencia son mayores que en el sur de Inglaterra, mientras que en España, la incidencia oscila entre 135 y 210 casos por cada 100 000 habitantes (Vila et al., 2015).

De igual manera, en Estados Unidos, se estima que ocurran 600 000 nuevos IMA cada año, de los cuales el 25 % serán silentes y 320 000 ataques recurrentes. El IMA constituye el 48 % de las EIC, donde millones de norteamericanos adultos presentan anualmente los principales signos de la afección (Sánchez, Padilla, & Paredes, 2008). Por otro lado, en México también las enfermedades cardiovasculares especialmente los IMA se establecen como la primera causa de muerte, generando un impacto social (Rubio, Rubio, & Álvarez, 2011).

Según la OPS/OMS de Chile (2012), en América Latina, la enfermedad cardiovascular es la causante del 31% del total de las muertes en el año 2000. Asimismo, en Argentina, la mortalidad intrahospitalaria del IMA es de aproximadamente el 10% (Guarda, 2010).

En el Perú, la enfermedad coronaria isquémica es la principal causa de mortalidad en la población adulta así como la responsable “de la mayor carga de enfermedad con un 58.5%” (Velásquez et al., 2008).

Al ser estas enfermedades las principales causas de mortalidad e invalidez en el mundo, la atención que se brinda en estos casos quedan dentro del ámbito de los cuidados de urgencias y emergencias. Tales cuidados son parte de la especialidad de enfermería profesional que involucran la práctica, la investigación, la educación y el profesionalismo.

El MINSA (2007) define los servicios de emergencias como: “El órgano de línea final encargado de proporcionar en forma permanente atención médico-quirúrgica oportuna y eficiente a los pacientes con urgencias o emergencias que acudan al hospital; así como realizar acciones de promoción y prevención de emergencias y desastres”. Es necesario reconocer al servicio de emergencias como el primer contacto de la institución con el paciente; la relación que se genere en este momento de la atención permitirá al personal de salud generar un lazo de confianza que permita la colaboración y utilización de servicios posteriores, con el propósito de brindar un cuidado oportuno, eficaz y de calidad.

AHA (2010) indica que la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas. Por otro lado, la Emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de vital importancia, para ello es primordial que el profesional

de enfermería posea las competencias necesarias para afrontar situaciones donde corra riesgo la vida (Jimenez, Rojas, & Lazarte, 2017).

De forma similar en el 2006, con la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa SINEACE, y de su reglamento aprobado el 2007, el Estado peruano inicia la regulación de los procesos de acreditación de las carreras profesionales universitarias y de la certificación profesional, donde se establece que la profesión de enfermería debe certificar sus competencias profesionales de manera obligatoria cada 5 años. Aún con los grandes esfuerzos que se viene realizando para mejorar y regular la atención de enfermería en los servicios de emergencia la norma técnica de salud de los servicios de emergencia del MINSA (2007), decreta que el personal de enfermería que realiza laboral asistencial en esta área debe ser colegiada y de “preferencia con especialidad”, es decir, que no es obligatorio contar con el registro de especialidad. La norma también especifica que solo es necesario haber trabajado por 3 años consecutivos en el área y capacitarse regularmente para poder trabajar en dicho servicio.

La incongruencia entre estos diferentes órganos genera que la regulación de estándares de calidad en los servicios de Emergencia no sea efectiva. Por un lado se conoce que la especialización en enfermería nace de las demandas de atención de la sociedad, el estado exige a los profesionales de salud certificar sus competencias profesionales para garantizar una atención de calidad; pero el MINSA emite una norma técnica que no exige al profesional de enfermería una especialización para trabajar en áreas críticas. Cabe mencionar la creciente aparición de universidades que brindan cursos de especialización de enfermería que no son acreditadas y que no cumplen estándares de calidad.

En el Perú no existe un consolidado de datos sobre negligencias en Servicios de emergencias, sin embargo Hospitales como Cayetano Heredia y María Auxiliadora en la elaboración del ASIS 2012 señalan que aproximadamente el 25, 2% de la quejas en estos servicios se debe a la deficiente comunicación paciente-médico y enfermero; con respecto al diagnóstico médico el 25 % de ellos no son correctos ni oportunos y podrían ser los causantes de posibles negligencias en el futuro.

Los cambios sociales, sus demandas y los avances científicos hacen necesaria la formación de un especialista en urgencias y emergencias que, con una actitud científica y responsable proporcione una atención integral, que contemple promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de los procesos patológicos. Es fundamental que el profesional de enfermería posea excelentes competencias profesionales que le permita desempeñar su labor, como lo es: conocimiento, habilidades y destrezas para solventar los problemas que se presenten en su lugar de trabajo.

Por último, si bien es cierto que la población en el lugar de estudio de la presente investigación: Departamento de Emergencias de la Clínica Good Hope - Miraflores, en su mayoría cuenta con la Especialidad en Emergencias y Desastres, y sólo unos pocos están en el proceso de la obtención de la Especialidad, se evidencia en la atención al paciente con Diagnóstico IMA, que el permanente ingreso de personal nuevo en el área y sin previa capacitación ha generado descoordinación en los cuidados de enfermería para el paciente con IMA, es notoria la falta de experiencia al momento de las intervenciones y del RCP básico y avanzado. Es por estas razones que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Formulación del Problema

Problema general.

¿Cuáles son las competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope, Enero del 2017?

Problemas específicos.

¿Cuáles son los saberes del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope, Enero del 2017?

¿Cuáles son las actitudes del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope, Enero del 2017?

¿Cuáles son las habilidades del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope, Enero del 2017?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Identificar las competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope, enero del 2017.

Objetivos Específicos.

Identificar los saberes del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el Servicio de Emergencia de la Clínica Good Hope, Enero del 2017.

Identificar las actitudes del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el Servicio de Emergencia de la Clínica Good Hope, Enero del 2017.

Identificar las habilidades del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el Servicio de Emergencia de la Clínica Good Hope, Enero del 2017.

Justificación

Justificación teórica.

Considerando la creciente tendencia de la enfermedad coronaria isquémica y las estadísticas del IMA a nivel mundial y en el Perú, se hace primordial indagar por las competencias profesionales que aseguran una óptima capacidad de respuesta en calidad y calidez, ante la amenaza que representa para la vida del paciente, ingresar con un cuadro de esta naturaleza. En el caso específico del servicio de emergencias de la clínica Good Hope, conocer las competencias de los profesionales que laboran en el área es una necesidad imperiosa para quienes conducen el potencial humano de enfermería, en estricto cumplimiento de su misión y dada la inversión que representa contar con recurso humano calificado en orden a garantizar calidad en el cuidado de la vida.

Justificación metodológica.

La encuesta teórica y la guía de observación serán herramientas que permitirán evaluar el perfil del profesional de emergencias para poder crear un estándar o modelo de profesional que se desea contratar en futuras selecciones de personal. Estos instrumentos permitirán a la jefatura de enfermería evaluar el desempeño permanente de su personal y elaborar sistemas de trabajo que permiten el logro de indicadores de calidad.

Justificación práctica y social.

El infarto agudo de miocardio tiene un impacto negativo por sus consecuencias inmediatas en la vida del paciente; importan no solo los conocimientos, sino las habilidades y las actitudes del profesional de enfermería.

La información obtenida permite hacer un diagnóstico basal que mediante acciones de capacitación puede contribuir a cerrar una importante brecha de conocimientos entre quienes brindan el cuidado en primera línea. Finalmente, en espera que los estudiantes y profesionales de enfermería de otras carreras afines al área de la salud, consideren el presente trabajo de investigación como un aporte que sirva de guía y orientación para la futura interacción con el usuario.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales.

Roselló y Valls (2012), realizaron un trabajo de investigación en España titulado: “Determinación del perfil de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos de Valencia según sus competencias”. Objetivo: Delimitar el perfil del profesional enfermero que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, en base a las competencias de la misma. El método: Análisis de la bibliografía para determinar las capacidades del enfermero profesional en su desempeño diario en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos. Fundamentalmente se ha hecho uso de las bases de datos CSIC, Dialnet, Enfispo y Pubmed, los que arrojaron como producto, diversas capacidades de enfermería que se hallaron luego del análisis de la bibliografía, provenientes de 16 fuentes, y se logra un modelo para el profesional enfermero de UCIC: Se puede evidenciar gran parecido en las habilidades mencionadas y detalladas de distintas fuentes, que llevan a determinar lo siguiente: El perfil del profesional enfermero de la UCIC (debido a la ausencia del reconocimiento legal de una especialidad), sería: un mínimo de 02 años laborando en el área de hospitalización general, y mediante la capacitación académica constante, alcanzar experiencia al momento de identificar el problema cardíaco, y lograr una atención oportuna, Actitud positiva al cambio y actualización constante, al día con la tecnología, idealmente debe asignarse un profesional enfermero de amplia experiencia y manejo la tutela del profesional enfermero recientemente incorporado a la UCIC.

Desde luego el proporcionar rotaciones en áreas críticas cardiológicas, optimiza la asimilación de nuevas competencias y mejora de habilidades. El resultado de este aprendizaje que incluye conocimiento, habilidad y actitud, será el perfil deseado, del profesional enfermero ideal para trabajar en una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos. Conclusión: La actividad del personal de enfermería de UCIC exige cada vez más contar con profesionales competentes, con buena formación y capacitados para responder a las necesidades que plantean tanto los pacientes críticos como sus familiares. Para que la formación-preparación cardiológica alcanzada sea excelente, lo ideal sería que el personal de enfermería asignado a las UCIC rotara por otras dependencias adscritas al servicio de cardiología (hemodinámica, arritmias, etc).

