



Universidad Católica de Cuyo  
Facultad de Ciencias Médicas

Licenciatura en Enfermería

Cátedra: Taller de Investigación

**INCIDENCIA DE PACIENTES CON INFARTO  
AGUDO AL MIOCARDIO EN UNA  
INSTITUCIÓN PRIVADA  
SAN JUAN, 2024**

Autores:

Gamboa, Diego Antonio

Pérez, Mathias Daniel

Director de tesis:

Esp. Lic. María del Carmen Berón

Año 2024

Universidad Católica de Cuyo  
Facultad de Ciencias Medicas

Licenciatura en Enfermería

INCIDENCIA DE PACIENTES CON INFARTO

AGUDO AL MIOCARDIO EN UNA

INSTITUCIÓN PRIVADA

SAN JUAN, 2024

**Tutor de Tesis:**

**Lic. Domínguez Andrés**

EVALUACIÓN

Calificación:

Fecha:

Tribunal Evaluador

Firma\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_

**ÍNDICE GENERAL**

	<b>Pág.</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	3
<b>INDICE DE GRAFICOS</b> .....	4
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	6
<b>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>A.</b> Introducción al problema.....	7
<b>B.</b> Variables seleccionadas: Operacionalización de la Variable.....	9
<b>C.</b> Objetivos.....	10
<b>D.</b> Marco teórico.....	11
<b>CAPITULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	30
<b>A.</b> Tipo de estudio.....	30
<b>B.</b> Sitio donde se realizó la investigación.....	31
<b>C.</b> Población y muestra.....	32
<b>D.</b> Métodos e instrumentos para la recolección de datos.....	33
<b>E.</b> Personal a cargo de la recolección de datos.....	33
<b>F.</b> Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos.....	33
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b> .....	34
<b>A.</b> Análisis e interpretación de los resultados.....	34
<b>B.</b> Limitaciones surgidas.....	38
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES</b> .....	39
<b>A.</b> Conclusiones.....	39
<b>B.</b> Recomendaciones.....	40
<b>CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41
<b>A.</b> Bibliografías.....	41
<b>B.</b> Anexos.....	44

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
<b><u>Gráfico N° 1:</u></b> Características personales de los pacientes pertenecientes al Servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.....	34
<b><u>Gráfico N°2:</u></b> Antecedentes personales de los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.....	35
<b><u>Gráfico N° 3:</u></b> Adherencia al tratamiento de los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.....	36
<b><u>Gráfico N°4:</u></b> Información que poseen los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.....	37

## JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad mundial. En nuestro país también constituye el principal motivo. Dentro de este grupo de enfermedades, el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) representa una de las entidades más importantes (Fernández Ortiz, 2009)

Como profesionales de Enfermería decidimos abordar este proyecto de investigación debido al aumento repentino (incidencia) de ingresos de pacientes, con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio.

Debido a los cambios ocurridos dentro de la Cardiología durante los años, creemos necesario un nuevo relevamiento, teniendo en cuenta características personales, antecedentes e información que poseen los pacientes con dicho diagnóstico, con el objetivo de aportar información actual que resulte valiosa en el conocimiento, el tratamiento y la evolución intrahospitalaria de los pacientes con IAM.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, les agradecemos a nuestros padres que siempre nos han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos nuestros objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su afecto nos han impulsado siempre a perseguir nuestras metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

Damos gracia a Dios por iluminarnos y darnos fortaleza en cada etapa de nuestra carrera.

Agradecemos nuestro tutor a Lic. Domínguez Andrés por ser nuestro guía, su dedicación y tiempo. Sus palabras y correcciones precisas que nos hicieron llegar a esta instancia tan anhelada.

Para culminar damos nuestro agradecimiento a todo el equipo docente, directora de tesis Lic. María del Carmen Berón que con paciencia y sabiduría compartió.

## CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

### A. Introducción al problema

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad mundial. En nuestro país también constituye el principal motivo. Dentro de este grupo de enfermedades, el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) representa una de las entidades más importantes (Fernández Ortiz, 2009)

A través de los años se produjeron grandes avances en el conocimiento del IAM, los cuales ayudaron a modificar conceptos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de esta patología.

En nuestro país se conoce una tasa estimada de mortalidad de 227,4 cada 100.000 habitantes, lo que representa el 30% de la mortalidad total. Lo más alarmante es que estas cifras no han descendido en el transcurso de los últimos años (CONAREC: El Consejo Argentino de Residentes de Cardiología. 2023)

Su incidencia se calcula en 9 pacientes cada 10.000 habitantes por año, lo que representa aproximadamente unos 40.000 eventos anuales.

Teniendo en cuenta sus características personales como es la edad, genero, consideramos fundamental indagar sobre los antecedentes personales, enfermedades crónicas, factores de riesgo e información sobre dicha patología; enfocando en la promoción y difusión sobre los signos, síntomas, signos de alarma e información para el paciente y su entorno familiar.

Es por ello que se plantean los siguientes interrogantes:

¿Influirán la edad y género en la incidencia del Infarto Agudo de Miocardio?

¿Tendrá que ver los antecedentes personales en la aparición de esta patología?

¿Será que la información que poseen los pacientes sobre enfermedad influya en la incidencia de casos?.

## **Delimitación del problema**

¿Cuál es la Incidencia de Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en una institución privada, San Juan 2024?

## B. Variables Seleccionadas

### Operacionalización de la Variable

Variable Nominal	Variable Real	Dimensiones	Indicadores
Incidencia en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio	Características Personales	Edad	Adulto Joven
			Adulto Intermedio
			Adulto Mayor
		Género	Masculino
			Femenino
	Antecedentes Personales	Enfermedades Crónicas	Diabetes
			Hipertensión Arterial
			Colesterolemia
			Adherencia al Tratamiento
		Factores de Riesgos	Sedentarismo
			Tabaquismo
			Alimentación
	Información	Patología	Concepto
			Signos
			Síntomas

## **C. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Describir la Incidencia en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en relación a las características personales, antecedentes e información, en una institución privada; San Juan, 2024.

### **Objetivos específicos:**

Identificar las características personales de la población en estudio relacionado con edad y género.

Conocer los antecedentes personales en relación a enfermedades crónicas y factores de riesgo en la población bajo estudio.

Analizar la información que poseen los pacientes sobre la patología.

## D. Marco Teórico

La *Incidencia* es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, muestra la probabilidad de que una persona en cierta población se verá afectada nuevamente por dicha enfermedad en un período específico de tiempo (UU, 2023)

El *Infarto Agudo al Miocardio*, es un síndrome coronario agudo que se caracteriza por la isquemia a una parte del músculo del corazón producida por la obstrucción aguda y total de una de las arterias. Infarto significa ‘necrosis por falta de riego sanguíneo’, con agudo se refiere a ‘súbito’, con mio a ‘músculo’ y con cardio a ‘corazón’ (Fernández-Ortiz, 2009)

Para nuestra disciplina y abordaje de esta problemática en estudio, nos basamos en los pilares como modelos de Enfermería, quienes aportan el fundamento científico a la investigación en nuestra profesión.

En primer lugar, Dorothea Orem manifiesta que el Déficit del Autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (Hernández, 2017)

Relacionamos dicho modelo con nuestro proyecto ya que Orem hace referencia en el Autocuidado de la Salud del individuo y afirma que enfermería puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para su desarrollo.

El concepto de Autocuidado de la Salud es introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Hernández, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem, 2017).

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. (Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017;19(3))

Así como también, el Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. (Bellido J, Lendínez J. Virginia Henderson,2010).

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén 2010).

V. Henderson considera que el papel fundamental de Enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo la enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Para Henderson la/el enfermero/a es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. (Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén 2010).

Respecto a nuestro tema de investigación, la RAE, Real Academia de Lengua Española señala que las *Características Personales* son el conjunto de cualidades o circunstancias propias de una cosa, de una persona o de una colectividad, que las distingue, por su modo de ser u obrar, de las demás. (RAE Características Personales, 2023)

En relación a la *edad*, esta investigación está basada en Infarto Agudo al Miocardio destinada a personas que van desde un rango de 25 a 39, 40 a 49 y de 50 a 64 años. Debido a que la enfermedad cardiovascular persiste como primera causa mundial de muerte ya sea en los adultos jóvenes, intermedios y mayor. La población ha cursado con cambios en el estilo de vida con el paso de las décadas, favoreciendo la aparición de aterosclerosis desde etapas más tempranas hasta tardías y como consecuencia la aparición de eventos cardiovasculares.(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/2024>).