Casado, Corral, García y De Elías (2012), realizaron un trabajo de investigación en Madrid-España titulado: “La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias, evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena”. Cuyo objetivo fue: Evidenciar el sistema de valoración del desempeño médico de un servicio de emergencias extra hospitalario y detectar si existe asociación entre el tiempo de experiencia y la evolución en la competencia médica de nueva incorporación, a través de un sistema de valoración del desempeño (VD) en la asistencia. Este fue un estudio prospectivo observacional de cohortes con observación directa del proceso asistencial. Se establecieron 4 grupos de médicos según los años de experiencia en emergencias extra hospitalarias: A (0-1 años), B (2-3 años), C (4-5 años) y D > 5 años), cuyos resultados en VD se comparan. Los resultados demostraron que sólo cuando el urgenciólogo tiene una experiencia de 4-5 años presta una calidad asistencial comparable a la de los médicos más experimentados, según el sistema de VD in situ que se describe. Conclusión: Un profesional es competente en la medida que utiliza los conocimientos, habilidades y actitudes y el buen juicio para tomar decisiones asociadas a su

profesión, con la finalidad de poder resolver de forma eficaz aquellas situaciones que correspondan al campo de su práctica. El desarrollo de estas competencias hacia las prácticas expertas de la profesión, en el ámbito de las emergencias, no ha sido estudiado fuera del contexto de la simulación en formación.

Henriques (2012), realizó un trabajo de investigación en Brasil titulado: “Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: “Una revisión integradora”. El objetivo del estudio fue identificar y analizar las competencias de las enfermeras para actuar en Unidades de Cuidados Intensivos-UCI. Se utilizó el método de revisión integradora, y la recolección de datos se realizó a través de la base de datos LILACS, Scielo BDNF, entre agosto y octubre de 2010. Se identificaron 10 artículos, y el cotejo de los datos permitió la construcción de las siguientes unidades temáticas relacionadas con las habilidades de las enfermeras: gestionar los cuidados de enfermería, realizar los cuidados de enfermería más complejos, la toma de decisiones, el liderazgo, la comunicación, la educación continua y permanente y la gestión de recursos humanos y materiales. Conclusión: Las habilidades profesionales de los enfermeros identificadas suministran subsidios para plantear directrices para la construcción del perfil del enfermero de unidades de terapia intensiva y, motivar/ movilizar las prácticas de cuidado de este profesional, a pesar de las limitaciones que trabajo de esa naturaleza posee se cree que hay necesidad de provocar reflexiones que actúan en unidades de servicio críticos así como los administradores y futuro profesionales.

Vilalta et al. (2007), en su trabajo de investigación: “Rol de las Enfermeras en la Atención Urgente en un Centro de Salud, España”. El objetivo principal fue estudiar la consulta de enfermería de gestión de la demanda, y analizar el grado de resolución de las enfermeras. Fue un estudio descriptivo transversal y retrospectivo y los resultados principales fueron: La

enfermera resuelve el 62% de los casos, utilizan el servicio mayoritariamente e mujeres de una edad comprendida entre 15-44 años. Los usuarios quedan satisfechos con la visita y solo un 6% no volvería a utilizar este servicio. Conclusión principal: El cambio organizativo del centro ha mejorado la satisfacción de los usuarios, respecto a la accesibilidad, la enfermera contribuye a normalizar la demanda y la atención de la urgencia mediante guías clínicas mejora la resolución de los problemas leves de salud.

Torres y Urbina (2006), en su trabajo de investigación: “Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba”, el estudio descriptivo cual objetivo fue describir las competencias y habilidades que respondan a las funciones del personal de enfermería según niveles de formación. Para esto se realizaron 5 sesiones de trabajo conjunto entre las dos autoras y 2 talleres con expertos, uno provincial y otro nacional. Se utilizaron los métodos teóricos, como el análisis, la síntesis, el histórico-lógico y la meta-análisis. El resultado fue: existe una estrecha relación entre competencias, perfil y funciones y para lograr una correspondencia entre estos se debe antes de identificar las competencias, establecer el perfil profesional y verificar en la práctica las funciones. Conclusiones: Desde el punto de vista conceptual existe una relación estrecha entre competencias, perfil y funciones y para lograr una correspondencia entre estos se debe antes identificar antes las competencias, establecer el perfil profesional y verificar en la práctica las funciones. La relación de funciones, competencias y habilidades que se presentan, tienen un enfoque integral y responde al encargo social de la enfermería en el país y a las perspectivas nacionales del sistema de salud.

Antecedentes nacionales.

Peñarrieta et al. (2014), en su trabajo de investigación titulado: “Validación del instrumento: «competencias de enfermería en salud pública». Lima, Perú”. Objetivo: validar el

instrumento: «Competencias del profesional de Enfermería en Salud Pública» elaborado por la Asociación Americana de Enfermería en Salud Pública, USA, en contexto peruano. Material y métodos: estudio transversal, la población estuvo conformada por profesionales de Enfermería que laboraran en el primer nivel de atención de una red de servicios del Ministerio de Salud de Lima norte, Perú. Se utilizó una muestra por conveniencia a 108 profesionales. Se utilizaron las técnicas de juicio de expertos, análisis factorial y el alpha de Cronbach para la validez estadística. Resultados: se presenta un instrumento con validez en su constructo de cuatro dimensiones, que evalúa 8 competencias con 48 actividades relacionadas con competencias del profesional de enfermería en salud pública, y con una buena confiabilidad con valores alpha de Cronbach de 0,959. Conclusiones: se cuenta con un instrumento que permitirá evaluar las competencias que debe tener un profesional de enfermería que desarrolla una actividad de salud pública en el primer nivel de atención, por lo que se sugiere aplicarlo en otros contextos del país, sin embargo, se necesita seguir realizando más investigaciones que permitan cubrir otras competencias para estos profesionales.

Avalos y Carranza (2012), en su trabajo de investigación realizado en Cerro de Pasco titulado: “Características clínica y epidemiológicas del infarto agudo de miocardio en pacientes ingresados en el Hospital Daniel Alcides Carrión”. Teniendo en cuenta que el objetivo fue caracterizar los aspectos clínicos y epidemiológicos del Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Por consiguiente, el método que utilizaron fue descriptivo, transversal, manejado con la revisión de historias clínicas de pacientes que fueron atendidos y cuyo diagnóstico fue IMA entre los años 2003 – 2007, siendo en total 43 pacientes, de los cuales 67% pertenecen al sexo masculino y 33% pertenecen al sexo femenino. Respecto a los factores de riesgo, todos los pacientes presentaron al menos uno. Hipertensión: 74%; Antecedente de Dislipidemia: 28%; Fumadores:

21%, Diabetes : 21%; por otro lado, en el 58% de los casos el dolor se presentó en forma de angina; también hubo un 60% que presentó segmento ST elevado; mientras que en el 35% de pacientes hospitalizados no hubo ningún tipo de complicación, en tanto que en un 30% de pacientes si se evidenció complicaciones que tenían que ver con el ritmo cardíaco; se eligió Ácido Acetil Salicílico como terapia para el 88% de pacientes, mientras que para el 56% de los casos se optó por trombo líticos y analgesia; El 63% de pacientes permaneció hospitalizado por más de una semana; Y del total de pacientes tratados, sobrevivió el 93%. Conclusiones: Existen diferencias en las característica clínico epidemiológicas en pacientes diagnosticados entre ambos géneros con IMA en el hospital Daniel Alcides Carrión, en cuanto los grupos etarios se encontró que el de mayor prevalencia fue el de 60 s 69 años, el dolor anginoso fue la causa más frecuente. Se encontró la hipertensión arterial como la patología más frecuente seguida de diabetes mellitus, la mayoría presento elevación del segmento ST.

Franco (2004), en su investigación titulada: “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, tuvo como objetivos: identificar la impresión del paciente crítico y familiar sobre la actuación del profesional de Enfermería en la inestabilidad coyuntural en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins y determinar la impresión del paciente crítico y su familia respecto a las acciones del personal profesional enfermero durante la crisis situacional haciendo énfasis en la comunicación verbal, y no verbal, el apoyo emocional en la UCI-HNERM. Se empleó el método descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. 24 familiares de pacientes críticos de la UCI constituyeron la población. Se utilizó la entrevista y la escala modificada de Lickert fue el instrumento. El producto de dicho análisis: el 37.5% reportaron una impresión positiva, 33.3%

refirieron percepción desfavorable, y 29.2% indiferente. Esto está relacionado con el hecho de que el personal de enfermería no llega al familiar con información precisa acerca del manejo de sentimientos de angustia, al interactuar con los familiares no brindan la calidez y palabras de ánimo esperadas por ellos. En el campo desfavorable e indiferente, sobre la comunicación verbal, refirieron que el profesional enfermero no indagaba sobre los temas de salud más importantes en el paciente en estado crítico, ni explican acerca de los procedimientos a realizar, en el área de comunicación no verbal, no se percibe la calidez en el trato del personal enfermero en situaciones que el familiar muestra inquietud y dudas, y en el área de apoyo emocional, el profesional enfermero no toma de la mano al familiar o no se acerca en situaciones de aflicción ofreciendo palabras que brinden tranquilidad. El lado positivo en el área de la comunicación verbal se da cuando el profesional enfermero se comunica con palabras simples y claras al momento de resolver las dudas del familiar, en la comunicación no verbal, el enfermero declara detalladamente los procedimientos a realizar y hace uso de la escucha activa, en tanto que en el área de apoyo emocional el profesional brinda su atención y comprensión en diversas circunstancias al familiar. Conclusión: La percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable a aquellos de sexo varón grado de instrucción superior y entre adultos jóvenes. Existe un porcentaje significativo del familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional.

Definición conceptual (Marco conceptual)

Según Fernández (2010) el infarto agudo de miocardio es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo

sanguíneo en una de las arterias coronarias. Desde el punto de vista de la atención clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera emergencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado. Además, la eficacia del tratamiento va a depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración.

Por otro lado Serna (2011) señala al IMA como una disfunción miocárdica, causada por un desequilibrio entre el flujo sanguíneo coronario y los requerimientos del miocardio, determinado por alteraciones en la circulación coronaria. Cuando hablamos de infarto de miocardio (IMA) nos referimos a una porción privada súbitamente de circulación sanguínea por obstrucción de vasos arteriales ocasionando un conjunto de fenómenos morbosos consecutivos. El Infarto Agudo Miocardio (IMA), comprende una entidad más, dentro del grupo de enfermedades isquémicas coronarias, y es la mayor expresión de esta. El IMA, junto con la angina inestable y la muerte súbita de origen cardiaco conforman el síndrome coronario agudo.

Fisiopatología

El corazón es aproximadamente el 0.7 % del peso corporal del ser humano, pero necesita el 7.0 % del consumo basal del oxígeno del organismo. La enfermedad isquémica de miocardio debe al desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del músculo cardiaco. Pueden presentarse anomalías de uno o ambos factores en un solo paciente (Bravo et al., 2003).

La isquemia puede modificar algunas funciones significativas de las células miocárdicas y son: la contracción y la actividad eléctrica. Las células isquémicas tienen un potencial de acción transmembrana modificado drásticamente; por ejemplo, mantiene un potencial alto de

reposo, la velocidad de aumento disminuye y la fase de meseta se acorta. Entre las células miocárdicas isquémicas y las normales aparece una diferencia de potencial eléctrico que pueden generar una gran parte de las arritmias que vienen con la angina o el infarto agudo (Henaó, Ferrero, Ramírez, & Sáiz, 2007). La contractibilidad del músculo cardíaco se ve limitada y modifica la funcionabilidad del ventrículo izquierdo. Al inicio hay disminución del tiempo de la relajación diastólica, esto lleva a una menor distensibilidad ventricular y se manifiesta, clínicamente audible por un S4. La contracción sistólica se pierde, el área afectada se vuelve hipocinética o ácinética, cuando la isquemia es más intensa. En un infarto, la movilidad cardíaca, en la zona afectada, se pierde inmediatamente, en cuestión de minutos y horas se va tornando discinética, los movimientos sistólicos van siendo acompañados por movimientos paradójicos, haciendo que disminuya la fracción de expulsión (Departamento de Ciencias Fisiológicas, 2015). El aparato cardiovascular incrementa la presión del llenado para mantener un volumen sistólico adecuado, para poder conservar el gasto cardíaco, mediante el principio de Frank Starling, o haciendo que aumente la frecuencia cardíaca, lo que empeora la isquemia cardíaca. La falla de bomba ventricular izquierda, es el primera evidencia de la contractibilidad deficiente. Cuando el miocardio del ventrículo izquierdo llega a ser afectado en un 25% comienzan a presentar insuficiencia cardíaca, y cuando supera el 40% existe el shock cardiogénico. Un factor crítico para el definir el diagnóstico, llega a ser la cantidad de tejido cardíaco afectado, puesto que el área afectada puede sufrir autólisis, que incluyen diferentes cuadros clínico como rotura de pared ventricular, tabique ventricular o músculos papilares de la válvula mitral que llegan a producir edema pulmonar agudo, shock cardiogénico y muerte súbita, lo que dificulta el pronóstico (Sinisi & Mele, 2009).

Cuadro clínico

Los criterios diagnósticos dados por la OMS (2007) son:

- Historia clínica de dolor torácico tipo “isquémico”.
- Cambios electrocardiográficos obtenidos en forma seriada.
- Elevación y caída en los marcadores cardiacos séricos.

Historia Clínica

El 75% a 80% ve el dolor típico, en los pacientes que sufren infarto, generalmente el dolor es opresivo y retro esternal, aplastante, que se irradia a la mandíbula, omoplatos, hombros, y miembro superior izquierdo. Este dolor puede acompañarse de disnea, sudoración, náuseas y vómitos, astenia y sensación de muerte inminente. La instauración es casi siempre gradual, creciente en unos minutos y de duración prolongada, de 30-45 minutos a varias horas. La duración del dolor tiene valor pronóstico por sí misma, correlacionándose con el tamaño del infarto de miocardio. Las formas atípicas de infarto se dan más en pacientes de edad avanzada (Quiroz, 2008). La presentación más habitual es bajo la forma de insuficiencia cardiaca que aparece en forma súbita. Otras formas de presentación son síncope, embolismo periférico, accidente cerebro vascular (por hipoperfusión o embolias cerebrales), ansiedad o extrema debilidad. Según estadística mundial entre un 25 a 30% de infartos son detectados electrocardiográficamente tras haber pasado inadvertidos en su fase aguda, aproximadamente la mitad de estos fueron atípicos, que no fueron valorados en su momento como de origen cardiaco (EsSalud, 2000).

Según Monsón (2009) el infarto asintomático es más frecuente en pacientes:

- Hipotensos
- Diabéticos

- Edad avanzada
- Pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

Electrocardiograma (EKG)

Es un instrumento útil que permite información sobre el diagnóstico, localización y evolución del infarto miocardio. Ante un cuadro clínico sugestivo y un primer registro EKG no diagnóstico, es obligatorio obtener trazados sucesivos. El electrocardiograma (EKG) tiene alta especificidad (91%) pero poca sensibilidad (46%). En el infarto de miocardio hay tres cambios electrocardiográficos clásicos que son: isquemia, injuria o lesión e infarto. La isquemia se manifiesta como cambios en la onda T, la lesión se manifiesta como cambios en el segmento ST y el infarto como cambios en la onda Q. Los criterios de sospecha de infarto agudo de miocardio están basados en los cambios en el segmento ST, así se tendrá en cuenta lo siguiente (Lorenzo, 2013):

- Elevación o depresión del segmento ST de 1 mm en derivadas continuas o que guarden correlación.
- Aparición de nuevo bloqueo de rama izquierda (idealmente tener un EKG anterior para poder comparar).
- La elevación persistente del segmento ST por más de 2 semanas se ha relacionado con aneurisma ventricular el cual conlleva a disquinesia ventricular.
- Las ondas de necrosis llamadas ondas Q, son patológicas al tener: a. Anchura superior a 40 miliseg. b. Voltaje (amplitud) superior al 25% de la onda R subsiguiente.
- Las ondas Q suelen aparecer a las pocas horas de producido el IMA, generalmente alcanzan su máximo desarrollo en 12 a 24 horas, pero hay una gran variabilidad individual en su aparición que va desde 03 a 04 horas hasta 48 horas.

Las ondas isquémicas pueden ser ondas T marcadamente positivas (isquemia subendocárdica) u ondas T negativas simétricas (isquemia subepicárdica). Inicialmente la onda T positiva puede estar distorsionada por el desplazamiento del segmento ST. La onda T negativa aparece posteriormente (Arós et al., 1999).

Marcadores cardiacos séricos

Los marcadores séricos deben ser idealmente sensibles y específicos, precoces, de fácil y rápida elaboración. Se cuenta con una gama de marcadores entre ellos: Creatinfosfokinasa (CPK) total y la fracción MB, aminotransferasa (TGO), lactato deshidrogenasa (DHL) y sus isoenzimas, y recientemente la mioglobina y troponinas I y T (Martínez, 2014). De todas ellas, se recomienda el dosaje inicial y seguimiento de:

- Creatinfosfokinasa total y fracción MB (CPK-MB).
- Troponina I ó T. El procesamiento de dichos exámenes debe demorar no más de 30 minutos, para permitir tomar una decisión rápida y segura.

García (2005) elabora un cuadro donde muestra la evolución de la concentración sérica de éstas enzimas, en el infarto de miocardio:

La Figura 1. Evolución de la concentración sérica de estas enzimas, en el infarto de miocardio

CPK-M B tiene valor cuando:

- Aumento más del 25% del valor basal.
- Es igual o mayor de 2 veces del basal en una sola oportunidad.
- Se debe medir cada 06 horas las primeras 24 horas, luego cada día hasta establecer diagnóstico o retorno a lo normal.

Tratamiento

Coll, Valladares y González (2011) señalan que la terapia en Infarto de miocardio puede dividirse en:

a. Terapia anti isquémica

- Oxígeno: Se deberá administrar oxígeno por cánula nasal de 2 a 3lt/min, y se irá regulando de acuerdo a la demanda del paciente.
- Ácido acetil salicílico: Se recomiendan dosis de 160 a 325mg sub lingual o vía oral, su administración de ser desde el momento en que se diagnostica el IMA, y se deberá tomarse profilácticamente una de 100mg a diario por tiempo indefinido. Al triturar o masticar la ASA, se absorberá mucho más rápido (Zornoff, Paiva, Duarte, & Spadaro, 2008).
- Nitratos: Al administrar a dosis adecuada, permitirá el alivio del dolor precordial, produciendo vasodilatación de las arterias coronaria, mejorando la perfusión cardiaca. Principalmente es recomendada la vía EV en infusión continua, valorando la dosis respuesta, teniendo en consideración que está contraindicado en hipotensión arterial con PAM < de 90mmHg, FC < de 45 o > de 110lpm (Paolasso et al., 2000).
- Nitroglicerina EV: Se sugiere diluir 50mg de Nitroglicerina en 100cc de dextrosa 5%, administrarlo por equipo de bomba de infusión, con dosis de 5 - 10ug monitoreando cada 5 a 10 minutos y evaluar la dosis paciente hasta obtener una presión arterial media de 70 a 90mmHg. La infusión deberá continuar, por lo menos, las siguientes 24 horas, teniendo en consideración el monitoreo constante de la presión arterial media, y suspender si hay hipotensión significativa y si se requiere continuar con la administración, se hará cuando la PA este restituida (Pinar & Bardají, 2009).
- Analgésicos: La terapia anti isquémica, también incluye el control del dolor, puesto que al no tratar el dolor, esto aumenta el esfuerzo del paciente para la resistencia de este,

haciendo que aumente los niveles de consumo de oxígeno. Para la efectividad de la analgesia, es necesario el uso de narcóticos endovenosos, los cuales deberían ser administrados inmediatamente después de realizar el diagnóstico. La dosis del Clorhidrato de Morfina es de 2 – 4 mg/EV. En dosis adecuadas, se logra aliviar y causar un ligero efecto sedante en el paciente, contando que la morfina también tiene efecto vasodilatador (Steg et al., 2013).

- Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina: En la 24 horas de sospecha de IMA, acompañado de la elevación del segmento ST en 2 o más derivaciones precordiales anteriores o con cuadro clínico de ICC, en ausencia de hipotensión o contraindicaciones para los IECA. En paciente con cuadro clínico de IMA, con fracción de eyección del VI < del 40% o pacientes con cuadro clínico de ICC con disfunción sistólica durante y después de la convalecencia del IMA: Usar IECA ha logrado demostrar beneficios tempranos, sobre todo después de que se haya completado la terapia trombolítica y logrado estabilizar la PA. Si los pacientes no evolucionan con complicaciones y no se evidencia disfunción del ventrículo izquierdo, por 4 a 6 semanas, los IECA serán discontinuados (Coll et al., 2011).

- Dieta: 1. Se mantiene en NPO mientras permanezca con dolor torácico, hasta 06 horas libre de dolor. 2. Se inicia dieta líquidos claros por 24 horas. Progresivamente se va instalando la dieta para cardíacos (carbohidratos complejos 50-55% de Kilocalorias, grasa monosaturada e insaturada < de 30% de kilocalorias), incluso alimentos ricos en potasio (Ejm. Frutas, vegetales, granos enteros), magnesio (Ejm. Vegetales verdes, granos enteros, habas, alimentos marinos). Y fibras (Ejm. frutas frescas, vegetales, granos enteros, cereales, pan) (Muñoz, Cabrera, Romero, Recio, & Jiménez, 2011).

- Ansiolíticos Indicaciones: Diazepam en tabletas de 05 y 10 mg., ampollas de 10 mg. Dosis: Vía endovenosa 2.5 a 10 mg., vía oral 5-10 mg. según nivel de ansiedad. Beneficio terapéutico: Sedación y relajación; disminuye nivel de catecolaminas y disminuye el trabajo miocárdico (Diez et al., 2016).

b. Terapia de perfusión:

Esta puede ser de dos tipos:

- Farmacológica: Trombolíticos. Indicado cuando hay elevación del segmento ST por encima de 01 mm en dos o más derivadas continuas, con tiempo de inicio de terapia 12 horas o menos, edad menor de 75 años. Presencia de bloqueo de rama izquierda e historia sugerente de IMA. La terapia debe ser iniciada en las primeras 03 horas. El beneficio es menor en casos de IMA diafragmático, excepto en el subgrupo asociado a IMA derecho o depresión del segmento anterior (Junker, 2013).

No farmacológico: Angioplastia o Bypass coronario.

Diagnósticos de enfermería

Disminución del Gasto Cardíaco

Gasto Cardíaco disminuido R/C contractibilidad miocárdica disminuida, en la post carga y pre carga. Hallazgos: Enzimas cardíacas elevadas, ECG alterado, FC aumentada, PA disminuida, auscultación de S3 y S4, dolor precordial, frialdad y palidez de piel, diaforesis, arritmias, gasto urinario disminuido, disminución de los pulsos periféricos, vasoconstricción periférica (Loro, Sánchez, & Sánchez, 2002).

Actividades:

Según García, Martínez y Abad (2017):

- Administra O₂ por cánula nasal de 2 a 3 litros por minuto durante las primeras 3 a 6 horas, valorando las necesidades y demandas de O₂ del paciente.

- Mantener reposo absoluto en cama.
- ECG monitorizado constantemente y valorar presencia de arritmias.
- Aperturar una vía venosa de calibre grueso, en las ramas de las venas cefálicas o basilicas, preferiblemente catéter venoso central, y mantenerlo permeable.

- ECG de 12 derivaciones para poder ubicar el área afectada, la evolución y extensión del infarto al momento de llegar, a las 4 horas, a las 8 horas, y posterior cada 12 horas en las siguientes 24 horas y durante las siguiente 48 horas cada 24 horas.

- Toma de muestra sanguínea para laboratorio: hemograma completo, bioquímica, enzimas cardíacas, perfil de coagulación, tiempo de sangría, grupo y factor.

- Monitorear constantes vitales cada 5 a 15min mientras se estabiliza, luego cada hora: FR, FC, PA T°.

- Según prescripción médica, administrar antiarrítmicos y evaluar respuesta o aparición de efectos secundario.

- Según prescripción médica administrar Nitratos ya sea vía oral o endovenosa.

- Según prescripción médica administrar trombolíticos como ASA, Clopidroguel VO, Enoxaparina SC.

- Balance hídrico estricto.

- Monitoreo hemodinámico invasivo.

Deterioro del intercambio gaseoso

Alteración del intercambio gaseoso R/C cambios en la membrana alvéolo-capilar e/p disminución del gasto cardiaco, taquicardia, cambios en los ruidos respiratorios en ACP, hipoxemia, aumento de la FR, aumento de la PA, disnea, palidez de la piel (Rodríguez & Cañón, 2011).

Actividades:

Según Garcia, Estrada, Gallegos y Antuna (2015):

- Administra O₂ por cánula nasal de 2 a 3 litros por minuto durante las primeras 3 a 6 horas, valorando las necesidades y demandas de O₂ del paciente.
- Mantener reposo absoluto en cama.
- AGA según demanda del paciente e interpretación.
- Monitoreo de constantes vitales.
- Auscultación pulmonar cada hora o demanda del paciente y valorar ruidos respiratorios.
- Valorar presencia de cianosis.
- Valorar estado neurológico.
- Enseñar técnicas de respiración en movimiento y reposo (Secretaría de Salud, 2013).

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La clínica Good Hope es una institución privada integrante de la Red Médica Adventista del Perú que brinda servicios de salud especializados de alta calidad. . Está ubicado en el distrito de Miraflores, Malecón Balta 956 Lima.

La clínica Good Hope trata patologías de alta complejidad, atendiendo sobre todo a la población del distrito de Miraflores y aledaños, también a la población que cuenta con seguro particular y/o ingresos económicos varios, y siempre priorizando la Ley de Emergencia, esta atención es brindada en todas las etapas de vida. Cuenta con todas las especialidades como: Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Traumatología, Anestesiología, Cardiología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Pediatría, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cuidados Intensivos, Dermatología, Emergencias y Shock Trauma, Unidad de Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidad de Hemodinamia. Neurocirugía, Neurología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología clínica, Medicina Física y Rehabilitación, Otorrinolaringología, Oftalmología, Nefrología, Neumología, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Oncología, Urología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Banco de Sangre, Farmacia y Laboratorio. Atendiendo en el área de consulta externa y área de hospitalización los cuales está a cargo de profesionales altamente capacitados, la atención es de 24 horas al día. Excepto consulta externa de 12 horas.El Departamento de Emergencia de la Clínica Good Hope cuenta con diversas áreas especializadas, comenzando por triage, donde un

licenciado de enfermería especialistas y un técnico de enfermería evalúan en primera instancia el estado general del paciente y controlan Funciones Vitales derivándolo luego al área correspondiente. El área de tóxico y el área de Shock Trauma, cuentan con tres médicos especialistas, un traumatólogo, dos licenciados de enfermería especialistas y tres técnicos de enfermería, con un total de 7 camillas strike. Dos de Shock trauma que cuenta con lámparas cialíticas y demás equipos empotrados, y 5 camillas de tóxico. El área de Gineco- Obstetricia cuenta con un médico especialista, una obstetra y una técnica de enfermería, dos camillas strike ginecológicas y equipos empotrados. En el área de Pediatría encontramos dos médicos especialistas, una licenciada en enfermería especialista y una técnica de enfermería, Cuentan con 5 Camillas Strike, dos en el área de evaluación y 3 en el área de Observación Pediátrica con 2 monitores hemodinámicos no invasivos, un servicio higiénico pediátrico. El área de Observación está dividida en dos ambientes: observación de damas y observación de varones, cada una cuenta con 5 camillas Strike, monitores hemodinámicos no invasivos para cada paciente y Servicios Higiénicos en cada sala, incluyendo para pacientes discapacitados, todos ellos vigilados permanentemente por un licenciado de enfermería especialista y un técnico de enfermería.

Cabe mencionar que actualmente están rotando en el Departamento de Emergencia: Internos de Enfermería, un Licenciado en inducción y dos Internos de Medicina las 24 horas.

Población y muestra

Población.

La estará compuesta por los 27 enfermeros asistenciales del departamento de emergencia de la Clinica Good Hope

Muestra.

Sera el 100% de la población que reúnan todos los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Licenciado en enfermería con o sin especialidad.
- Laborar más de un año en el servicio de emergencias.
- Criterios de exclusión.
- Profesionales de enfermería que están de licencia o estén de vacaciones
- Profesionales de enfermería que se nieguen a participación.
- Profesionales de enfermería que laboren menos de un año en el servicio de

emergencias.

Criterios de exclusión.

- Enfermeros que no cuenten con la especialidad de emergencias y desastres.
- Enfermeros que estén de vacaciones.