Según María Eugenia Mansilla (Mansilla, 2000) los seres humanos que se encuentran entre Adultos Jóvenes o adultos primarios (25 a 39 años) Enfrenta la madurez de su desarrollo. Al llegar al final de esta subcategoría se observan cambios físicos y se alcanza un punto importante del desarrollo intelectual.

Adultos intermedios (40 a 49 años). Se enfrentan a notables cambios físicos que, en las mujeres que ya entran a la Pre-menopausia. En el hombre, son considerados negativos porque se contraponen con el actual modelo de "juventud". De todo esto derivan problemas psicosociales novedosos y serios y no hay prontas soluciones.

Adultos mayores o adultos tardíos (50 a 64 años). Los individuos deben enfrentar el alejamiento de los hijos (síndrome del nido vacío) ya iniciado en la década anterior, Al finalizar este período la mayoría enfrenta a la posibilidad de dejar de trabajar. jubilarse. Lo que conlleva dos problemas diferentes pero complementarios: qué hacer con el tiempo disponible y la capacidad productiva aún existente, y cómo solventar actividades y la economía del hogar.

Con respecto al *género*, hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (OPS/OMS, 2023)

En nuestra investigación nos basamos en el género Masculino y Femenino. Según manifiesta que el sexo masculino se refiere a los comportamientos y cualidades que dentro de una cultura se asocian con los hombres, mientras que el sexo femenino es un conjunto de atributos asociados al rol tradicional de la categoría mujer. (FAO, 2022)

Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en la población de los países desarrollados. Cuando se considera la variable género (hombres y mujeres), se observa que en ambos casos son muy habituales. Los varones las padecen con más frecuencia que las mujeres y ocurre así en prácticamente todos los países desarrollados.

Algunos factores de riesgo influyen en la aparición de estas enfermedades. Los principales son: la actividad física, el consumo de alcohol, la Diabetes Mellitus, la Dislipemia, la Hipertensión Arterial, el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo y la asociación de factores de riesgo (síndrome metabólico). En todos los casos es más frecuente hallarlos en hombres que en mujeres, lo que condiciona directamente que la mortalidad causada por la enfermedad cardíaca sea más habitual en varones. (Fernández-Ortiz, 2009)

En cuanto a los *Antecedentes personales*, entendido como la recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud.

Los antecedentes médicos personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. Asimismo, contiene información sobre los medicamentos que se toman. (NHI, 2023)

Acerca de las Enfermedades Crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles. (E. Jiménez Mejías, 2018).

En consideración con la Diabetes se define como una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. (<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>, 2023)

Según la Asociación Americana de Diabetes, tener diabetes ya sea tipo 1 o tipo 2 multiplica por dos las posibilidades de sufrir un ataque al corazón. La acumulación de glucosa en la sangre daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis. Esto aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular: Angina, Infarto Agudo de Miocardio y la muerte cardíaca súbita.

Dos de cada tres personas con diabetes mueren de enfermedades del corazón o derrame cerebral, también llamado enfermedad cardiovascular. El cuidado de la diabetes y el seguimiento del tratamiento pueden ayudar a reducir estas complicaciones vasculares o del corazón. (<https://www.patiadiabetes.com/>, 2017)

“El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto” (<https://www.patiadiabetes.com/2017>)

La Hipertensión Arterial puede dañar silenciosamente el organismo durante años antes, de que aparezcan los síntomas. Sin tratamiento puede derivar en discapacidad, una mala calidad de vida o incluso un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular letal.

La *Hipertensión Arterial* se determina como el aumento de presión de la sangre en el interior de las arterias. Puede producirse como consecuencia de algunas enfermedades, del sistema urinario. En este caso se llama hipertensión secundaria. La hipertensión arterial más frecuente no tiene causa conocida y recibe el nombre de hipertensión esencial. Es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cerebrovascular y uno de los factores de riesgo mayores para la cardiopatía coronaria. (Fernández-Ortiz, 2009)

Puede producir estrechamientos y dañar las células del revestimiento interno de las arterias. Cuando las grasas de los alimentos ingresan en el torrente sanguíneo, pueden acumularse en las arterias dañadas. Con el tiempo, las paredes arteriales se vuelven menos elásticas. Esto limita el flujo sanguíneo en todo el cuerpo. Puede llevar a ritmos cardíacos irregulares, denominados arritmias o también producir un ataque cardíaco. (<https://www.mayoclinic.org>)

Al respecto, sobre la *Colesterolemia* podemos decir que el colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo humano necesaria para el normal funcionamiento del organismo. La mayor parte del colesterol se produce en el hígado, aunque también se obtiene a través de la ingesta de algunos alimentos. El colesterol tiene tres funciones principales: Interviene en la formación de ácidos biliares, vitales para la digestión de las grasas. A partir de él se forman ciertas hormonas, como las sexuales y las tiroideas. Los rayos solares lo transforman en vitamina D para proteger la piel de agentes químicos y evitar la deshidratación. (<https://fundaciondelcorazon.com/2024>)

Se puede clasificar Colesterol malo al unirse a la partícula LDL se deposita en la pared de las arterias y forma las placas de ateroma. Mientras, que el Colesterol bueno al unirse a la partícula HDL transporta el exceso de colesterol de nuevo al hígado para que sea destruido.

El colesterol es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Las personas que muestran un colesterol alto en sangre tienen el doble de posibilidades de sufrir un infarto miocardio.

Cuando existe un exceso de colesterol se deposita en nuestras arterias engrosando las paredes de éstas. Esto se debe a que las células no son capaces de absorber tanto colesterol.

En el transcurso del colesterol, el diámetro de la arteria se estrecha produciendo la arteriosclerosis, impidiendo así una buena circulación de la sangre. Si los niveles de colesterol en sangre son altos y no dejan circular la sangre adecuadamente, se produce el hipercolesterolemia. (<https://cardiavant.com/colesterol/> 2023)

Con respecto a la *Adherencia* en el año 2003 la OMS definió como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (ELSEVIER, 2024)

En relación al *Tratamiento* se define como el conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. Los tratamientos pueden abarcar un amplio espectro de intervenciones, desde cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas hasta procedimientos quirúrgicos y medidas paliativas. (Navarra, 2023)

Para obtener una respuesta al problema de cuál es la adherencia al tratamiento en relación con pacientes con Infarto Agudo al Miocardio nos basamos en un método conocido como el Test de Batalla y Cuestionario ARMS.

*El Test de Batalla* (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad) Este cuestionario se basa en que un mayor conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad representa un mayor cumplimiento. (Pharmaceutica, 2018)

El test está dirigido a Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, pero las preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas, tiene alto nivel de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo, habiendo sido validado para ser utilizado como instrumento de medida del cumplimiento. (Ciencia e Investigación 2016; 19(2): 95-101 Facultad de Farmacia y Bioquímica)

Puede haber variantes para diferentes enfermedades crónicas. Se realizan tres preguntas y si el paciente responde de manera incorrecta alguna de ellas, se considera que no es adherente.

El Cuestionario ARMS es adecuado para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. Se analiza de forma multidimensional la falta de adherencia, por lo que permite individualizar las posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente. Para cuantificar el grado de adherencia, se asigna un valor de 1 a 4 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo a una escala tipo Likert: nunca, algunas veces, casi siempre o siempre. (Pharmaceutica, 2018)

Referido a los *Factores de Riesgo* se refiere a un hábito o una característica de la persona que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad en el futuro. (Murrugat, 2009)

Las listas de factores de riesgo para un Infarto Agudo al Miocardio son muy extensas, pero podemos identificar entre los más comunes el sedentarismo, tabaquismo y la alimentación.