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es desarrollada con enfoque cuantitativo, es básica por que estudiará a la variable para mostrar cómo se desarrolla en su contexto, es de campo por que los datos serán recolectados directamente del individuo donde está presente la variable. Es de diseño no experimental por que no se manipularan las variables, es transversal por que la recolección se realizará en un solo momento, descriptiva por que presentara los resultados encontrados sobre las competencias de los profesionales de enfermería emergencista de la Clínica Good Hope.

Identificación de variables

Competencias profesionales de la enfermera de emergencia

Saberes

Desempeño

Actitudes

Variables secundarias: Edad, Género, Tiempo de servicio, Especialidad.

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Competencias de la enfermera de emergencias.	La enfermera de emergencia demuestra competencias profesionales en la atención del paciente crítico de emergencias, en términos de: Saberes, Habilidades y Actitudes frente a las patologías de mayor incidencia en el área de Emergencia: Infarto Agudo de Miocardio.	1. Cuestionario saberes acerca de infarto agudo de miocardio.	1.1 El infarto agudo de Miocardio (IMA) se define como: a) Muerte del musculo cardiaco por agentes lesivos b) Necrosis de una porción del musculo cardiaco por interrupción del flujo sanguíneo c) Se caracteriza por el rompimiento del septum cardiaco d) Conocido como ataque cardiaco producido por rompimiento de la vena aorta e) Ninguna de las anteriores 1.2 El IMA es ocasionado por: a) Trombos en las arterias coronarias b) Sedentarismo y tabaquismo c) Aumento en la demanda de oxígeno d) Un desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno del musculo cardiaco e) Ninguna de las anteriores 1.3 El cuadro clínico del IMA se caracteriza por: a) Dolor en el pecho, náuseas y pérdida de conciencia b) Dolor torácico, cambios en el EKG, alteración de enzimas cardiacas c) Alteración de las enzimas CKP y TGO d) Dolor torácico y EKG alterado e) EKG con segmento ST y onda P alterados 1.4 Características del dolor torácico	1. Escala dicotómica: 1 = si 0 = no

			<ul style="list-style-type: none"> a) El paciente refiere que siente que un elefante lo está aplastando b) Retro esternal, opresivo, dura más de 30 min c) Opresivo y dificultad para respirar d) Agudo, punzante y dura más de 30 min e) Ninguna de las anteriores <p>1.5 Durante un IMA se observa en el EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alteraciones en el segmento ST b) Onda P deprimida c) Complejo QRS achatado d) Segmento ST mayor de 5 mm e) Todas las anteriores <p>1.6 Durante un IMA que exámenes de laboratorio son imprescindibles</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Perfil de coagulación, hemograma completo y orina b) CPK c) CPK-MB, troponina I, mioglobina d) Hormonas cardiacas, CPK-MB y troponina e) La mioglobina debe ser considerada <p>1.7 Tratamiento del IMA</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Agentes beta bloqueadores y ansiolíticos b) Terapia trombotica y farmacológica c) Terapia de re-perfusion y nitratos d) Terapia anti-isquémica, de re-perfusión y complementaria e) Todas las anteriores <p>1.8 Al llegar un paciente con IMA se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluar el nivel de conciencia, colocar oxígeno por máscara de reservorio a 10 litros/min e iniciar anticoagulantes 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> b) Colocar oxígeno por CBN 2 -3 litros/min, administrar nitratos y analgesia indicada c) Dieta NPO, evaluar el nivel de conciencia y analgesia. d) Realizar EKG y administrar heparina para terapia trombotica e) Preparar al paciente para colocación de bypass <p>1.9 ¿Cuál es el la acción farmacológica de los nitratos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mejorar la distribución de oxígeno a nivel capilar y alivia el dolor b) Alivia el dolor por vasoconstricción de las arteria coronarias c) Vasodilatador de las arterias para mejorar la perfusión coronaria y disminuye el dolor d) Analgésico e) Ninguna de las anteriores <p>1.10 Para administrar la Nitroglicerina se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diluir en 100cc de Dx 5% por bomba de infusión y cubrirlo de la luz b) Diluir en 100 cc ClNa 0,9% y administrar por bomba de infusión c) Diluir en 20cc de ClNa 0,9% y colocar directo en catéter venoso central d) Diluir en 500 cc de Dx 5% y administrar a 30 gotas/min e) Ninguna de las anteriores <p>1.11 La terapia trombolítica se inicia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Antes de las 4h de ocurrido el IMA b) Antes de las 6h de ocurrido el IMA c) Pasada las 24 h de ocurrido el IMA d) Dependiendo del EKG 	
--	--	--	--	--

			<p>e) Ninguna de las anteriores</p> <p>1.12 ¿Cuál es la dosis de aspirina recomendada durante un IMA?</p> <p>a) 160 mg SL b) 300 mg VO c) 160-325 mg VO d) 160-300 mg SC e) 500 mg SL</p> <p>1.13 Acción colateral de los nitritos:</p> <p>a) Bradicardia b) Hipotensión y bradicardia c) Hipotensión d) Fibrilación ventricular e) Hipertensión</p> <p>1.14 En caso de realizar un RCP básico se realizan</p> <p>a) 2 respiraciones por 30 compresiones durante 20 min b) 1 respiración por 15 compresiones durante 2 min c) 30 compresiones por 2 ventilaciones durante 2 min d) 30 compresiones por 1 min e) Ninguna de las anteriores</p> <p>1.15 Para la desfibrilación en RCP son necesarios:</p> <p>a) 150-360 J si es monofásico b) 200 J si es monofásico c) 200 J si es bifásico d) Solo A y B e) Solo A y C</p> <p>1.16 Diagnósticos de enfermería prioritarios para IMA</p> <p>a) Intolerancia a la actividad física y alteración de la perfusión tisular</p>	
--	--	--	---	--

		<p>2. Cuestionario de actitudes.</p>	<p>b) Dolor agudo y deterioro de la ventilación espontánea</p> <p>c) Alteración del gasto cardiaco y deterioro del intercambio gaseoso</p> <p>d) Deterioro del intercambio gaseoso y riesgo de shock</p> <p>e) Alteración del gasto cardiaco</p> <p>1.17 Cuidados de enfermería prioritarios:</p> <p>a) Administrar oxígeno, monitoreo hemodinámico, colocar vía periférica, tomar EKG, solicitar enzimas cardiacas, administrar analgesia y medicinas indicadas.</p> <p>b) Administrar oxígeno, monitoreo hemodinámico invasivo, reposo</p> <p>c) Anticoagulantes, vía periférica, ecografía cardiaca y reposo</p> <p>d) Dar aspirina VO y control de funciones vitales cada 2h</p> <p>e) Analizar enzimas cardiacas, monitoreo hemodinámico no invasivo, analgesia y deambulaci3n supervisada.</p> <p>2.1 Ofrecerle confianza siendo cordial y mostrando disponibilidad para la ayuda.</p> <p>2.2 Delicadeza en la movilizaci3n corporal en cama.</p> <p>2.3 Escuchar con inter3s sus expresiones de temor, llanto o incertidumbre.</p> <p>2.4 Firmeza y claridad en la informaci3n relacionada con los procedimientos a realizar.</p>	<p>2. Escala de Likert</p>
--	--	--------------------------------------	--	----------------------------

		<p>3. Guía de observación de habilidades.</p>	<p>2.5 Informar a la familia con sencillez lo relacionado con el estado del paciente, siempre dentro del estado de riesgo que presenta.</p> <p>2.6 Permitir el ingreso de sus seres queridos por lapsos breves y previa orientación de su papel.</p> <p>3.1 Evalúa las características, localización, duración e intensidad del dolor.</p> <p>3.2 Administra oxígeno por cánula binasal 2 a 3 litros/min.</p> <p>3.3 Proporciona reposo absoluto en cama al paciente.</p> <p>3.4 Realiza monitoreo hemodinámico no invasivo cada hora.</p> <p>3.5 Canaliza vía periférica de gran calibre.</p> <p>3.6 Toma y analiza EKG de 12 derivaciones oportunamente.</p> <p>3.7 Solicita exámenes de laboratorio: hemograma, bioquímico, electrolitos, perfil de coagulación, etc.</p> <p>3.8 Solicita enzimas cardíacas: CPK-MB, troponina I y mioglobina.</p> <p>3.9 Administra analgésicos según indicación médica (sulfato de morfina, demerol, etc) y evalúa el efecto sobre el nivel del dolor.</p> <p>3.10 Prepara infusión de nitroglicerina 50 mg en 100cc de Dx 5% por bomba de infusión.</p> <p>3.11 Valora efectos secundarios de la nitroglicerina: hipotensión, bradicardia, taquicardia.</p> <p>3.12 Realiza balance hídrico estricto en cada turno.</p> <p>3.13 Toma y analiza AGA si estuviera indicado.</p>	<p>3. Cumple:</p> <p>1 = si</p> <p>0 = no</p>
--	--	---	---	---

			<p>3.14 Realiza RCP básico: 30 compresiones y 2 ventilaciones.</p> <p>3.15 Asiste en la entubación endotraqueal: materiales, ventilador, ambú, etc.</p> <p>3.16 Tiene listo el coche de paro: medicinas.</p> <p>3.17 Tiene listo el desfibrilador cargado a 200 J.</p> <p>3.18 Realiza notas de enfermería SOAPIE.</p> <p>3.19 Facilita el manejo administrativo: ingreso a piso, UCI, interconsultas, etc.</p>	
--	--	--	---	--

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se solicitará la autorización respectiva a la Clínica Good Hope presentando el proyecto de investigación al Director del comité de ética y a la jefatura de enfermería. Los instrumentos: Cuestionario de competencias del enfermero, Guía de observación del desempeño, Cuestionario de actitudes (Escala de Likert), fueron elaborados por los investigadores, posteriormente sometidos a evaluación y validación a juicio de expertos; los cuales son enfermeros especialistas de amplia trayectoria en áreas críticas del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

El Cuestionario de competencias del enfermero se concibió teniendo en cuenta los estándares de calidad de atención de enfermería del MINSA y la realidad de los servicios de emergencia del sector privado. Consta de dos cuerpos, el primero toma en cuenta los datos generales del profesional enfermero a evaluar y el segundo es el cuestionario de saberes que mide el nivel de conocimientos científicos aplicados en la práctica diaria y consta de 17 de ítems con 5 alternativas y 1 respuesta.