En relación al *Sedentarismo* se define como cualquier comportamiento en estado de vigilia caracterizado por un escaso gasto energético, sea en posición sentada, reclinada o acostada (NIH National Library of Medicine)

Se sabe que la escasa actividad física y los hábitos sedentarios en la adolescencia, tienden a perpetuarse en la edad adulta y los convierte en un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes de tipo II, así como alteraciones osteomusculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles. (Santos, 2020).

Las personas inactivas tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad cardíaca que las personas que hacen actividad física. Hay estudios que sugieren que la falta de actividad es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardíaca, al igual que la presión arterial alta, el colesterol alto y el tabaquismo.

La actividad física reduce el riesgo de ataque cardíaco en las personas que tienen miocardiopatía isquémica, la actividad aeróbica periódica ayuda a que el corazón funcione mejor. También puede reducir el riesgo de un segundo ataque cardíaco en las personas que ya han tenido uno. (La Actividad Física y el Corazón, 2022)

Se recomienda realizar treinta minutos de actividad física de intensidad moderada, con más de 60 minutos al día un ejercicio físico alto, como, por ejemplo, caminar rápido; 4-5 Km por hora. (Murrugat, 2009).

En cuanto al *Tabaquismo* es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. (Fundaciondelcorazon.com, 2024)

El tabaquismo es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. ((Fundaciondelcorazon.com, 2024) Hay dos factores por los que el tabaco puede producir una isquemia coronaria:

La Nicotina, desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que producen daño en la pared interna de las arterias (endotelio), aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación, incrementa los niveles de LDL (colesterol malo) y reduce los de HDL (colesterol bueno).

La concentración de nicotina en sangre depende más del patrón de consumo (caladas más o menos profundas) que del contenido de nicotina del propio cigarro.

Por otro lado, el Monóxido de carbono, Disminuye el aporte de oxígeno al miocardio y aumenta la agregabilidad plaquetaria (la capacidad de las plaquetas de agregarse y formar coágulos).

Fumar apenas un cigarrillo al día lleva aparejado un riesgo de enfermedad coronaria o ictus mucho mayor del esperado: aproximadamente la mitad del riesgo de los fumadores de 20 cigarrillos al día. No hay un nivel seguro de tabaquismo para la enfermedad cardiovascular. Los fumadores deberían intentar eliminar del todo el hábito, en lugar de disminuir el consumo para reducir el riesgo. (Fundaciondelcorazon.com, 2024)

El consumo de tabaco en los fumadores presenta un riesgo de 2-4 veces superior que los no fumadores de desarrollar problemas cardiovasculares y muerte súbita. (Murrugat, 2009)

La dependencia a la nicotina puede tener diferentes grados. Cada fumador tiene un determinado grado de dependencia. Se puede medir con el test de Fagerström. (Puerta, 2020)

El test de Fagerström es una prueba que creó en el año 1978 el doctor Karl Fagerström, uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de *Cuestionario de tolerancia de Fagerström* y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores. El test se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina.

Por otra parte, la *Alimentación de* acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

El mal hábito de alimentación conlleva a la obesidad o sobrepeso, el exceso y el aumento de peso promueven la hipertensión y un riesgo de Infarto Agudo al Miocardio. El riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al incrementarse el peso corporal. (OMS. 2024)

El consumo de grasa, sales y alcohol en exceso lleva a padecer de arteriosclerosis unos de los riesgos más significativos del infarto agudo al miocardio. (Murrugat, 2009)

Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (Murrugat, 2009)

Esto quiere decir que debemos alimentarnos en relación a las necesidades de nuestro organismo, ni más ni menos, he aquí la principal razón de la mala alimentación de la población y por lo tanto de estos grandes índices de obesidad, por un lado, que la comida que se consume tiene cada vez más contenido calórico, por ejemplo, la bollería industrial, los batidos y zumos con alto contenido de azúcar, exceso en frituras, entre otros.

Por otro lado, la disminución de actividad física promovida por el cambio de vida que cada vez nos induce a movernos menos, la combinación de estos dos factores genera una descompensación entre las calorías que se consumen que cada vez son más y las calorías que se gastan que cada vez son menos, lo que conlleva en el aumento de peso y en la obesidad. (Santos, 2020)

Para ellos hay que adoptar hábitos y estilos de vida saludables, desde la niñez y mantenerlos durante toda la vida. Esto es de especial importancia en personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. (Murrugat, 2009)

Finalmente, referido a la *Información* podemos definir es un conjunto organizado de datos relevantes para uno o más sujetos que extraen de él un conocimiento. Es decir, es una serie de conocimientos comunicados, compartidos o transmitidos y que constituyen por lo tanto algún tipo de mensaje. Sin embargo, su definición varía según la disciplina o el enfoque desde el cual se la piense. (Editorial Etece, 2024)

En relación a la *Patología* es el conjunto de cambios que ocurren en el organismo a causa de la enfermedad. (Mercedes, 2013)

El concepto de Infarto Agudo de Miocardio es también conocido como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo de una de las arterias coronarias.

El *Infarto Agudo al Miocardio*, es un síndrome coronario agudo que se caracteriza por la isquemia a una parte del músculo del corazón producida por la obstrucción aguda y total de una de las arterias. Infarto significa ‘necrosis por falta de riego sanguíneo’, con agudo se refiere a ‘súbito’, con mio a ‘músculo’ y con cardio a ‘corazón’ (Fernández-Ortiz, 2009)

Las *manifestaciones clínicas* 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 depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración.

La enfermedad que subyace tras el infarto agudo de miocardio es, de forma casi invariable, la arteriosclerosis avanzada de las arterias coronarias. El músculo cardíaco necesita constantemente de un abundante suministro de sangre rica en oxígeno para llevar a cabo la tarea del bombeo de sangre, suministro que le llega a través de la red de arterias coronarias.

Cuando se erosiona o se rompe una placa de ateroma en la pared de una arteria coronaria, rápidamente se forma sobre ella un trombo o coágulo que puede llegar a obstruir de forma completa y brusca la luz de la arteria, interrumpiendo el flujo sanguíneo y dejando una parte del músculo cardíaco sin irrigación.

Cuando esto sucede, esa parte del corazón deja de contraerse. Si el músculo cardíaco carece de oxígeno y nutrientes durante demasiado tiempo, normalmente más de 20 minutos, el tejido de esa zona muere y no se regenera, desarrollándose así un infarto agudo de miocardio.

La formación del trombo que ocluye la luz de las arterias coronarias suele ser independiente del grado de obstrucción que la placa de ateroma haya provocado previamente en dicha luz. Esto explica por qué muchos pacientes no presentan ningún síntoma antes de sufrir de forma aguda e inesperada un ataque al corazón.

Las placas de ateroma que no obstruyen de manera significativa la luz coronaria pueden pasar durante años inadvertidas, y la enfermedad aterosclerótica puede no ser reconocida hasta el momento brusco de la rotura de la placa y la oclusión completa del vaso, con la subsiguiente aparición del infarto agudo de miocardio. (Dr. Antonio López Farré, 2009).

Tan pronto como se recibe la llamada de auxilio, comienza el manejo del paciente que sufre un Infarto Agudo de Miocardio. Además del tratamiento inicial del dolor, el acceso rápido a un desfibrilador y la puesta en marcha de las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

En la actualidad todos los esfuerzos deben dirigirse fundamentalmente a la reducción de las demoras en el inicio de la terapia de recanalización coronaria.

La recanalización del vaso ocluido se puede conseguir, bien mediante un tratamiento farmacológico a través del cual se administran por vía intravenosa sustancias trombolíticas capaces de lisar o disolver el coágulo que obstruye la luz coronaria, o bien de forma mecánica, realizando un cateterismo cardíaco y de obstruyendo la arteria con una angioplastia coronaria, que en este caso se llamará angioplastia primaria. (Fernández-Ortiz. (2009)

La Angioplastia primaria es una técnica terapéutica invasiva dirigida a desatascar de forma mecánica la arteria coronaria ocluida. Tras infiltrar la piel con un anestésico local, se punciona la arteria de la ingle (arteria femoral) o la de la muñeca (arteria radial) y se introduce un fino catéter que se va dirigiendo mediante control radiológico hasta la arteria coronaria ocluida. (Fernández-Ortiz. (2009)

Tras atravesar con una cuerda-guía la obstrucción coronaria, habitualmente se infla un pequeño balón de angioplastia y se implanta un stent (malla metálica) en el segmento coronario obstruido; con ello se consigue restablecer de forma eficaz el flujo coronario en la mayoría de los casos (más del 90%).

Dejando a un lado las molestias propias de la infiltración anestésica, no se trata de un procedimiento doloroso, ya que la punción de la arteria y la manipulación de los catéteres dentro del árbol arterial no suelen notarse.

Las principales limitaciones de la angioplastia primaria son su complejidad, su alto nivel de requerimientos tecnológicos y, por ende, la falta de disponibilidad de centros con capacidad para su realización urgente durante las 24 horas del día, los 365 días del año. (Fernández-Ortiz, 2009)

Respecto a los *Signos* es algo que se identifica durante un examen físico, una prueba de laboratorio o una prueba con imágenes que indica la posibilidad de que una persona tenga una afección o enfermedad. En cuanto a signos se presenta Hipotensión arterial, taquicardia, disnea. (www.cancer.gov,2024)

La actuación clave para el diagnóstico cuando se sospecha de un infarto agudo de miocardio es la realización e interpretación rápida de un electrocardiograma (ECG).

Por ello se debe contactar sin tardanza con el servicio de emergencias médicas, si es posible, o trasladar al paciente sin demora hasta un centro sanitario donde se pueda realizar inmediatamente dicha prueba.

Ya se ha visto cómo se sospecha el infarto agudo de miocardio cuando un paciente presenta los síntomas descritos y cómo se confirma además el diagnóstico en la mayoría de casos con la realización inmediata de un ECG.

Por tanto, el ECG es la pieza clave para el reconocimiento precoz del infarto y, sobre todo, para poner en marcha sin demora las medidas necesarias para recanalizar urgentemente la arteria coronaria obstruida.

Cuando se interrumpe bruscamente el riego sanguíneo en una parte del corazón, aparece de manera inmediata una alteración característica y fácilmente reconocible en el ECG: la elevación del segmento ST.

Esta alteración representa la lesión isquémica aguda que aparece inmediatamente en el músculo cardíaco tras la interrupción de su irrigación sanguínea. Esta elevación del segmento ST suele mantenerse durante varias horas o hasta conseguir la recanalización eficaz de la arteria coronaria ocluida.

Tras la elevación del segmento ST, aparecen en el ECG las llamadas ondas Q, que representan la parte necrosada o muerta del músculo cardíaco. Estas ondas suelen mantenerse de por vida e indican la presencia de una cicatriz fibrosa en el segmento del corazón que sufrió el infarto.

Dado que en el ECG se registran varias derivaciones que corresponden a la actividad eléctrica de distintos segmentos del corazón, la localización y el número de derivaciones con elevación del ST permitirá conocer de forma rápida cuál es el segmento del corazón afectado por el infarto; asimismo, se podrá inferir cuál de las arterias coronarias se ha ocluido bruscamente y ha provocado la enfermedad.

Los análisis de sangre pondrán de manifiesto un incremento de las enzimas miocárdicas liberadas al torrente circulatorio desde la porción de miocardio necrosado. Estos marcadores de necrosis miocárdica son la creatinfosfocinasa CPK), la fracción MB de la CPK y las troponinas (troponina I y troponina T).

Todas ellas son enzimas que se liberan, tras la rotura de la membrana plasmática, de las células miocárdicas muertas, y se mantienen elevadas en la sangre durante varios días tras el infarto agudo de miocardio.

Se utilizan como confirmación diagnóstica definitiva de la necrosis del músculo cardíaco; además, la cantidad de enzimas liberada va a dar una idea del tamaño del infarto.

Cuanto más elevados sean los niveles de estas enzimas en la sangre, mayor ha sido el infarto. Es importante destacar de nuevo que las enzimas cardíacas tardan en elevarse 4-6 horas cuando sucede un infarto agudo de miocardio.

Las decisiones en el manejo y tratamiento de estos pacientes se han de tomar mucho antes con los datos clínicos y las alteraciones del ECG, sin esperar el resultado de los análisis de sangre. (Fernández-Ortiz, 2009)

En cuanto a los *síntomas* es algo que una persona siente o experimenta y que tal vez indique una enfermedad o afección. Los síntomas solo los puede notificar la persona que los presenta, no los observa el proveedor de atención de la salud y no se manifiestan en los exámenes médicos. (www.cancer.gov, 2016)

Al igual que en la angina de pecho, el síntoma característico del infarto agudo de miocardio es el dolor torácico, pero en este caso será un dolor más agudo y más duradero que en la primera.

De esta forma, cuando un paciente sufre un infarto agudo de miocardio suele aparecer de forma brusca un dolor opresivo e intenso localizado en el centro del pecho y que se describe como un puño que retuerce o un peso que comprime el corazón.

En ocasiones, el dolor se irradia o refleja hacia los hombros y, sobre todo, hacia el brazo izquierdo, recorriendo el borde interno de éste hasta llegar al dedo meñique. Igualmente, se puede irradiar hacia el cuello, llegando a la garganta e incluso a los dientes y al maxilar inferior.

Otras veces, el dolor se puede reflejar hacia la espalda. En cualquiera de estas modalidades, el paciente suele sentir este dolor como algo muy grave, incluso a veces con sensación de muerte inminente.

Los síntomas pueden aparecer estando en reposo, en ocasiones cuando se está dormido, o durante la realización de un esfuerzo y tras él.

En este último caso, el dolor no se alivia con el reposo ni tras la administración de fármacos vasodilatadores, como la nitroglicerina sublingual.

Los síntomas suelen durar más de 30 minutos y pueden prolongarse a lo largo de varias horas. Generalmente, los síntomas se acompañan de una reacción adrenérgica o una vagal.

La reacción adrenérgica se debe a la respuesta liberadora frente a la agresión de unas sustancias llamadas catecolaminas, que aceleran el ritmo cardíaco, aumentan la presión arterial y producen vasoconstricción periférica.

Esta reacción se manifiesta en la piel del paciente con palidez, piloerección y sudoración fría. La reacción vagal se debe a la liberación de otra sustancia llamada acetilcolina, que puede aparecer por fenómeno reflejo (reflejo de Bezold-Jarisch), sobre todo en los infartos que afectan a la cara inferior del corazón.

La acetilcolina frena el ritmo del corazón, baja la tensión arterial y provoca vasodilatación periférica. La reacción vagal se manifiesta como sensación de desfallecimiento y mareo, falta de aire, salivación excesiva o sensación nauseosa y vómitos.

En otras ocasiones menos frecuentes, el dolor se percibe de forma distinta: como un peso en la parte alta del abdomen, en la llamada zona del epigastrio o boca del estómago. Esto suele acontecer cuando el infarto afecta a la cara inferior del corazón; en este caso, puede ser erróneamente interpretado como una indigestión o acidez.

Otras veces, el infarto puede cursar sin dolor o con molestias atípicas e inespecíficas que no coinciden con lo descrito hasta ahora. Esto sucede, sobre todo, en los pacientes ancianos o en los diabéticos.

El dolor del infarto permite en la mayoría de los casos sospechar el diagnóstico, pero a veces se puede confundir con otros procesos clínicos que provocan también dolor torácico, algunos de los cuales pueden ser de extrema gravedad.

Problemas digestivos, como el reflujo gastroesofágico, pueden ocasionar dolor torácico, pero éste suele ir acompañado de ardor o quemazón, en ocasiones con regurgitación de alimentos o ácidos hasta la garganta.

Suele tratarse de molestias relacionadas con la ingesta y se alivian con antiácidos. También suelen aparecer en decúbito y se alivian al incorporarse.

En el espasmo esofágico, el dolor es más agudo y puede confundirse más fácilmente con el de la angina de pecho o el infarto, pero suele ser un dolor que aparece generalmente durante la ingestión de determinados alimentos, o poco después de ingerir líquidos fríos.

Se acompaña de disfagia (dificultad para tragar) y no tiene relación con los esfuerzos. Otras entidades, como la pericarditis aguda, producen también un dolor torácico que, en este caso, aumenta con la respiración profunda y los cambios de postura. Suele aliviarse al sentarse inclinado hacia delante y empeora al acostarse.