La Guía de observación del desempeño es el segundo instrumento elaborado por los investigadores y consta de 20 actividades de enfermería específicas frente a la atención del paciente con infarto agudo de miocardio, donde las únicas variables son respuestas dicotómicas SI/NO.

Y por último el tercer instrumento elaborado: Cuestionario de Actitudes, consta de seis afirmaciones que según la escala de Likert permite valorar o medir en qué grado está de acuerdo o desacuerdo el profesional enfermero evaluado.

Seguidamente se envió una solicitud a la jefatura del Departamento de Emergencias del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, para la aplicación de la prueba piloto con la participación de 20 profesionales enfermeros de dicha área, escogidos al azar. Se verificó la confiabilidad de los datos recogidos, mediante el uso del software

IBM SPSS statistics versión 22.0, luego se realizó el foliado respectivo de los instrumentos, y los datos fueron ingresados al software previa elaboración de la plantilla. La preparación de los datos se realizará utilizando las opciones de suma y recodificación del paquete estadístico. Los resultados serán presentados utilizando tablas de frecuencia para las variables principales y para las variables de identificación se utilizarán los estadísticos de resumen más representativos de acuerdo a la naturaleza de la variable. Para la aplicación de los instrumentos se solicitará el consentimiento informado de los participantes, durante el tratamiento de la información y en la presentación de los resultados se mantendrá el anonimato de las personas. Los datos serán utilizados estrictamente para la investigación. En el caso de la guía práctica se realizará la observación en los turnos rotatorios con los licenciados participantes del estudio.

El instrumento de actitudes fue aplicado terminado el test de saberes y la guía de desempeño.

Cuestionario.

Proceso de recolección de datos

Para el análisis de la información se codificaron los instrumentos de competencias del profesional de emergencias.

El software utilizado fue el paquete estadístico SPSS 22.0, el mismo que permitirá tabular y organizar los datos en tablas y gráficos para luego analizarlos.

Procesamiento y análisis de datos

Consideraciones éticas

Los instrumentos se aplicarán previa información y consentimiento del profesional del profesional enfermero emergencista. Para la guía de observación aplicada al profesional de enfermería se hizo de la misma manera.

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio al respeto de su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	TIEMPO				
	Enero a junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre
Revisión de proyecto por asesor	X	X	X	X	X
Aplicación de instrumento				X	
Ingreso de datos				X	
Análisis de datos				X	
Presentación de resultados				X	X
Sustentación					X
Validación del instrumento por experto			X	X	

Presupuesto

Personal	S/
Encuestadores	S/100.00
Estadístico	S/ 300.00
Asesor	S/ 300.00
Digitador	S/ 200.00
Bienes	
	S/ 50.00
Instrumentos de medición	S/ 200.00
Material de impresión	S/ 150.00
Útiles de escritorio	
Servicios	
Pasajes, viáticos, etc.	S/ 100.00
Alquiler de equipos.	S/ 300.00
Imprevistos	S/ 100.00
TOTAL	S/1800.00

Referencias

Arós, F., Ángeles, J., Adolfo, A., Coma, I., García, L., García, E., ... Worner, F. (1999).

Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Sociedad Española de Cardiología*, 52(11), 912–916.

Recuperado de: <http://secardiologia.es/images/stories/file/cardiopatia-isquemica/919-956.pdf>

Avalos, J., & Carranza, F. (2012). Características clínico epidemiológicas de pacientes

con Síndrome coronario agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

Félix Torrealva Gutiérrez. Ica-Perú. *Rev.méd.panacea*, 2(3), 81–86. Recuperado

de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=43278>

Bravo, E., Hernández, L., García, L., Hardy, A., Flores, O., & Zárate, J. (2003).

Medicina de urgencias: Primer nivel de atención. Toluca: Centro Estatal de

Información en Salud. Recuperado de:

http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/isque_inf_mioc.pdf

Casado, M., Corral, E., García, M., & De Elías, R. (2012). La calidad asistencial y la

competencia médica en la práctica clínica de emergencias, evaluada a través de un

sistema de valoración del desempeño en la escena. *Sociedad Española de Medicina*

de Urgencias Y Emergencias., 24(2). Recuperado de:

[http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-24/numero-2/la-](http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-24/numero-2/la-calidad-asistencial-y-la-competencia-medica-en-la-practica-clinica-de-emergencias-evaluada-a-traves-de-un-sistema-de-valoracion-del-desempeno-en-la-escena/)

[calidad-asistencial-y-la-competencia-medica-en-la-practica-clinica-de-](http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-24/numero-2/la-calidad-asistencial-y-la-competencia-medica-en-la-practica-clinica-de-emergencias-evaluada-a-traves-de-un-sistema-de-valoracion-del-desempeno-en-la-escena/)

[emergencias-evaluada-a-traves-de-un-sistema-de-valoracion-del-desempeno-en-la-](http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-24/numero-2/la-calidad-asistencial-y-la-competencia-medica-en-la-practica-clinica-de-emergencias-evaluada-a-traves-de-un-sistema-de-valoracion-del-desempeno-en-la-escena/)

[escena/](http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-24/numero-2/la-calidad-asistencial-y-la-competencia-medica-en-la-practica-clinica-de-emergencias-evaluada-a-traves-de-un-sistema-de-valoracion-del-desempeno-en-la-escena/)

Coll, Y., Valladares, F., & González, R. (2011). Infarto agudo de miocardio.

Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Revista Finlay*, 6(2), 170–190.

Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010

Departamento de Ciencias Fisiológicas. (2015). Ciclo cardiaco y función ventricular.

Lima: UNMSM. Recuperado de:

<http://med.javeriana.edu.co/fisiologia/nguias/gcall.htm>

Diez, F., Sousa, I., Juárez, M., Elízaga, J., Martínez, M., & Fernández, F. (2016).

Tratamiento del infarto agudo de miocardio con ECMO: más allá del balón de contrapulsación. *Medicina Intensiva*, 40(8), 518–520.

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.01.008>

EsSalud. (2000). Guías de manejo del paciente de emergencia. Lima: Ministerio de

Salud. Recuperado de:

http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/guias_emergencia.pdf

Fernández, A. (2010). Qué es el infarto agudo de miocardio. In *Libro de salud*

cardiovascular (1st ed., pp. 259–262). Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.

Recuperado de:

https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap28.pdf

Franco, R. (2004). *Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la*

intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados

Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. Cybertesis UNMSM.

Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1322>

García, B., Martínez, C., & Abad, I. (2017). Plan de cuidados de Enfermería para

paciente con infarto agudo de miocardio. Recuperado Octubre 23, 2017, de

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-infarto-de-miocardio/>

García, D., Estrada, C., Gallegos, M., & Antuna, A. (2015). Efectividad del modelo de

cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Revista CUIDARTE*, 6(1), 923.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166>

García, X. (2005). Fisiopatología y marcadores del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 5(Supl.C), 8–14. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/fisiopatologia-marcadores-del-sindrome-coronario/articulo/13083417/>

Guarda, E. (2010). *Pautas para el manejo intrahospitalario del infarto agudo del miocardio*. Chile. Recuperado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G0B_5vsk8XEJ:https://www.u-cursos.cl/medicina/2007/0/MMEDIC24/3/material_docente/bajar%3Fid_material%3D142931+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe

Henao, O., Ferrero, J., Ramírez, E., & Sáiz, J. (2007). Arritmias cardíacas generadas por heterogeneidad electrofisiológica: estudio mediante simulación. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14(4), 185–197. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400002

Henriques, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Jimenez, Z., Rojas, L., & Lazarte, K. (2017). *Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017*. Universidad Peruana Unión. Recuperado de

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/812/Zoraida_Trabajo_Investigaci%F3n_2017.pdf?sequence=4

- Junker, G. (2013). Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(3), 430–436. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000300017
- Lorenzo, R. (2013). El electrocardiograma en el infarto agudo de miocardio. *Rev Urug Cardiol*, 28, 419–429. Recuperado de http://www.suc.org.uy/revista/v28n3/pdf/rcv28n3_lorenzo-ecg.pdf
- Loro, N., Sánchez, J., & Sánchez, T. (2002). Atención de enfermería en el IAM en la Unidad de Urgencias. *Enfermería En Cardiología*, (25), 41–44. Recuperado de <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/2505.pdf>
- Martínez, M. (2014). *Infarto Agudo de Miocardio*. (Academia Nacional de Medicina, Ed.) (I). México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Recuperado de <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L12-Infarto-agudo-al-miocardio.pdf>
- Muñoz, A., Cabrera, F., Romero, N., Recio, A., & Jiménez, M. (2011). Situación actual del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del ST. *Cardiocre*, 46(2), 43–44. <https://doi.org/10.1016/j.carcor.2011.04.003>
- OPS/OMS Chile. (2012). Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado Octubre 23, 2017, de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&Itemid=1005
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades cardiovasculares*. WHO. World Health Organization. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Paolasso, E., Boccanera, V., Jiménez, M., Luciardi, H., Nolé, F., Quiroga, W., & Ramos, H. (2000). Manejo y Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST. *Redefinition of Myocardial Infarction European Heart Journal*. Argentina: Gador. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/paolasse.pdf>