En la auscultación cardíaca puede oírse un frote o roce pericárdico, y los síntomas suelen ir precedidos de un cuadro gripal en los días previos. El dolor de la embolia de pulmón suele localizarse en la parte lateral del tórax.

Se acompaña de una sensación brusca de falta de aire y es un dolor de características pleuríticas que aumenta con los movimientos respiratorios y los cambios de postura.

Finalmente, la disección aórtica es una entidad clínica muy grave que corresponde a un despegamiento o rotura de una de las capas de la pared de esta arteria, lo que provoca un dolor muy brusco, intenso y desgarrador, que se localiza en la cara anterior del tórax y se irradia hacia la espalda.

La ausencia de pulsos o la diferencia de presión arterial entre las extremidades pueden ayudar en estos casos a orientar el diagnóstico. (Fernández-Ortiz, 2009).

La Sociedad Argentina de Cardiología y la Investigación Médica y la integridad de sus miembros, se manifiesta por su adhesión a un código ético y a una práctica científica. Este doble estatuto ético y científico se pone de manifiesto por una parte en el respeto a los principios de “permiso” y de “beneficencia” (REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA, 2005)

Respecto a nuestra investigación, debe realizarse conforme a los principios éticos universales aceptados que aseguran el avance del conocimiento, la mejora de la condición humana y el progreso de la sociedad, siempre respetando la dignidad del ser humano y la autonomía de su voluntad. (Ley 14/2007)

Cada revisión de un protocolo contempla el análisis de la naturaleza y los objetivos de la investigación, su fundamento científico, la metodología que se usará en la recolección y el procesamiento de los datos y la competencia del investigador.

Por ello se establece los principios esenciales de la ética en investigación entre ellos: *Principio de Justicia*, se constata el riesgo mínimo para el probando, se contrasta el riesgo con el beneficio que se obtendrá y la moralidad del placebo. Se analizan los sistemas de selección equitativa de los sujetos, en especial la protección de los grupos más vulnerables y la compensación que tendrán los daños que se puedan presentar.

El *Principio de Autonomía*, bien llamado también respeto por las personas, se basa en el fundamento de que el ser humano posee la capacidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma; autónomamente tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y una vez analizados los aspectos negativos y positivos, determinará qué conducta seguir.

*El principio de beneficencia* persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto, los participantes en una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en los ensayos clínicos; se deberá alcanzar que los riesgos sean mínimos asociados a los máximos beneficios que se conseguirán.

*El principio de no maleficencia* "obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento" y pretende no dañar al paciente, lo que obligaría moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos de experimentación.

El investigador será el responsable de los principios de no maleficencia y de beneficencia, el probando de ejercer su autonomía y el estado de cautelar el principio de justicia. (Código de Núremberg (1947))

En relación al *Consentimiento Informado* entiéndase por la a declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a, Su estado de salud, el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento y los riesgos. Como así también molestias y efectos adversos previsibles, la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto (Ley Nacional 26529, 2009)

Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados, el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, y haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos.

Por último el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.(art. 2° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)

## CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

### A. Tipo de estudio

El tipo de estudio es el esquema o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos. (Lic. María Ester Etcheverry, 2013)

En la presente investigación se utiliza un enfoque cuantitativo, que según Sampieri (2014) se realiza a través de la recolección de datos basado en variables, se prueban hipótesis expresados en términos numéricos y estadísticos, sobre la incidencia en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio.

En cuanto, al análisis y alcance de los resultados es descriptivo, permitiendo indagar la situación de las variables al momento de ser estudiada, ya que nuestro interés se centra en identificar las características personales, antecedentes e información de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información la investigación es prospectiva ya que los hechos fueron registrados a medida que sucedieron.

Teniendo en cuenta el periodo y secuencia de estudio, la investigación es transversal porque se estudian las variables en determinado momento, durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2024.

## **B. Sitio donde se realizará la investigación**

La presente Investigación se llevó a cabo en el Servicio de Unidad Coronaria de Clínica Santa Clara, ubicado en la localidad de Capital, San Juan.

El servicio de Unidad Coronaria está compuesto por 16 unidades de internación, de las cuales están distribuidas de las siguientes maneras; 6 destinadas a la recepción de urgencias, dentro de las mismas se abordan las siguientes patologías (Infarto Agudo al Miocardio, Arritmias, Síndrome Coronarios, Post Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Cardíaca, Shock, TAVI).

Cuatro son destinadas a recepción de estudios como (cinecoronariografía, angioplastias, colocación de marcapasos, pre quirúrgicos cardiovasculares), 4 asignadas a Hemodinamia, 1 preferencial, y 1 reservada para paciente en recuperación de cirugía cardiovascular, según normas de servicios.

### **C. Población y muestra**

Fayad Camel lo define “población como la totalidad de individuos o elementos en los que puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada”. (Pineda, 1994)

En relación a la población, estuvo conformada por un total de 18 pacientes que ingresaron en el periodo mencionado anteriormente con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio al Servicio de Unidad Coronaria de Clínica Santa Clara, localidad Capital San Juan.

Se define como universo finito cuando está constituido por un número delimitado o conocido de unidades o elementos, coincidiendo con la muestra.

El muestreo se refiere al proceso utilizado para escoger y extraer una parte del universo o población de estudio con el fin de que represente al total. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional porque según Pineda (2014) se considera aquellas unidades supuestamente "típicas" de la población que se desea conocer. En este caso se conoce la población y las características que pueden ser utilizadas para seleccionar la muestra.

#### **D. Métodos e instrumentos para la recolección de datos**

Es necesario determinar y plantear los métodos y las técnicas de recolección de datos, así como el tipo de instrumento que se utilizará.

Un método representa la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema, con la definición teórica del mismo y con los objetivos de la investigación (Pineda, Alvarado, Canales 1994)

Como método se empleará una Encuesta, que consiste en una comunicación interpersonal, utilizando como instrumento un cuestionario de preguntas cerradas con respuestas de opción múltiple, mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información (Metodología de la investigación, 1994).

#### **E. Personal a cargo de la recolección de datos.**

Los autores que llevaron a cabo la presente investigación.

#### **F. Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos**

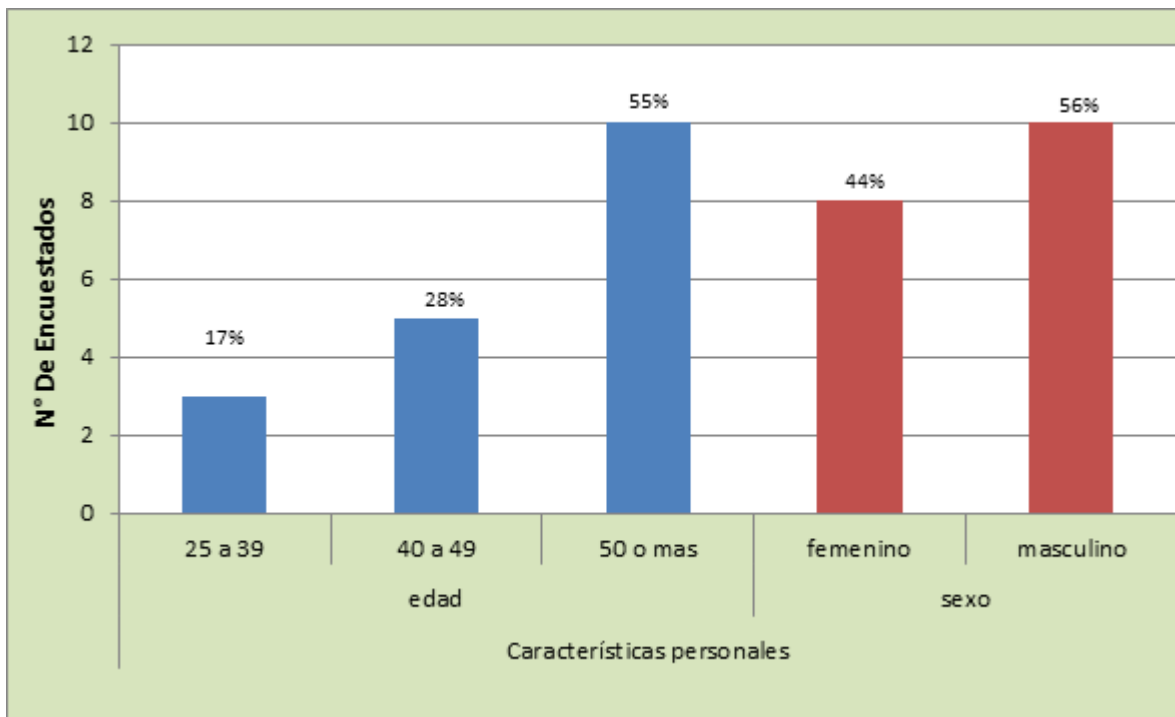
Los resultados obtenidos se tabularán en una matriz de datos, donde se obtendrán resultados numéricos, estadísticos que al ser presentados en gráficos, nos permitirá una mayor y mejor representación visual de datos obtenidos lo que enriquece la interpretación de los lectores.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### A. Análisis e Interpretación de los resultados.

Teniendo en cuenta las variables presentes en nuestro proyecto de investigación, se obtuvieron los siguientes resultados.

**Gráfico N° 1:** Características personales de los pacientes pertenecientes al Servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.



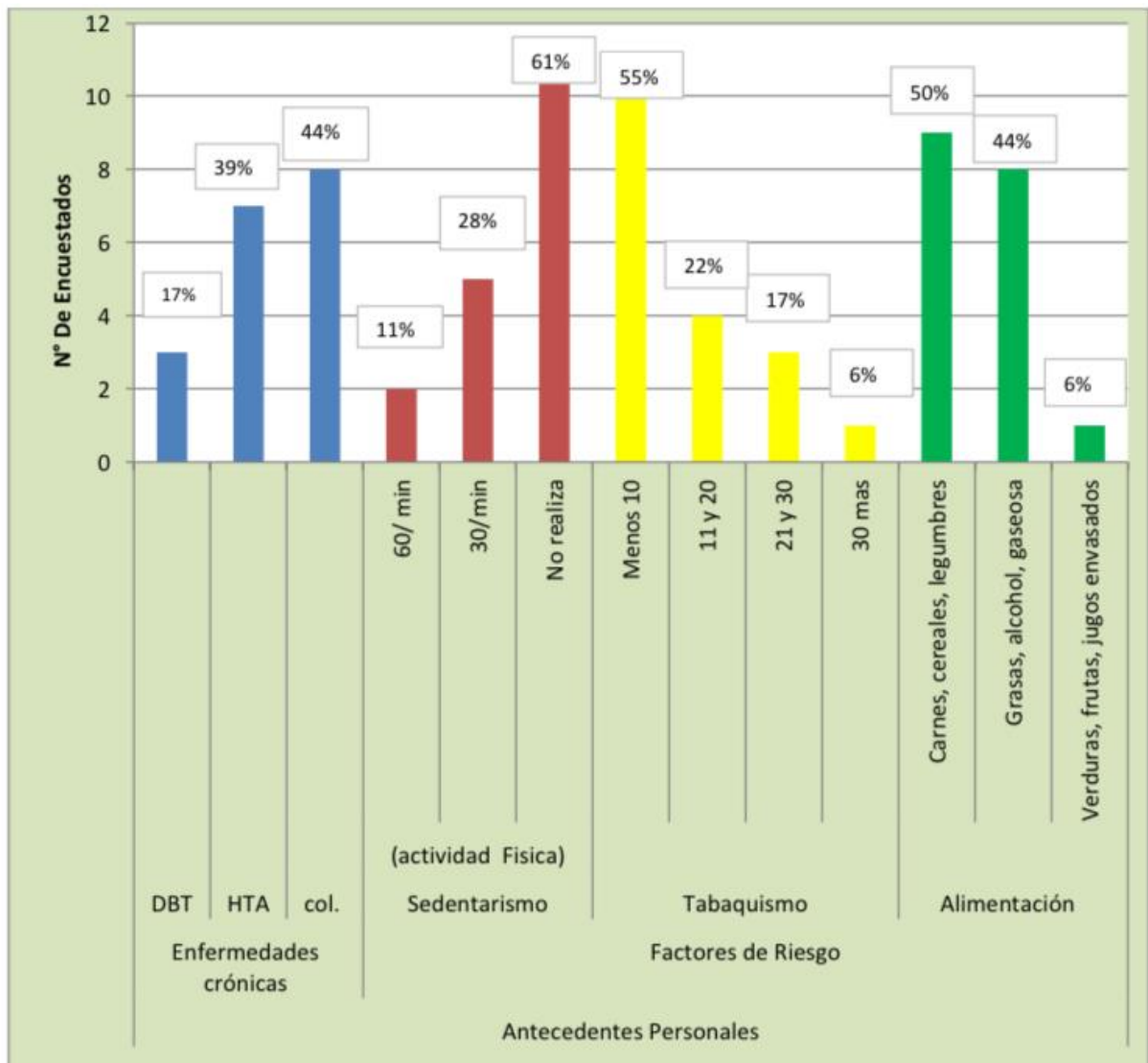
**Fuente:** Cuestionario

Al analizar el total de 18 pacientes que corresponde al 100% de la muestra en estudio.

En relación a la variable de *características personales*, en cuanto a la **edad** 10 pacientes que representan el 55%, tienen 50 años o más, mientras que con el 28% encontramos a 5 individuos entre 40 a 49 años; y de 25 a 39 años con 3 pacientes equivalente al 17%.

Con respecto al género, el 44% es representado por 8 personas femeninas y el 56% equivale a 10 pacientes masculino.

**Gráfico N°2:** Antecedentes personales de los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.



**Fuente:** Cuestionario

Al analizar el total de 18 pacientes que corresponde al 100% de la muestra en estudio.

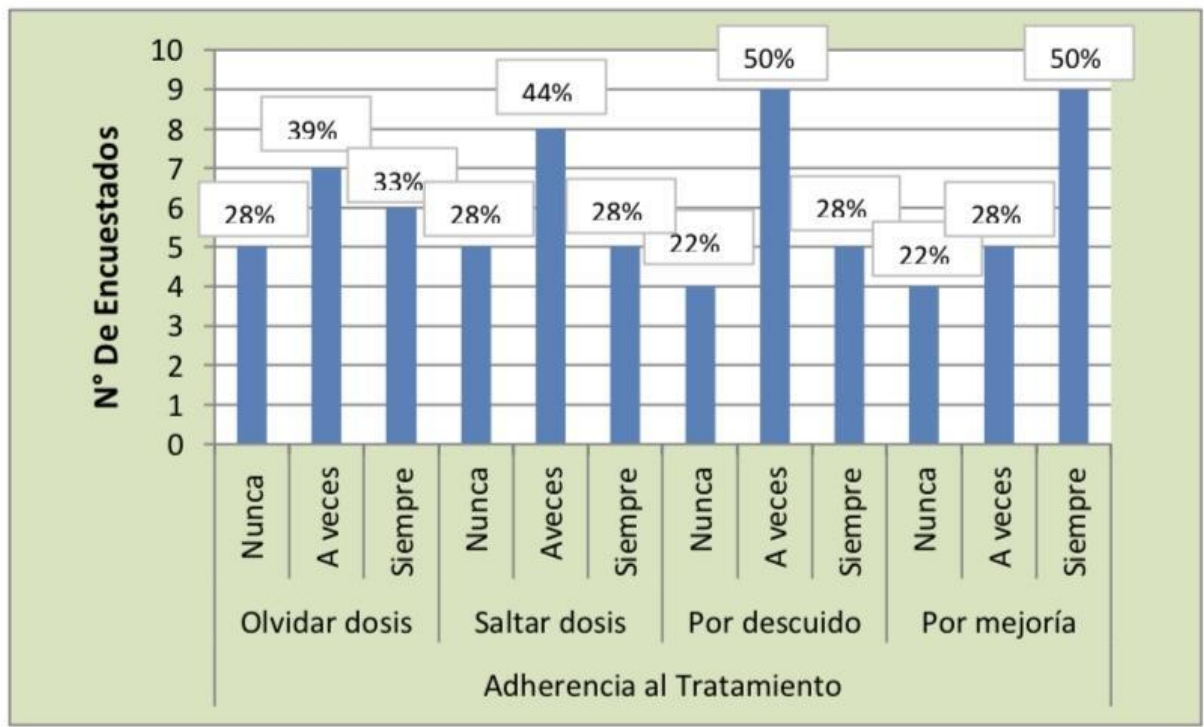
Con respecto a la variable de *antecedentes personales*, con relación a las *enfermedades crónicas* 3 pacientes tienen *Diabetes* representando el 17%, con el 28% ubicamos 7 pacientes con *Hipertensión Arterial* y 8 pacientes con *Colesterolemia* se expresa en el 55%.