Peñarrieta, I., Rodríguez, B., Cisneros, G., Becerra, L., Jimenez, P., & Gutierrez, T. (2014). Validación del instrumento: «competencias de enfermería en salud pública». Lima, Perú. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 78. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1796>

Pinar, E., & Bardají, A. (2009). Manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Guías de actuación clínica y el mundo real. *Revista Española de Cardiología*, 9(Supl.C), 71–78. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/manejo-del-infarto-agudo-miocardio/articulo/13145769/>

Quiroz, G. (2008). Manejo del Infarto Agudo de Miocardio. Consideraciones Clínicas. *DIAGNOSTICO*, 50–55. Recuperado de <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2008/ene-mar/indice.html>

Rodríguez, A., & Cañón, W. (2011). Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo del miocardio: un reto de vida. *Revista CUIDARTE*, 2(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.56>

Roselló, M., & Valls, S. (2012). Determinación del perfil de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos según sus competencias. *Enferm Cardiol.*, 3(57), 51–58. Recuperado de https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/57_06.pdf

- Rubio, H., Rubio, T., & Álvarez, R. (2011). Impacto de las políticas antitabaco en México. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 54(5), 22–33. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500004&lng=es&nrm=iso
- Sánchez, M., Padilla, C., & Paredes, D. (2008). *Prevalencia de infarto agudo de miocardio y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2008-2013*. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20218/1/TESIS.pdf>
- Secretaría de Salud (Ed.). (2013). *Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con infarto agudo del miocardio (IAM)* (2nd ed.). México: CENETEC. Recuperado de www.cenetec.salud.gob.mx
- Serna, F. (2011). Disfunción cardíaca de origen isquémico: Miocardio atontado. Miocardio hibernado. México: inscac. Recuperado de http://www.fac.org.ar/edicion/inscac/cap11_2011.pdf
- Sinisi, V., & Mele, E. (2009). Complicaciones relacionadas con el infarto agudo de miocardio. Argentina: PROSAC. Recuperado de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/prosac-4-2.pdf>
- Steg, G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blomstrom Lundqvist, C., A. Borger, M., ... Wallentin, L. (2013). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 66(1), 53.e1-53.e46. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.014>
- Torres, J., & Urbina, O. (2006). Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba. *Rev Med Sup*, 20(1). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems02106.htm

- Velásquez, A., Cachay, C., Munayco, C., Poquioma, E., Espinoza, R., & Secián, Y. (2008). *La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú*. Lima. Recuperado de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La carga de la Emfermedad.pdf
- Vila, A., Forcadell, J., Ochoa, O., Satué, E., Baltasar, R., Barnes, L., & Jariod, M. (2015). Incidencia y mortalidad por infarto agudo de miocardio en la población mayor de 60 años del área de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública*, 89(6), 597–605. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000600007>
- Vilalta, M. P., Mallol, M. J., Saña, D. B., Fernandez, J. Ll., Antuner, C. R., & Ramos, C. G. (2007). Rol de las Enfermeras en la Atención Urgente en un Centro de Salud. *ENE*, 5(1). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/80>
- Zornoff, L., Paiva, S., Duarte, D., & Spadaro, J. (2008). Remodelación Ventricular Postinfarto de Miocardio: Conceptos e Implicaciones Clínicas. *Arq Bras Cardiol*, 88(2), 134–137. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n2/es_a13v92n2.pdf

Apéndice

Apéndice A

Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SABERES ACERCA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Reciba el cordial saludo, se viene realizando un estudio acerca de las Competencias de la enfermera de Emergencias en el cuidado del paciente con Infarto Agudo de Miocardio (IMA) en el Servicio de emergencias de la Clínica Good Hope, Enero-2015. Esta información permitirá al personal de salud reflexionar sobre las competencias que debe poseer para brindar un cuidado de calidad. Por lo que sería de agrado contar con su participación voluntaria, cuyos datos serán confidenciales. Agradezco de antemano su voluntaria colaboración, esperando así que responda con total sinceridad.

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario consta de dos partes; en la primera se le solicitará información sobre sus datos generales y en la segunda parte se abordará preguntas acerca del MA:

Marque con una X la respuesta que considere correcta:

I. DATOS GENERALES

a) Edad:

- De 25 a 30 años
- De 31 a 41 años
- De 42 a 52 años
- De 53 a 64 años
- Mayor de 65 años

b) Sexo:

- Mujer
- Hombre

c) Grado de instrucción:

- Licenciado
- Especialista
- Magister
- Doctor

d) Tiempo laborando en el Servicio de Emergencias de la Clínica Good Hope:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menor de 5 años | <input type="checkbox"/> De 15 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> De 5 a 10 años | <input type="checkbox"/> Mayor de 20 años |
| <input type="checkbox"/> De 10 a 15 años | |

II. COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE EMERGENCIAS

CUESTIONARIO DE SABERES

Marque con una X la respuesta correcta

- | | |
|---|---|
| <p>4. El infarto agudo de Miocardio (IMA) se define como:</p> <p>f) Muerte del musculo cardiaco por agentes lesivos</p> <p>g) Necrosis de una porción del musculo cardiaco por interrupción del flujo sanguíneo</p> <p>h) Se caracteriza por el rompimiento del septum cardiaco</p> <p>i) Conocido como ataque cardiaco producido por rompimiento de la vena aorta</p> <p>j) Ninguna de las anteriores</p> <p>5. El IMA es ocasionado por:</p> <p>f) Trombos en las arterias coronarias</p> <p>g) Sedentarismo y tabaquismo</p> <p>h) Aumento en la demanda de oxígeno</p> <p>i) Un desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno del musculo cardiaco</p> <p>j) Ninguna de las anteriores</p> <p>6. El cuadro clínico del IMA se caracteriza por:</p> <p>f) Dolor en el pecho, náuseas y pérdida de conciencia</p> <p>g) Dolor torácico, cambios en el EKG, alteración de enzimas cardiacas</p> <p>h) Alteración de las enzimas CKP y TGO</p> <p>i) Dolor torácico y EKG alterado</p> | <p>j) EKG con segmento ST y onda P alterados</p> <p>7. Características del dolor torácico</p> <p>f) El paciente refiere que siente que un elefante lo está aplastando</p> <p>g) Retro esternal, opresivo, dura más de 30 min</p> <p>h) Opresivo y dificultad para respirar</p> <p>i) Agudo, punzante y dura más de 30 min</p> <p>j) Ninguna de las anteriores</p> <p>8. Durante un IMA se observa en el EKG</p> <p>f) Alteraciones en el segmento ST</p> <p>g) Onda P deprimida</p> <p>h) Complejo QRS achatado</p> <p>i) Segmento ST mayor de 5 mm</p> <p>j) Todas las anteriores</p> <p>9. Durante un IMA que exámenes de laboratorio son imprescindibles</p> <p>f) Perfil de coagulación, hemograma completo y orina</p> <p>g) CPK</p> <p>h) CPK-MB, troponina I, mioglobina</p> <p>i) Hormonas cardiacas, CPK-MB y troponina</p> <p>j) La mioglobina debe ser considerada</p> <p>10. Tratamiento del IMA</p> <p>f) Agentes beta bloqueadores y ansiolíticos</p> |
|---|---|

- g) Terapia trombotica y farmacológica
- h) Terapia de re-perfusion y nitratos
- i) Terapia anti-isquémica, de re-perfusión y complementaria
- j) Todas las anteriores
11. Al llegar un paciente con IMA se debe:
- f) Evaluar el nivel de conciencia, colocar oxígeno por máscara de reservorio a 10 litros/min e iniciar anticoagulantes
- g) Colocar oxígeno por CBN 2-3 litros/min, administrar nitratos y analgesia indicada
- h) Dieta NPO, evaluar el nivel de conciencia y analgesia.
- i) Realizar EKG y administrar heparina para terapia trombotica
- j) Preparar al paciente para colocación de bypass
12. ¿Cuál es la acción farmacológica de los nitratos?
- f) Mejorar la distribución de oxígeno a nivel capilar y alivia el dolor
- g) Alivia el dolor por vasoconstricción de las arterias coronarias
- h) Vasodilatador de las arterias para mejorar la perfusión coronaria y disminuye el dolor
- i) Analgésico
- j) Ninguna de las anteriores
13. Para administrar la Nitroglicerina se debe:
- f) Diluir en 100cc de Dx 5% por bomba de infusión y cubrirlo de la luz
- g) Diluir en 100 cc CINA 0,9% y administrar por bomba de infusión
- h) Diluir en 20cc de CINA 0,9% y colocar directo en catéter venoso central
- i) Diluir en 500 cc de Dx 5% y administrar a 30 gotas/min
- j) Ninguna de las anteriores
14. La terapia trombolítica se inicia:
- f) Antes de las 4h de ocurrido el IMA
- g) Antes de las 6h de ocurrido el IMA
- h) Pasada las 24 h de ocurrido el IMA
- i) Dependiendo del EKG
- j) Ninguna de las anteriores
15. ¿Cuál es la dosis de aspirina recomendada durante un IMA?
- f) 160 mg SL
- g) 300 mg VO
- h) 160-325 mg VO
- i) 160-300 mg SC
- j) 500 mg SL
16. Acción colateral de los nitritos:
- f) Bradicardia
- g) Hipotensión y bradicardia
- h) Hipotensión
- i) Fibrilación ventricular
- j) Hipertensión
17. En caso de realizar un RCP básico se realizan
- f) 2 respiraciones por 30 compresiones durante 20 min
- g) 1 respiración por 15 compresiones durante 2 min
- h) 30 compresiones por 2 ventilaciones durante 2 min
- i) 30 compresiones por 1 min
- j) Ninguna de las anteriores
18. Para la desfibrilación en RCP son necesarios:
- f) 150-360 J si es monofásico
- g) 200 J si es monofásico
- h) 200 J si es bifásico
- i) Solo A y B
- j) Solo A y C
19. Diagnósticos de enfermería prioritarios para IMA
- f) Intolerancia a la actividad física y alteración de la perfusión tisular
- g) Dolor agudo y deterioro de la ventilación espontanea

- h) Alteración del gasto cardiaco y deterioro del intercambio gaseoso
 - i) Deterioro del intercambio gaseoso y riesgo de shock
 - j) Alteración del gasto cardiaco
20. Cuidados de enfermería prioritarios:
- f) Administrar oxígeno, monitoreo hemodinámico, colocar vía periférica, tomar EKG, solicitar enzimas cardiacas, administrar analgesia y medicinas indicadas.
 - g) Administrar oxígeno, monitoreo hemodinámico invasivo, reposo
 - h) Anticoagulantes, vía periférica, ecografía cardiaca y reposo
 - i) Dar aspirina VO y control de funciones vitales cada 2h
 - j) Analizar enzimas cardiacas, monitoreo hemodinámico no invasivo, analgesia y deambulacion supervisada.