Acercas de los factores de riesgo el *Sedentarismo* corresponde a 2 pacientes que representa al 11% que realiza actividad física durante 60 minutos, el 28% hace referencia a 5 individuos que lo hace de manera moderada por 30 minutos, y por último 11 personas presenta al 61% que *no realiza actividad*.

En relación a *Tabaquismo*, 1 paciente representa el 6 % que consume más de 30 cigarrillos diarios, 3 personas hacen referencia al 17 % refieren consumir de 21 a 30 cigarrillos, 4 individuos representando al 22% ingieren de 11 a 20, y por último 10 pacientes con el 55% que consume menos de 10 cigarrillos.

Por último, en referencia a la *Alimentación*, 1 paciente representa al 6% que consume verduras, frutas y jugos envasados, 8 individuos hace referencia al 44% que ingiere grasas alcohol y gaseosas, el 50% representa a 9 personas que consume la alimentación variada, carnes cereales y legumbres.

**Gráfico N° 3:** Adherencia al tratamiento de los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.



**Fuente:** Cuestionario

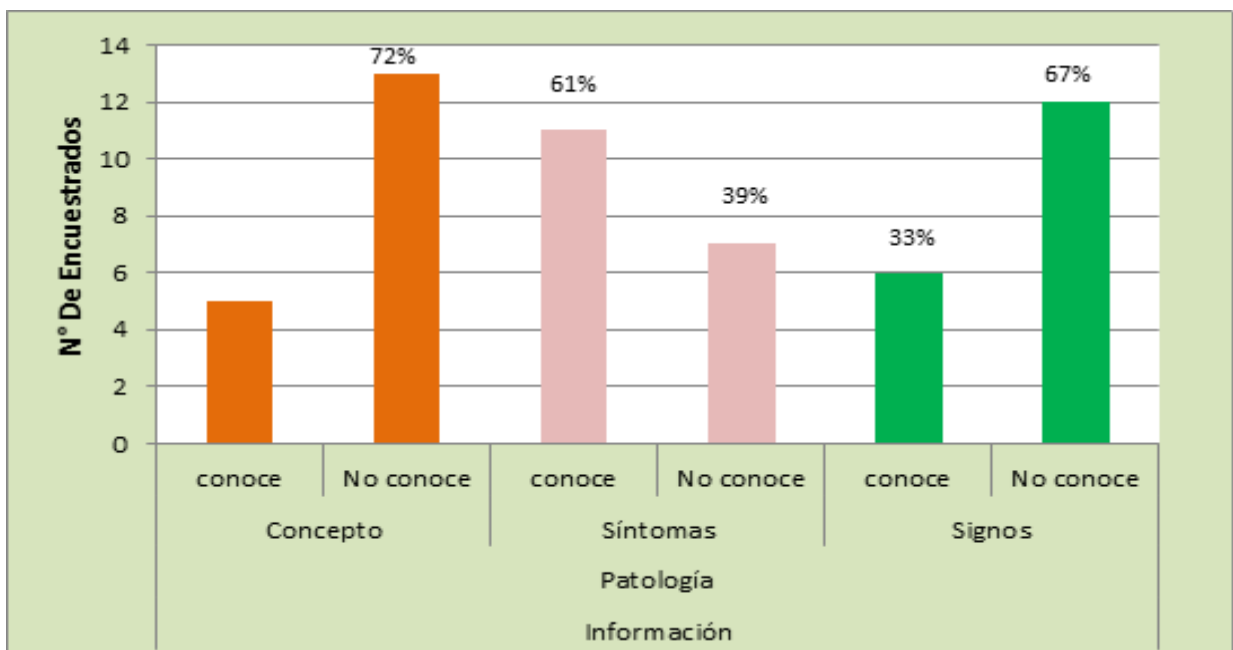
En relación a la variable de *Adherencia al tratamiento*, 5 pacientes que representan el 28 %, refieren no *Olvidar dosis*, 6 de ellos con el 33% manifiestan hacerlo siempre, y por último 7 pacientes que equivale al 39 % *olvidan dosis de su medicación a veces*.

Acercas sobre si *Saltan Dosis*, 5 personas representan el 28 % refieren no hacerlo, y con igual porcentaje hace referencia que siempre saltan dosis, y 8 individuos presenta el 44 % respondieron hacerlo *a veces*.

Con respecto a no tomar su medicación *Por descuido*, 4 personas representan el 22 % respondieron no hacerlo, 5 individuos que corresponden al 28 % *Siempre descuidan ingerir su medicación*, y por último el 50% representado con 9 pacientes que a veces adoptan este comportamiento.

En relación a la *omisión por mejoría*, 4 individuos que equivalen al 22 %, nunca lo hacen, 5 pacientes con el 28 % refieren a veces no consumir su medicación porque se sienten mejor, y 9 personas representando el 50 % siempre dejan de tomar sus fármacos ya que manifiestan que se sienten mejor.

**Gráfico N°4:** Información que poseen los pacientes pertenecientes al servicio de Unidad Coronaria Clínica Santa Clara San Juan 2024.



**Fuente:** Cuestionario

En relación a la variable de *Información de la patología*, en cuanto a concepto, conocen 5 pacientes representando el 35%, y 15 individuos que representa el 55 % no conocen.

Haciendo referencia a *Síntomas*, 7 individuos con el 39 % desconocen, y 11 de ellos equivalente al 61% identifican cuales son los síntomas de esta enfermedad.

En cuanto a los *Signos*, 6 pacientes representados por el 33% identifican cuales son, mientras que 12 individuos que representan el 67 % no conocen.

## **B. Limitaciones Sugeridas**

No surgieron limitaciones durante nuestro proyecto de investigación.

## CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

### A. Conclusiones

Analizando los resultados obtenidos en cuanto a la investigación sobre *Incidencia en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio, en una institución privada, San Juan 2024*.

Dando respuesta a los interrogantes planteados anteriormente, en lo que respecta a las Características Personales si influye la *edad* de los pacientes, ya que son adultos mayores de 50 años o más, con un nivel alto de sufrir Infartos Agudo de Miocardio; esto se debe a que la población ha cursado con cambios en el estilo de vida con el paso de las décadas, favoreciendo la aparición de Aterosclerosis, desde etapas tempranas hasta tardías y como consecuencia la aparición de eventos cardiovasculares.

En cuanto al *Género*, se observa que dicha patología se presenta más en los varones, quienes la padecen con más frecuencia que las mujeres, y ocurre así en prácticamente todos los países desarrollados lo que condiciona directamente que la mortalidad causada por la enfermedad cardíaca sea más habitual. Concluyendo que si influyen tanto edad como género.

En relación a los *Antecedentes Personales* si tiene relacion con la aparición del Infarto Agudo al Miocardio, se puede manifestar que predomina un índice mayor de paciente con problema de colesterol; este es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, teniendo el doble de posibilidades de sufrir un infarto miocardio.

Con respecto al *sedentarismo* es mayor el porcentaje de pacientes que no realiza actividad física. Hay estudios que sugieren que la falta de actividad es un importante factor de riesgo, ya que las personas inactivas tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad cardíaca.

En consideración al *tabaquismo*, la mayoría de los pacientes lo hacen en menor cantidad a la hora de consumir tabaco. El tabaquismo es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población.

En tanto a la *Alimentación* es mayor el porcentaje de pacientes que realiza una alimentación variada. El mal hábito de alimentación conlleva a la obesidad o sobrepeso, el exceso y el aumento de peso promueven la Hipertensión Arterial y un riesgo de sufrir Infarto Agudo al Miocardio.

Sobre la *adherencia al tratamiento* es mayor el nivel de pacientes que rara vez se olvida de tomar o saltar su dosis habitual, aunque algunas veces lo hacen ya sea por descuido o mejoría. Se utiliza el Test de Batalla, donde se analiza de forma multidimensional la falta de adherencia, por lo que permite individualizar las posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente.

Referente a la información, influyen en la incidencia de esta patología, la mayoría no conoce el concepto de infarto agudo de miocardio, aunque conocen sobre los síntomas de la patología, pero desconocen de sus signos.

Los pacientes no tienen el conocimiento necesario sobre la patología cuando experimentan por primera vez el IAM, durante sus días de internación se interiorizan o refieren conocer de sus síntomas, sobre todo aquellos que por segunda vez presentan un episodio.

## **B. Recomendaciones**

A partir de los resultados de esta investigación consideramos que desde nuestra labor como enfermeros se deberá organizar talleres para educar y brindar información sobre conductas preventivas, enfatizando en signos de alarma y factores de riesgo sobre infarto agudo de miocardio, que serán destinados a personas en contexto de internación y consultorios externos en la institución seleccionada.

Así también solicitaremos la participación del equipo interdisciplinario de Médicos Cardiólogos, Nutrición y Kinesiología para trabajar conjuntamente con la iniciativa de dichos talleres.

## CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A. Bibliografía

A. Fernández-Ortiz, LIBRO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS Y LA FUNDACION BBVA (2009) (pág. 642).

Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017;19(3)

Fernández-Ortiz. (2009). Que es el infarto agudo miocardio. En Fernández-Ortiz, LIBRO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS Y LA FUNDACION BBVA (pág. 259).

Hernández, D. Y. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 5.

Hernández, D. Y. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 4.

Mansilla, M. E. (2000).

Mercedes, L. F. (s.f.). “Concepto de Salud Enfermedad”.

Murrugat, A. S. (s.f.). Factores de Riesgo. En fbbva\_libroCorazon (pág. 104).

Navarra, C. U. (s.f.).

Puerta, I. N. (s.f.). El tabaco y los fumadores.

Santos, A. P. (2020). HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

Ciencia e Investigación 2016; 19(2): 95-101 Facultad de Farmacia y Bioquímica)

Concepto. (s.f.). <https://concepto.de/informacion/>.

CONAREC: El Consejo Argentino de Residentes de Cardiología. 2023

ELSEVIER. (s.f.). Adherencia y persistencia terapéutica. ELSEVIER 2023.

FAO. (2022). Vocabulario referido a género.

Fundaciondelcorazon.com. (s.f.). Tabaco y Tabaquismo. (2010)

<https://cardiavant.com/colesterol>. (s.f.). COLESTEROL: ¿POR QUÉ ES UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR? Cardiavant Canarias .

<https://www.mayoclinic.org>. (s.f.). Peligros Sobre la Hipertension:Efectos de la hipertension sobre tu cuerpo . MAYO CLINIC.

<https://www.patiadiabetes.com/>. (s.f.).

<https://www.patiadiabetes.com/> , 2017

<https://fundaciondelcorazon.com/2024>)

<https://www.patiadiabetes.com/> , 2017

<https://fundaciondelcorazon.com/2024>)

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén 2010

La Actividad Fisica y el Corazon. (s.f.). <https://www.nhlbi.nih.gov/>.2022

NHI, I. N. (s.f.). <https://www.cancer.gov/espanol>.

NIH National Library of Medicine. (s.f.). Actividad Fisica y comportamientos sedentarios. (s.f.). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.

OPS/OMS, O. P. (2023). SEXO Y GÉNERO. 4.

Panamericana, E. M. (s.f.). Concepto y epidemiología de la cronicidad. Gestión de la cronicidad y el paciente pluripatológicos, 1.

Pharmaceutica, A. (s.f.). Métodos para medir la adherencia terapéutica. 165 2018.

RAE Características Personales. (2023). RAE Real Academia Española.

[tps://www.paho.org/es/temas/diabetes](https://www.paho.org/es/temas/diabetes), 2023

UU, B. N. (27 de 4 de 2023). Medline Plus. Recuperado el 11 de 8 de 2024

Wikipedia. (s.f.). Test de Fagerstrom.

[www.cancer.gov](http://www.cancer.gov), N. (s.f.). [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov). Obtenido de [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov).

## B. ANEXOS

### Anexo I

#### *Solicitud de Autorización para recolección de datos*

San Juan, 14 de agosto del 2024

Supervisora de Enfermería Clínica Santa Clara

Lic. María Marín

S...../.....D

La que suscribe docente titular de la cátedra Investigación en Enfermería, Esp. Lic. María del Carmen Berón, en representación de los alumnos Gamboa Diego y Pérez Mathias, que se encuentran cursando el quinto año de la Lic. de Enfermería, perteneciente a la Universidad Católica de Cuyo, solicitan a usted y por su intermedio a quien corresponda, autorización para la recolección de datos sobre el tema “Incidencia en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio”, cuya tutoría estará a cargo del Lic. Domínguez Andrés.

Dicha investigación se realizará con fines curriculares, cumpliendo un requisito de la Asignatura, Taller de Investigación, para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería.

Se adjunta el instrumento para ser aplicado en la recolección de datos de la Investigación mencionada.

Esperando una respuesta favorable, Saluda Atte.

## **Anexo II**

### *Consentimiento Informado*

Sr/Sra. Entrevistado: se lo invitan a participar en la investigación del trabajo Final de Cátedra perteneciente a la asignatura de Tesina.

Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar las dudas que pueda tener al respecto.

Su participación es totalmente libre, voluntaria y anónima, le garantizamos que toda la información que proporcione será utilizada únicamente para los fines de esta investigación.

Todos los registros que se generan con la información que usted proporciona serán debidamente archivados en la Universidad Católica de Cuyo garantizando en anonimato.

La participación de esta investigación no implica ningún riesgo tanto en el ámbito personal como laboral.

¡Muchas Gracias!

-----

Firma del Entrevistado

**Anexo III:**

*Instrumento de recolección de datos*

**Marque con una X la respuesta que usted considere correcta**

**1) ¿Cuál es su Edad?**

25 - 39

40 - 49

50-64

**2) Tipo de genero**

femenino

masculino

**3) ¿Usted padece alguna Enfermedad?**

Diabetes

Hipertensión Arterial

Colesterol

**4) ¿Con que frecuencia olvida tomar su medicación?**

Nunca

A veces

Siempre

**5) ¿Con que frecuencia se salta una dosis de medicación antes de ir al médico?**

Nunca

A veces

Siempre

**6) ¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación cuando se encuentra mejor?**

Nunca

A veces

Siempre

**7) ¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación por descuido?**

Nunca

A veces

Siempre

**8) ¿Usted con qué frecuencia realiza actividad física?**

Moderado/ 30 min

Alta /60 min

Baja/ no realiza

**9) ¿Usted consume tabaco?**

SI  NO

**10. ¿Cuántos cigarrillos fuma por días?**

Menos de 10

Entre 11 y 20

Entre 21 y 30

Mas 30

**11. ¿Qué tipos de alimentos consume?**

Carnes ,cereales, legumbres

Grasas, alcohol , gaseosas

verduras, frutas, jugos envasado

**12. ¿Qué es para usted el infarto agudo de miocardio?**

Obstrucción de las arterias del corazón total y parcial

Obstrucción de las arterias del corazón total

Obstrucción del flujo sanguíneo del cerebro

**13. ¿Distingue cuáles son los síntomas?**

Dolor u opresión en el pecho, falta de aire, calambre en brazo izquierdo y mandíbula

Falta de aire, fiebre y calambre en brazo derecho

Fiebre, dolor abdominal y cefalea

**14. ¿Distingue los signos del Infarto?**

Hipotensión Arterial, Taquicardia, Disnea

Hipertensión Arterial, Bradicardia

Hipertermia, Hiperglucemia