Guía de observación del desempeño

Actividad de enfermería	HACE	
	Si	No
Evalúa las características, localización, duración e intensidad del dolor.		
Administra oxígeno por cánula binasal 2 a 3 litros/min.		
Proporciona reposo absoluto en cama al paciente.		
Realiza monitoreo hemodinámico no invasivo cada hora.		
Canaliza vía periférica de gran calibre.		
Toma y analiza EKG de 12 derivaciones oportunamente.		
Realiza monitoreo electrocardiográfico continuo.		
Solicita exámenes de laboratorio: hemograma, bioquímico, electrolitos, perfil de coagulación, etc.		
Solicita enzimas cardíacas: CPK-MB, troponina I y mioglobina.		
Administra analgésicos según indicación médica (sulfato de morfina, demerol, etc) y evalúa el efecto sobre el nivel del dolor.		
Prepara infusión de nitroglicerina 50 mg en 100cc de Dx 5% por bomba de infusión.		
Valora efectos secundarios de la nitroglicerina: hipotensión, bradicardia, taquicardia.		
Realiza balance hídrico estricto en cada turno.		
Toma y analiza AGA si estuviera indicado.		

Realiza maniobras de RCP básico:30 compresiones y 2 ventilaciones en 2 minutos.		
Asiste en la entubación endotraqueal: materiales, ventilador, ambú, etc.		
Tiene listo el coche de paro: medicinas.		
Tiene listo el desfibrilador cargado a 200 J.		
Realiza notas de enfermería SOAPIE.		
Facilita el manejo administrativo: ingreso a piso, UCI, interconsultas, etc.		

Cuestionario de actitudes

	Escala de Likert				
	Muy importante	Importante	Más o menos importante	Poco importante	Nada importante
Ofrecerle confianza siendo cordial y mostrando disponibilidad para la ayuda.					
Delicadeza en la movilización corporal en cama.					
Escuchar con interés sus expresiones de temor, llanto o incertidumbre.					
Firmeza y claridad en la información relacionada con los procedimientos a realizar.					
Informar a la familia con sencillez lo relacionado con el estado del paciente, siempre dentro del estado de riesgo que presenta.					
Permitir el ingreso de sus seres queridos por lapsos breves y previa orientación de su papel.					

Apéndice B

Validez de los instrumentos

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar la validez del cuestionario del proyecto de investigación titulado:

“Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017”

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: Jessica Karen Villegas Portocarrero

Institución donde labora: Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente

Años de experiencia profesional o científica: 06 años

Jessica K. Villegas Portocarrero
Lic. Enfermería
Esp. Cuidados Intensivos
CÉP N° 01315 RNE N° 1405

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

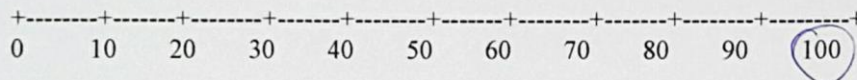
Observaciones:.....

Sugerencias:.....

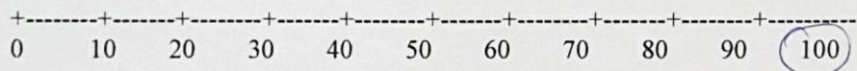
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

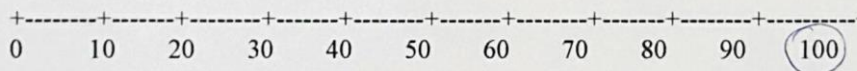
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



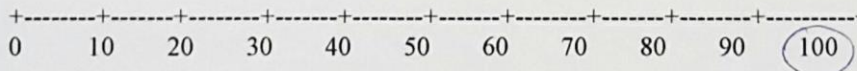
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



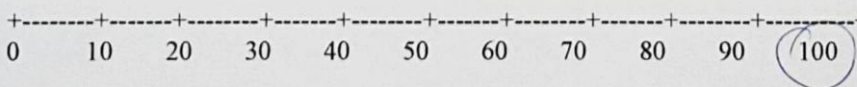
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Ninguna, todo bien

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar la validez del cuestionario del proyecto de investigación titulado:

“Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017”

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.


Juez N°: _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: ESMILA ESPINOZA MANSILLA

Institución donde labora: HOSPITAL GUILLERMO KOLLIN DE LA FUENTE

Años de experiencia profesional o científica: 20 AÑOS



Esmita Espinoza Mancilla
Lic. Esp. Cuidados Intensivos
CEP. 29300 REE. 14871

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones:.....

Sugerencias: *Respuestas más entrecortadas*.....

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

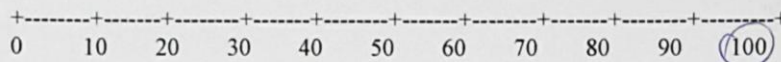
Observaciones:.....

Sugerencias:.....

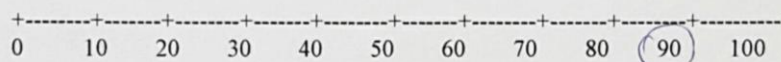
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

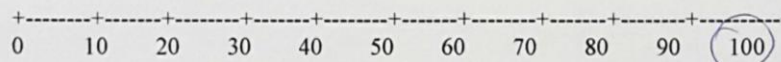
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



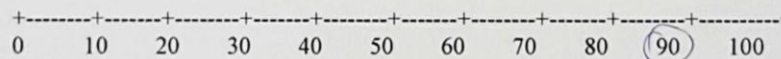
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



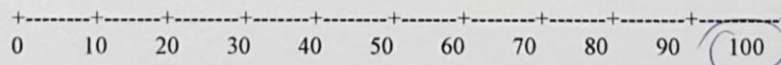
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar la validez del cuestionario del proyecto de investigación titulado:

“Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017”

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

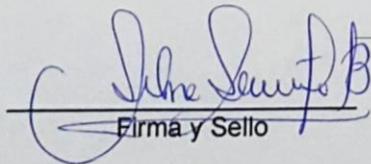
Juez N°: _____

Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos de Juez: Silvia Sarmiento

Institución donde labora: Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente

Años de experiencia profesional o científica: MÁS DE 20 AÑOS.


Firma y Sello

María Silvia Sarmiento B.
Lic. Enfermería
Esp. Cuidados Intensivos
C.E.P. N° 21806 R.N.E 1509

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Solo está muy bien.

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Apéndice C

Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos)

Confiabilidad

Prueba de fiabilidad del cuestionario de saberes Kuder – Richardson (KR20), aplicado en Excel, resultado con una fiabilidad de 0.80

Prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach del cuestionario de actitudes:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	6

Prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach de la guía de observación:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,33	20

Apéndice D

Consentimiento informado

Apéndice D

Consentimiento informado

TITULO DEL PROYECTO:

“Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017”

Estimado _____ Sr. (a)

Mañana Alejandra Flores Torcema

El presente cuestionario es parte de un estudio de investigación, a través del cual se pretende recolectar información confiable y precisa sobre: **Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado del paciente con IMA en el servicio de emergencia de la Clínica Good Hope 2017**. Toda información que usted brinde será recolectada y procesada en forma anónima, lo cual será utilizada de manera confidencial por el equipo de investigadores responsables del proyecto.

En ningún momento se difundirá la información individual; si tiene alguna duda puede solicitar su aclaración, su aporte es muy valioso. Le agradecemos nos brinde información verdadera.

Muchas

Gracias.

Cuento con su participación : SI (X) NO ()

Nombre de los investigadores: Daniel Lostaunau, Gerson Paredes, Tanna Pérez,
Cristhina Ramos

Fecha : *07 / 10 / 17* Hora de inicio: *9:00hrs* Hora de término:
10:00hrs

Apéndice E

Autorización institucional

Lima, 16 de Octubre del 2017

Hospital Villa Maria SAC, Guillero Kaelin de la Fuente

Lic. Maria Silvana Sarmiento B.

LIDER DE ENFERMERIA

Estimada Licenciada:

Por medio de la presente nos dirigimos a Ud. Con la finalidad de solicitarle autorización como líder para realizar una encuesta del trabajo de investigación de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Especialidad en Enfermería : Emergencias y Desastres; que lleva por título :
" Competencias del profesional enfermero emergencista para el cuidado de paciente con IMA"

Esperando que no haya ningún inconveniente en la aceptación de esta encuesta y agradeciéndole de antemano su colaboración.



 Maria Silvana Sarmiento B.
 Lic. Enfermería
 Exp. Cuidados Intensivos
 C.E.P. N° 21806 R.N.E 1509
 Licenciada de enfermería
 CEP: 21806

.....
 Lic. Encargada de encuesta
 CEP: