



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUISTEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL
AUTOCUIDADO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
DE LOS USUARIOS DE CONSULTORIO EXTERNO
DEL HOSPITAL NACIONAL DE ESSALUD-2013

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería

Falen Flores, Ricardo Ronald
Rodríguez Abanto, Doris Roxana

LIMA - PERÚ

2014

Falen Flores, Ricardo Ronald
Rodríguez Abanto, Doris Roxana

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL
AUTOCUIDADO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
DE LOS USUARIOS DE CONSULTORIO EXTERNO
DEL HOSPITAL NACIONAL DE ESSALUD-2013

Asesora: Lic. Kadi Ureta Soto.

Lima – Perú

2014

A Dios, a mi comunidad Hnas.
San Gerardo, quienes
depositaron su amor y confianza
en mí, animándome en mi
vocación día a día, a ellas mi
eterna gratitud.

A mis padres puesto que en todos estos años me han dado todo su apoyo y confianza para poder culminar mi carrera exitosamente.

AGRADECIMIENTOS

A Jesús nuestro maestro, amigo y guía, a nuestra madre la virgen María, por habernos dado la sabiduría y la fortaleza para culminar esta humilde profesión de servicio a los demás; así como también a mis hermanas de comunidad por su apoyo, paciencia y confianza.

Con cariño y gratitud a nuestra madre Directora, personal docente y administrativo de la E.E.P.L.T, quienes hicieron posible la culminación satisfactoria de nuestra formación profesional.

A las autoridades y el personal de enfermería del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación.

A nuestra asesora de tesis, Lic. kadi Ureta por su apoyo incondicional, confianza y por su valiosa asesoría en la realización de nuestro trabajo de investigación.

INDICE

RESUMEN.....	5
SUMMARY	6
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1:PROBLEMA.....	6
1.1 Planteamiento del Problema	6
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Objetivos	10
1.3.1 General.....	10
1.3.2 Específicos	10
1.4 Justificación del Estudio	10
1.5 Limitación del Estudio	11
CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO	12
2.1 Antecedentes internacionales	12
2.2 Antecedentes nacionales	13
2.3 Base Teórica	15
2.4 Definición de términos.....	31
2.5 Hipótesis.....	32
2.6 Operacionalización de variables (Anexo I).....	32
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	33
3.1 Tipo de investigación.....	33
3.2 Diseño de la investigación.....	33
3.3 Lugar de ejecución de la investigación	34
3.4 Universo, selección, muestra y unidad de análisis.....	35
3.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	35
3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	36
3.7 Procedimientos de Recolección de Datos.....	37
3.8 Aspectos éticos	37
3.8 Análisis de Datos.....	38
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1 Resultados.....	39
4.2 Discusión.....	46
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
5.1 Conclusiones.....	57
5.2 Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	65

RESUMEN

Introducción: Una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes es el Infarto de Miocardio Agudo (IMA), siendo además la manifestación inicial de la enfermedad en alrededor de los pacientes coronarios, no solo es una enfermedad frecuente, sino altamente letal, cuya mortalidad durante la fase aguda se ha estimado entre 20 y 50%⁴. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio de los usuarios de consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara - La Victoria. **Metodología:** estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conforma por 108 usuarios y una muestra aleatoria simple de 77 usuarios, a quienes se les aplico los cuestionarios, previo consentimiento informado. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario de 23 preguntas de conocimiento y 19 de práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio, instrumentos que fueron sometidos a la validez interna y de contenido dando como resultado un valor p de 0.001 y un K-R= 0.82 y Alfa= 0.83 respectivamente. Para contrastar la hipótesis se aplicó la prueba chi - cuadrado. **Resultados:** Se evidencia que el conocimiento de los usuarios post infarto es de nivel medio con un porcentaje de 60% y con una práctica adecuada de 53%. Y una correlación de χ^2 es 0.9, este es menor que el valor crítico para un nivel de significancia de 0.05 = 5.99^{xii} para gl = 2 con intervalo de confianza del 95%, por tanto se aceptó la hipótesis nula. **Conclusiones:** No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica sobre autocuidado post infarto agudo de miocardio en los usuarios de consultorio externo.

Palabras clave: Conocimiento, Práctica, Infarto Agudo de Miocardio, Autocuidado

SUMMARY

Introduction: One of the most common cardiovascular disease is the Acute Myocardial Infarction (AMI), along with the initial manifestation of the disease in about coronary patients is not only a common disease, but highly lethal with mortality during the acute has been estimated between 20 and 50%⁴. **Objective:**

To determine the relationship between the level of knowledge and practice about the self-care post infarction acute myocardial of users of external clinic office of cardiology at the National Hospital Guillermo Almenara - La Victoria.

Methodology: quantitative study, descriptive correlational design, cross-sectional study. The population was made up of 108 users and a simple random sample of 77 users, who were applied questionnaires, prior informed consent.

The interview was used as a technique for data collection and as an instrument a questionnaire of 23 questions of knowledge and 19 of practice on self-post-acute myocardial infarction, instruments that were subject to internal validity and content resulting in a value of 0.001 p and a k-r = 0.82 and alpha = 0.83, respectively. To test the hypothesis, the test was applied chi - square. The

results: There is evidence that the knowledge of the users post infarction is level medium with a percentage of 60% and a good practice of 53%. And a correlation of chi² is 0.9, this is less than the critical value for a level of significance of 0.05 = 5.99 for Gael = 2 with 95% confidence interval, therefore the null; hypothesis is accepted. **Conclusions:** There is no significant relationship between knowledge and practice self-care post-acute myocardial infarction in the users of external clinic office.

Keywords: Knowledge, Practice, Acute Myocardial Infarction, self-care

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación Nivel de Conocimiento y Práctica sobre autocuidado post infarto agudo de miocardio de los usuarios de consultorio externo del hospital Guillermo Almenara Irigoyen-2013, se encuentra comprendida en la cuarta línea de investigación de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, este Lineamiento trata acerca del Medio Ambiente y Salud del adulto y adulto mayor; en el inciso “d” y “g” nos habla acerca de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones así como también sobre el autocuidado.

Desde una perspectiva a nivel mundial, la tasa de natalidad ha disminuido, aumentando la expectativa de vida y por lo tanto favoreciendo en el envejecimiento de la población, pero en muchos casos no se trabaja acerca de la prevención y promoción de la salud; el aumento de la expectativa de vida que lleva a un aumento de problemas crónicos que afectan ya sea a países “desarrollados” así como los “subdesarrollados”, siendo desfavorables a familias con bajos recursos económicos, por diferentes causas, factores pre-natales, baja escolaridad, desempleo, condiciones laborales de riesgo, limitado acceso a servicios de salud y los elevados costos del tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta patología con el paso de los años tomará características de "epidemia" en todos los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando día a día no sólo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y el consiguiente aumento de los costos para los sistemas de salud.²⁶

Conociendo esta información, y la relevancia que tiene para el paciente, su familia y la sociedad, no podemos quedarnos sólo en el conocimiento de estos datos sin buscar estrategias y realizar investigaciones que ayuden a reducir la morbi-mortalidad de esta importante población, tomado en cuenta la importancia de una entidad tan prevalente, se han desarrollado algunas estrategias como son las clínicas de falla cardiaca constituidas por profesionales de la salud cuyos intereses son la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la paliación de las manifestaciones de la falla cardiaca que han demostrado ser exitosas en diferentes países, para posteriormente adoptar estrategias promocionar la salud a través de acciones preventivas como la educación sanitaria la intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad siendo específico y eficaz, facilitando el aprendizaje mediante la selección de métodos y técnicas de enseñanza más apropiadas para satisfacer las necesidades individuales del paciente.²

Las enfermedades cardiovasculares son un grave problema de salud pública por lo que se hace necesario la educación y orientación a la población con fines preventivos, cambiando los malos hábitos de vida y motivando al cambio hacia estilos de vida saludables, estas enfermedades son controlables, si el trabajo es realizado en conjunto por los profesionales de la salud que son los guías y los encargados para educar, asistir y en consecuencia, contribuir a la reducción de las enfermedades cardiovasculares y su manejo, pero esto no sería suficiente sin el apoyo del propio usuario e incluso de la familia. La mejor estrategia de prevención y tratamiento para las enfermedades crónicas es la incorporación de conductas saludables,

Uno de los mayores retos que afrontan los profesionales de enfermería es lograr la satisfacción de las necesidades de educación del paciente, es por ello que se muestran más sensibles y conscientes en su papel como educadores. Todo contacto de la enfermera con el paciente debe ser considerado una oportunidad para brindar instrucción y enseñanza. Siendo el propósito del estudio propiciar el auto cuidado para mejorar la calidad de vida y reducir costos económicos a través de la instauración de un programa de enseñanza y seguimiento permanente sobre el auto cuidado en la prevención de complicaciones post infarto de miocardio a través de sesiones educativas con estrategias metodológicas para adultos y visitas domiciliarias reduciendo los casos de morbimortalidad.

Por último, esta línea de investigación aborda factores medio-ambientales, sociales y personales que causarán predisposición en el proceso salud- enfermedad en lo personal y familiar, influenciando en las prácticas de autocuidado donde el nivel educativo resulta ser muy importante, así mismo se promueven estudios que ayudarán en la adaptación al proceso salud-enfermedad y la motivación a cambios en estilos de vida saludable en un entorno personal, familiar y sociedad con la finalidad de favorecer el bienestar físico y psicosocial.

El trabajo de investigación está integrado de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se realiza una breve introducción, el planteamiento, y formulación del problema, objetivos justificación y limitaciones en la investigación.

En el segundo capítulo, se encuentra el marco teórico, sustentado en las investigaciones previas tanto internacionales y nacionales, base teórica

definición de términos básicos así como también la hipótesis general y específica finalizando con la operacionalización de las variables.

En el tercer capítulo, se describe la metodología utilizada de acuerdo al tipo y diseño, el área de estudio, la población y muestra, se detalla el proceso de recolección de datos y las técnicas de instrumentos utilizados para el mismo, considerando también los aspectos éticos y análisis de datos.

En el cuarto capítulo, se describe los resultados, la discusión; el análisis e interpretación de los datos.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones sobre el trabajo de investigación finalizando con las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO 1:PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad son factores que contribuyen para que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. En el 2011, el número de fumadores en el mundo asciende a 1.300 millones de personas, 600 millones padecen hipertensión arterial y 220 millones están viviendo con diabetes, lo cual expone a más de 2 mil millones de individuos al riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, una enfermedad cerebro vascular o un problema de salud relacionado con estas enfermedades.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta patología con el paso de los años tomará características de "epidemia" en todos los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando día a día no sólo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y el consiguiente aumento de los costos para los sistemas de salud.²

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en los países subdesarrollados y desarrollados y constituyen un problema de interés sanitario debido a su alta incidencia mundial. Un 30% de todas las muertes que se producen en el mundo cada año son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de

ingresos bajos y medianos. La enfermedad cerebro vascular, que es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad adquirida en el mundo, ocasionó 5,7 millones de muertes, 85% de ellas en los países en desarrollo.¹

En el 2007 en América ocurrieron 1.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares (30% de los fallecidos por todas las causas), de los cuales 662.011 tuvieron una cardiopatía isquémica (299.415 mujeres y 362.596 hombres) y 336.809, una enfermedad cerebro vascular (183.689 mujeres y 153.120 hombres). Esta situación es muy compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, y porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias y los sistemas de salud. La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebro vascular y el 49% de la cardiopatía isquémica.

En el 2011 informan que la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de hipertensión arterial, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma. Dado el perfil epidemiológico de la Región, se ha estimado que el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (por ejemplo, Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25 y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).¹

En el Perú la mortalidad por enfermedades no transmisibles está encabezada por las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neoplasias, el 60% de la carga de enfermedad en el Perú se atribuye a este grupo de enfermedades ocupando los primeros lugares el abuso y dependencia de alcohol, depresión unipolar, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y de cuello uterino.³

Una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes es el Infarto agudo de Miocardio (IMA), siendo además la manifestación inicial de la enfermedad en alrededor de los pacientes coronarios, no solo es una enfermedad frecuente, sino altamente letal, cuya mortalidad durante la fase aguda se ha estimado entre 20 y 50%⁴, en una proporción considerable de casos, el infarto pasa clínicamente inadvertido, en tales casos la supervivencia a mediano plazo se halla también reducida.

Una de las formas para el control y manejo de IMA es lograr la aceptación y participación de los pacientes en los programas de rehabilitación cardiaca y esto solo lo podemos conseguir mediante un programa de consejería personalizada a los pacientes post IMA, teniendo en cuenta que una de las barreras que enfrenta el profesional de salud es el cómo lograr maximizar el cumplimiento del tratamiento terapéutico, para asegurar en estos pacientes condiciones físicas, mentales y sociales optimas; ocupar nuevamente un lugar tan normal como sea posible dentro de la sociedad para tener una vida activa y productiva.

El personal de enfermería debe reconocer oportunamente los factores de riesgos que predispone a los pacientes a una recaída e identificar cuáles son las actividades que el paciente realiza frente a su enfermedad y de acuerdo a esto poder tomar las medidas para mejorar su salud y autocuidado. La identificación oportuna de la falta de conocimientos e inadecuados cuidados puede disminuir las complicaciones y evitar recaídas e incluso la muerte.

Durante la realización de las prácticas pre profesionales por diferentes centros hospitalarios se pudo identificar que muchos pacientes con problemas cardiacos ingresaban por emergencia debido a re infarto a consecuencia de consumo de sustancias nocivas, hábitos alimentarios y sedentarismo.

1.2 *Formulación del problema*

Por consiguiente se planteó la siguiente interrogante.

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica sobre el Auto cuidado post infarto agudo de miocardio de los Usuarios de Consultorio Externo de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-2013?

1.3 *Objetivos*

1.3.1 General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio de los Usuarios de consultorio externo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-2013.

1.3.2 Específicos

- Identificar las características personales de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio.
- Identificar el conocimiento de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio.
- Identificar la práctica de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio.

1.4 *Justificación del Estudio*

Las enfermedades cardiovasculares son un grave problema de salud pública por lo que se hace necesario identificar los conocimientos y las prácticas de autocuidado que presentan las personas con afecciones cardiológicas

Con los resultados obtenidos se tienen datos actualizados los que se darán a conocer a los directivos del Hospital en donde se ha realizado el estudio, a fin de que adopten las estrategias que consideren pertinentes, con el

personal de salud mediante capacitaciones, para que continúen desarrollando programas educativos dirigidos a los usuarios post infarto agudo de miocardio quienes aprenderán a mejorar su autocuidado y calidad de vida.

1.5 Limitación del Estudio

El trabajo de investigación tuvo como limitación la escasa existencia de estudios previos e información actualizada sobre el tema a investigar.

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

2.1 *Antecedentes internacionales*

Gonzales, B. Lipón, J. (2009) “Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca en una unidad de insuficiencia cardiaca de España”. Estudio transversal aplicado a 335 pacientes en donde se analizó si el auto cuidado se relacionaba con la edad, sexo, la etiología y el tiempo de seguimiento en la unidad previamente habían evaluado algunos aspectos del conocimiento y comportamiento de los pacientes utilizando un cuestionario propio, observando así como otros autores que el autocuidado de sus pacientes necesitaban mejorarse. La puntuación en la escala es de 12 a 60, y los valores inferiores son los que indican un mejor autocuidado de seguimiento en la unidad. se ha demostrado un mayor grado de autocuidado en los pacientes con mayor tiempo de seguimiento en la unidad, probablemente debido al esfuerzo educativo de enfermería las puntuaciones más altas, que indican peor grado de autocuidado, fueron obtenidas por los pacientes evaluados en la primera visita a la unidad , mientras que la más bajas fueron obtenidas por los pacientes evaluados a los 15 meses de seguimiento hallaron, diferencias en el grado de autocuidado en relación con la edad, sexo, y etiología de la insuficiencia cardiaca.⁵

Vargas, R. Montalvo, O. realizaron un estudio en el año 2006 “Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto agudo de miocardio”. Tuvo como objetivo evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto agudo de miocardio del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Según cifras del DANE, en Colombia murieron de infarto de miocardio en el año 2005, 24.081 personas, de

las cuales el 56.22% correspondieron al sexo masculino y 43.78% al sexo femenino. Este comportamiento es muy similar en la ciudad de Cúcuta donde se presentaron en el mismo año 274 muertes de las cuales el 63.13% corresponden a personas de sexo masculino viéndose así el grupo más afectado corresponde a mayores de 65 años con un 73.35%, donde se puede evidenciar la importancia que tiene esta entidad a nivel regional, nacional e internacional.

De allí surge la inquietud de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto agudo de miocardio, debido a que estos no siempre recuperan la capacidad para mantener un autocuidado eficaz, y así de esta manera satisfacer sus necesidades físicas, biológicas y psíquicas, por lo cual pueden presentar distintos niveles de dependencia de los profesionales de la salud, cuidadores informales y hasta de su propia familia, convirtiéndose en una carga para ellos, generando en los pacientes estados de depresión, ansiedad y tristeza. Teniendo en cuenta que todos estos sentimientos son perjudiciales en la recuperación y a la vez, convirtiéndose en nuevos factores de riesgo tanto para la presentación de un nuevo infarto que esta vez podría llegar a ser fatal o limitar gravemente las actividades de la vida diaria del paciente en tal grado que se pueda ver afectada en su salud mental debido a estado de depresión en el cual pueda caer el paciente. ⁶

2.2 Antecedentes nacionales

Rivera, G. realizaron en el año 2009 un estudio “Características demográficas y prácticas de autocuidado en pacientes post infartados del programa de rehabilitación, Hospital Dos de Mayo”. El presente estudio de investigación tiene como objetivo principal determinar las características

demográficas y prácticas de autocuidado en pacientes con recaída de infarto del miocardio agudo (IMA). El estudio fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Y se realizó en el programa de rehabilitación Hospital Dos de Mayo, en 25 pacientes comprendidos entre cuarenta años y mayores de 60. Para la recolección de datos utilizaron como instrumento el cuestionario y como técnica la encuesta, los resultados fueron los siguientes: el 72% de los pacientes con recaídas de infarto del miocardio agudo realizan prácticas de autocuidado adecuados. Las principales conclusiones fueron, las características demográficas de la mayoría de los pacientes con recaídas de IMA son adultos maduros de sexo masculino, instrucción secundaria y tiene trabajo independiente. Las prácticas de autocuidado, según hábitos alimentarios y ejercicios en su mayoría son inadecuadas por lo que se acepta la hipótesis.⁷

Flores, D. en un estudio realizado en el año 2008 “Conocimiento que tiene el paciente con infarto agudo de miocardio acerca de su autocuidado en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati – 2007”. En el estudio se observa que hay un aumento de pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio, el interés por realizar esta investigación fue: “¿Qué conocimientos tiene el paciente con IMA acerca de su autocuidado?” siendo los objetivos: Determinar los conocimientos que tiene el paciente con infarto agudo de miocardio acerca de su autocuidado, caracterizar al paciente según su edad, sexo, grado de instrucción e identificar los conocimientos que tienen los pacientes de IMA acerca de su autocuidado, llegando a la siguiente conclusión: los pacientes tienen un nivel de conocimiento medio alto lo que es favorable para su autocuidado.⁸

2.3 Base Teórica

Para que el individuo pueda trazarse estrategias para el cambio, primero tiene que conocer y luego tiene que estar motivado, el elemento cognoscitivo, afectivo y práctico nunca puede desvincularse para la toma de decisiones. Si el sujeto no tiene una adecuada percepción de cómo cuidar su salud, difícilmente podrá sentir la necesidad de hacerlo y si no tiene las herramientas del cómo lograr, el objetivo no podrá alcanzarse.⁹ Es recomendable que el profesional de enfermería en el proceso del cuidado de las personas con enfermedades crónicas, las motive a participar activamente de las decisiones sobre el manejo de su enfermedad. Si bien es cierto una de las funciones de la enfermera es la de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en las diferentes etapas de la vida de las personas, también cumple un rol educativo-informativo para que el paciente tenga la suficiente información sobre la enfermedad. Si aún no está enfermo o riesgo a recaída, sin información suficiente no pueden plantearse cambios hacia el auto-cuidado.

Por lo que se trata de trasladar a los pacientes la responsabilidad de decidir activamente sobre los comportamientos que afectan su salud. Por consiguiente, la función de la enfermera es facilitar y asesorar (no dirigir). Es importante poner en perspectiva: el paciente opta por seguir una serie de medidas y si no sigue las instrucciones del profesional de enfermería no debe ser visto como desobediencia sino como parte de su decisión, el profesional de enfermería debe tener cuidado en no asumir de forma negativa esta decisión.

2.3.1 Conocimiento

Sabiendo que el conocimiento es capaz de movilizar la conducta a la fundamentación personal de lo conocido, a la crítica, a la elaboración creativa

de sus contenidos, trascendiendo la simple actualización y reproducción de lo conocido, podemos asegurar que comienza a expresar tendencias activas de la personalidad, sustentadas por su sistema de necesidades y motivos, explorando sus conocimientos adquiridos. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje, que van muy de la mano con la acción conocida como la práctica donde muchos de los conocimientos formales e informales son aplicados.⁹

Por consiguiente es el resultado de la asimilación de una información por una persona de acuerdo con sus circunstancias particulares, educación, experiencias previas, capacidad de interpretación y comprensión, etc. La asimilación de esta información provoca un enriquecimiento de su "saber hacer" y produce una mejora en su proceso de toma de decisiones. Este proceso ocurre en la mente de los conocedores y es distinto para cada persona.¹⁰ Es conjunto integrado de información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal, determina en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.¹¹ En ellos que finalmente se ven reflejados en sus acciones o también conocidas como prácticas.

Según Mario Bunge define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos enunciados que pueden ser claros precisos y ordenados, vago e inexacto; en base a ello lo clasifica en: conocimiento científico el cual lo

identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, como conocimiento vulgar, vago, inexacto limitado a la observación. ¹²

2.3.2 Práctica

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos y cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado que se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas. Estas últimas se deben mucho a la información adquirida por fuentes fidedignas que aportan o contribuyen de manera muy significativa en las buenas prácticas de la salud. ¹³

Las buenas prácticas para la salud consistirá en conocer su enfermedad, aprender y sobretodo practicar las técnicas necesarias para el alivio y control de la misma esto logra reducir las complicaciones de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. Hasta hace tres o cuatro décadas se recomendaba reposo de tres semanas a los pacientes que se recuperaban de un infarto de miocardio para favorecer la cicatrización. Años después se fue demostrando que el reposo producía efectos deletéreos, por lo que actualmente se comienza la Rehabilitación Cardiovascular en forma precoz, ya en la unidad coronaria, lo que favorece el alta, de no surgir complicaciones, en un plazo mucho menor. ¹⁴

2.3.3. Autocuidado

Son las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de personas y familias a través de las cuáles se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas, y si existe la enfermedad se previene recaídas o se logra la recuperación con estilos de vida saludables que logren la nueva reinserción del individuo a su entorno en los modelos de atención integral el auto cuidado constituye un recurso básico para el trabajo de la enfermería y al aplicarlo en paciente o usuarios es necesario tomar en cuenta las condiciones en las que vive la persona, la familia y la comunidad. ¹⁵

Los expertos han identificado tres aspectos donde el auto-cuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

Nuevos hábitos: que son los que se dan en como estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.

Conductas de mantenimiento: conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana o programas educativos de consejerías. La enfermera puede fortalecer y dar seguimiento a estas conductas cuando las haya identificado en los usuarios.

Educación para el Autocuidado

- Los usuarios controlan el proceso de toma de decisión
- Se definen estrategias individualizadas para lograr los cambios de conducta (el sistemas de salud es considerado un recursos que se adapta a las necesidades de los usuarios)
- Se estimulan la independencia y la iniciativa, con una progresiva transferencia de habilidades hacia los usuarios y sus familias.

2.3.4 Infarto de Miocardio

El infarto agudo de miocardio (frecuentemente abreviado como IAM o IMA y conocido en el lenguaje coloquial como ataque al corazón, ataque cardíaco o infarto) hace referencia a un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón (agudo significa súbito, mio músculo y cardio corazón), producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable.

La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia (falta de oxígeno en un tejido) se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir, el infarto.

El infarto de miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. La facilidad de producir arritmias, fundamentalmente la fibrilación ventricular, es la causa más frecuente de muerte en el infarto agudo de miocardio en los primeros minutos.

Las arterias coronarias se pueden estrechar por distintas causas, las más comunes son un coágulo de sangre y la aterosclerosis (depósito e infiltración de grasas en las paredes de las arterias).¹⁶

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo en la aparición un infarto de miocardio se fundamenta en los factores de la arterioesclerosis, como son:

- Hipertensión arterial
- Edad (varones por encima de 40 años y mujeres post menopaúsicas)
- Sexo masculino
- Tabaquismo
- Hipercolesterolemia, más específico niveles elevados de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y niveles bajos de la lipoproteína de alta densidad (HDL).
- Diabetes Mellitus, con o sin resistencia a la insulina.
- Sedentarismo, Edad avanzada, etc.
- Homocisteinemia, una elevación sanguínea de homocisteína, un aminoácido tóxico que se eleva con bajos niveles o insuficiente ingesta de vitamina B₂, B₆, B₁₂ y ácido fólico.
- Obesidad, definido como un índice de masa corporal mayor de 30kg/m² la circunferencia abdominal o por el índice cintura/cadera.

Muchos de los factores de riesgo cardiacos son modificables, de modo que muchos ataques del corazón, pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida más saludable. Se sabe también que la inflamación es un paso importante en el proceso de formación de una placa aterosclerótica; la

proteína C reactiva es un marcador sensible aunque no específico de la inflamación, por esta razón una elevación sanguínea de la proteína C reactiva puede predecir el riesgo de un infarto, ACV y el desarrollo de la diabetes.¹⁷

Síntomas

En la mayoría de ocasiones no se presentan todos los síntomas, sino una combinación variable de algunos de ellos:

Habitualmente dolor tipo peso en la zona del esternón que no se modifica con los movimientos ni con la respiración, bastante intenso y en ocasiones se irradia hacia mandíbula, cuello y espalda, brazo izquierdo, y en algunos casos brazo derecho, se puede asociar a sudor frío y mareo.

Otras veces se manifiesta con dolor en la parte alta del abdomen, dificultad para respirar, ganas de vomitar y pérdida de conocimiento.

Consecuencias de un infarto agudo de miocardio

Si el infarto agudo de miocardio es muy extenso, es posible sufrir de por vida insuficiencia cardiaca, a veces con congestión pulmonar y si el infarto agudo de miocardio es de pequeña extensión, se puede llevar una vida normal, eso sí, controlando los factores de riesgo para evitar un nuevo infarto. En algunas personas pueden aparecer arritmias ventriculares o bloqueos del corazón que por lo general pueden ser controlados con el uso de dispositivos especiales: desfibrilador, marcapasos. Suelen aparecer en el ingreso hospitalario y, una vez superados, el pronóstico ya no depende de haber presentado dichas complicaciones.

En otras ocasiones, el paciente puede padecer una angina inestable que suele ser signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte

súbita. La angina inestable se desencadena igual que el infarto, pero en este caso no existe una oclusión completa de la arteria coronaria por el trombo y no se ha llegado a producir muerte de células cardíacas. Se manifiesta en reposo por un dolor u opresión que empieza en el centro del pecho y puede extenderse a brazos, cuello, mandíbula y espalda. Es decir, los síntomas son iguales a los del infarto, aunque generalmente de menor duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un infarto, una arritmia grave o muerte súbita.¹⁸

Cuando esta patología es tratada y no se presentan complicaciones el paciente muchas veces ingresa al programa de rehabilitación que incluye un aspecto de prevención secundaria para que el propio paciente controle los llamados factores de riesgo (colesterol, hipertensión, dietas nocivas para el corazón...) y que aprenda hábitos de vida positivos que harán más difícil una recaída, pero posiblemente el aspecto más importante de un programa de rehabilitación cardíaca sea el entrenamiento físico, debe ser individualizado para cada paciente y tiene que alcanzar la llamada frecuencia cardíaca de entrenamiento, que se determina según el resultado de la ergometría o prueba de esfuerzo. Si el paciente es de alto riesgo o su estado de salud lo aconseja, debe realizar su rehabilitación cardíaca en un centro médico. Aquellos que tienen un bajo riesgo pueden realizarlo fuera del hospital.¹⁹

El ejercicio físico mejora los músculos, dando más energía hará sentirse mejor emocionalmente al paciente, ayudando a su corazón y dando más fuerza a su cuerpo. El ejercicio también le permite regresar al trabajo y otras actividades lo más pronto;²⁰ así mismo otros beneficios de la actividad física progresiva mejora la función endotelial, los segmentos isquémico, umbral de

isquemia; así como aumentar la circulación colateral; disminuye el consumo miocardio de oxígeno, disminuye la incidencia del ángor, detiene la progresión de la enfermedad; tiene efecto antitrombótico, aumenta el tono vagal; disminuye la liberación de catecolaminas; efecto antiarrítmico, aumenta el umbral de FV. Ayuda a combatir el tabaquismo, modifica el sedentarismo, favorece la reinserción laboral precoz, mejora la relación socio familiar y sexual, mejora la actividad productiva y mejora la calidad de vida. ²¹

Se recomienda la práctica regular de ejercicio de intensidad moderada (ejercicio aeróbico) caminar, marchar, nadar, bailar, montar bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana.

Precauciones que deben tener en cuenta:

- Nunca se debe iniciar la actividad física sin haber consultado a un especialista sobre los ejercicios más adecuados y a qué intensidad practicarlos.
- No comenzar un deporte sin haber tenido un entrenamiento físico previo.
- La actividad debe hacerse de forma progresiva. Evitando esforzarse demasiado, que No se obtendrá ningún beneficio y puede llegar a ser peligroso.
- De nada sirve ejercitarse si no se tiene una dieta saludable, una adecuada medicación y se controla el peso.
- Tras el primer mes, el médico podría autorizar correr, practicar natación y bicicleta estática, siempre con la frecuencia cardiaca bajo vigilancia. ²²

En muchas personas portadoras de prótesis valvulares cardiacas es normal que se les prescriba anticoagulantes. En dichos casos, el único problema que hay para practicar ejercicio físico es que, en caso de accidente, al

estar anti coagulados podrían tener un mayor sangrado o, incluso, hemorragias de mayor cuantía. Por lo tanto, lo que se debe hacer en caso de que se esté anti coagulado es evitar los deportes de competición o los muy intensos, que es donde se producen la mayor parte de accidentes y, siempre antes de realizar cualquier tipo de deporte o ejercicio físico, consultar al médico, que, teniendo en cuenta su enfermedad y el grado de anticoagulación a que está sometido, es quien sabe si puede realizar ese tipo de deporte.²³

Así mismo la Adherencia al tratamiento orientada al horario y orden de cada medicamento (Antiagregantes plaquetario, analgésicos y Digitálicos), prevención de agudizaciones, usando correctamente los medicamentos; acudiendo a los controles médicos periódicos; y evitando la automedicación, son aspectos muy importantes, nunca se debe suspender los medicamentos Antiagregantes antes de cumplir un año del infarto. Estos es especialmente importante si colocaron un stent en las arterias coronarias. Algunos stents tardan mucho en cicatrizar porque obtienen un medicamento anti proliferativo para evitar que se vuelvan a estrechar y en estos casos es especialmente importante no dejar de tomar las pastillas.

Si se llegara a realizar algún tratamiento quirúrgico antes de este periodo, se deberá hacerlo sin suspender los medicamentos puesto que cumplen muchas funciones tales como:

- Favorecer una buena cicatrización del infarto y tratar según el caso la presión arterial y la isquemia. Estos pertenecen a un grupo conocido como betabloqueantes (varios ejemplos: Emconcor, Lobivón, Coropres, Atenolol o Tenormin. También puede tener bloqueantes del sistema renina-angiotensina (ejemplos: enalapril, ramipril, valsartán).
- Para frenar la progresión de la arterioesclerosis una forma eficaz de

lograrlo es bajar el colesterol a niveles inferiores a la normalidad. Es difícil que esto se consiga solo con dieta y tenemos datos de muchos estudios que apuntan un beneficio claro de un grupo de fármacos para el colesterol que conocemos por "estatinas". El objetivo a perseguir después de un infarto es que la fracción mala del colesterol ("LDL") esté por debajo de 70 mg/dl.

- La presión arterial debe estar muy bien controlada, con cifras de presión máxima inferior a 130 mm Hg.
- El azúcar también debe controlarse con dieta, ejercicio y medicación específica. Se conoce que si la diabetes está bien controlada si la hemoglobina glucosilada (un análisis de sangre) está por debajo de 7% los riesgos de un reinfarto es menor por lo que el uso de edulcorantes o mejor aún el no consumo de azúcares es una buena opción.
- Otro factor importante es el control del peso. Se recomienda la medición del Índice de Masa Corporal (IMC), para ello se divide el peso en kilos entre la altura en metros elevada al cuadrado. Si el resultado es mayor de 25 kg/m² se considera sobrepeso. Por encima de 30 kg/m² es obesidad.
- Vigilar la grasa acumulada en el abdomen, ya que es peligrosa para el corazón. Se mide el perímetro abdominal a nivel del ombligo. En la mujer debe estar por debajo de 88 cm y en los hombres por debajo de 102 cm.
- Comprobar la tensión arterial. Una persona sana verifica anualmente que tu tensión siga por debajo de 140/90 mmHg. En el caso de pacientes cardiológicos o hipertensos también se debe mantener por debajo de estas cifras. Si ya has sufrido un problema cardiovascular, cerebrovascular, renal o es diabético, la tensión tiene que estar por debajo de 130/80 mmHg. En estos últimos casos, los controles y medidas preventivas han de ser continuos.

- Revisar los niveles de colesterol y glucosa. La mejor manera de mantenerlos es seguir una dieta sana y hacer ejercicio. Si tras un análisis en ayunas las cifras están por encima de 190 mg/dl de colesterol total y 110 mg/dl de glucosa, se debe consultar con un especialista.

Puede parecer excesivo el número de comprimidos que debe tomar al día. Se debe tener en cuenta que alguno de ellos podrá suspenderse pasado un tiempo después del infarto. Tener en cuenta que cuanto más grande es el infarto, mayor la probabilidad de que pueda seguir dañándose el corazón con el paso del tiempo. EL objetivo de todos estos es que el paciente pueda seguir con su vida normal, sin síntomas, sin nuevos sustos. Muchos consideran que si ya están tomando la medicación pues ya no habrá complicaciones y no es así es todo un conjunto de acciones no solo los farmacológicos sino también la dieta y no cualquier dieta sino la de un paciente cardiológico como es la siguiente. ²⁴

Dieta Cardiosaludable, debe ser completa y equilibrada, manteniendo el colesterol sanguíneo en cifras normales o reducirlo si estuviera elevado, es pobre en grasas saturadas y colesterol y rica en fibra. Ningún alimento es malo en sí mismo. La "maldad" dependerá de la cantidad que se ingiera y de la persona que lo consume dentro de la orientación sobre hábitos dietéticos y control de peso, se sugiere al paciente sobre los requerimientos para mantener una dieta baja en sodio, alimentación suficiente que incluya proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Estas son algunas recomendaciones simples e importantes que todo paciente debe tener en cuenta como son:

- Fijarse siempre en la composición de los alimentos fabricados, en el etiquetado.

- Averiguar el tipo de grasa: mono insaturada (oliva) excelente; poliinsaturada (maíz, girasol, soja) buena; o saturada (palma, manteca de cerdo) pésima.
- Desconfiar de los productos elaborados con aceite vegetal, que no dicen de qué vegetales. Generalmente es aceite de palma.
- Hay marcas muy conocidas que tienen productos excelentes y malos. Por lo que se debe de fijar en su composición.
- Hay marcas desconocidas con productos de gran calidad. Revisar siempre la composición.

Es así que se tiene algunos ejemplos sobre los alimentos que puede consumir un paciente cardiológico.

Desayuno Cardiosaludable:

- Leche entera o yogur con azúcar.
- Pan o cereales sin chocolatear.
- Aceite de oliva virgen, que con tostada de pan está riquísimo.
- Fruta, una o dos piezas. La que más te guste: Entera, en zumo o macedonia. También es buena la miel.

Comida Cardiosaludable:

- Primer plato, todo tipo de legumbres, de verduras y hortalizas. También sopas y pastas.
- Segundo plato, sobre todo a base de pescado y de carne (mejor el pollo sin piel).
- Tercer plato, fruta.

Merienda Cardiosaludable:

- Un bocadillo casero variando los ingredientes (jamón de pavo o de york, queso, chocolates,...); leche o yogurt y fruta.

Cena Cardiosaludable:

Lo mismo que en la comida, pero mucho más ligera. Alguna noche tomar un huevo pero nunca más de 4 a la semana, asociado al tratamiento no farmacológico se tiene al descanso y sueño siendo este desarrollado de la siguiente manera.²⁵

Descanso y sueño; se debe de realizar periodos de relajación durante la actividad laboral, evitando el estrés las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho, en enfermos del corazón. En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina), estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al cicatrizar las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa.

El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo y estos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón.²⁶ Intercambiar experiencias permite aprender y dar ejemplo para que otras personas se interesen por cuidar su corazón. Recordando que la familia puede ser un gran estímulo y apoyo para superar cualquier dificultad en el cumplimiento de los objetivos de salud.²⁷ así mismo se debe de buscar momentos de distracción y descanso para ello es importante el descanso después de las comidas, esperando al menos 1 hora después de comer para caminar o hacer alguna actividad que demande mucho esfuerzo,

dejando pasar un tiempo entre una actividad y otra para evitar cansarse demasiado.

Para poder tener un sueño reparador se recomienda las siguientes actividades:

- Relajarse, descansar, meditando o respirando profunda y lentamente.
- Analizar los hábitos de adicción al trabajo y reducir el estrés durante las actividades diarias.
- Después de un infarto cardiaco o cualquier evento estresante importante, es posible que se presente miedo, enojo, culpa o depresión,(por ello es importante la relajación)
- Encontrarse con amigos, escuchar música y adoptar un estilo de vida saludable son formas útiles de enfrentar el estrés diario.
- El hablar con alguna persona en la que confié acerca de las preocupaciones o temores. Ayuda mucho por ello se debe de Buscar ayuda profesional si es necesario.²⁸

Por otro lado también es importante tener en cuenta a los hábitos nocivos los que deben de ser reconocidos como tal para evitarlos.

Hábitos nocivos; Es muy importante reconocerlos y evitarlo para prevenir complicaciones y evitar un re infarto siendo los más característicos los siguientes:

El colesterol; Es necesario para la vida, pero si nuestra cantidad en la sangre es inadecuada, se deposita sobre las arterias del corazón produciendo un tapón (placa de ateroma) que puede llevar al infarto. Por esto es muy importante controlar los niveles sanguíneos y el metabolismo del colesterol. Más aun en los pacientes con antecedentes cardiacos.

El Tabaco; Fumar aumenta 2,5 veces el riesgo de un ataque cardíaco con respecto a una persona que no lo hace. Las mujeres que fuman tienen un riesgo aún mayor que los hombres que fuman, lo que pone en peligro la vida de un paciente con antecedente de infarto.

La Hipertensión; Por mucho tiempo ha sido una causa probada de la coronariopatía, reduciendo la presión arterial directamente reduce las oportunidades de desarrollar problemas coronarios, en general se está de acuerdo que entre menor sea la presión, menor es el riesgo de infartarse o reinfartarse. Es en realidad el cuarto contribuyente más peligroso a la cardiopatía, el riesgo disminuye radicalmente para los que realizan actividad física en forma regular.

La obesidad; Está relacionada con la hipertensión, la diabetes, los niveles de colesterol anormales y la falta de ejercicio, todas estas condiciones contribuyen al riesgo para un ataque cardíaco

El alcohol; En cantidades bajas parece ejercer un efecto favorable sobre el colesterol y también puede proteger contra la coagulación, sin embargo. Las dosis más grandes de alcohol pueden elevar la presión arterial, desencadenar latidos del corazón irregulares y dañar el músculo cardíaco, por no decir nada de los muchos otros problemas médicos y emocionales causados por el abuso del alcohol. Las mujeres son particularmente sensibles al daño del corazón por el abuso. Para individuos responsables que están libres de la enfermedad del hígado, estómago y neurológico.²⁹

Por lo que se hace indispensable tener en cuenta los conceptos teóricos y filosóficos de enfermería respecto al auto cuidado y a la promoción de la salud.

2.3.5 Rol de Enfermería

El rol de la enfermera está orientado para ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, para que sean capaces de realizar las actividades de la vida diaria.

Es fundamental para el profesional de enfermería comprender los síntomas del paciente y orientar determinadas expectativas y creencias de éste. Por ejemplo, es frecuente para el paciente y su familia creer que el ejercicio físico tras el evento cardiaco puede ponerlo en riesgo de sufrir una muerte súbita. Como resultado de ello, restringe su actividad física, lo cual enlentece la recuperación, mantiene la depresión y aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas de salud. Por otro lado, el identificar estas concepciones erróneas y proporcionar un adecuado apoyo educacional puede conducir a una mejor adherencia al tratamiento y permitan la realización de ejercicio físico y actividades sociales, lúdicas y/o recreativas, además de los programas específicos de rehabilitación cardiaca.

Por último, es fundamental involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación de este tipo de pacientes pues, con mucha frecuencia, ellos experimentan sentimientos de falta de ayuda, pérdida y depresión, similares a los que presenta el paciente; adicionalmente, sus parejas pueden temer el retorno a la actividad diaria, incluyendo la actividad sexual.³⁰

El autocuidado para enfermería constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario

para lograr y mantener su salud por sí mismo. El autocuidado está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida. ³¹

La OMS recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas; promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlos aprender y convivir mejor con la enfermedad, modificando los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor frente la enfermedad. El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente. ³²

2.3.6 Modelo de Dorothea Orem y su Teoría del Autocuidado

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

Así mismo el auto cuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem (1993) considera el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y

espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida la salud y el bienestar y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidado. ¹⁵

Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1993).

Destaca tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar, etc.
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia, adultez, ancianidad.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Bases teóricas del autocuidado para Orem

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

Por otro lado la fundamentación teórica de esta investigación se centra en la teoría de Dorothea Orem que abarca las necesidades de autocuidado universales de todos los individuos, así como también las necesidades

específicas del desarrollo físico, social y psicológico. También incluye la situación de enfermedad o lesión, y cómo ésta se relaciona con los profesionales del cuidado de la salud como lo plantea, además enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado. Y en algunas circunstancias, un individuo puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesaria.

Esta teoría se encuentra inserta dentro de un modelo conceptual, y el cual integra tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado (que es la que servirá de marco para este estudio); la teoría del déficit del auto cuidado y la teoría de los sistemas de enfermería las cuales definimos a continuación:

Funciones de enfermería según Dorothea Orem

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

El objetivo de enfermería en este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. No obstante cabe mencionar que los cuidados de enfermería constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados reconociendo tres tipos de asistencia.

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados. Que es el caso de los usuarios post infarto de miocardio que acude a consultorios externos para su control.

2.4 Definición de términos

- **Conocimiento:** Es conjunto integrado de información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido para tomar decisiones y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud.
- **Prácticas de autocuidado:** El autocuidado es una actividad aprendida por el ser humano y está orientada hacia un objetivo; es una conducta

que aparece en situaciones concretas de la vida, y que la persona dirige así mismo o hacia su entorno en beneficio de su salud.

- **Usuario** Es la persona que asiste a consulta con un profesional de la salud, que esté pendiente, de preferencia con anticipación a la aparición de los síntomas, de todo dolor, de todo cambio, pues es ése, el reconocimiento, el primer paso para encontrar el camino hacia un buen estado de salud tanto física como mental.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis Nula: El nivel de conocimiento no tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los usuarios post infarto agudo de miocardio.

2.5.2 Hipótesis Alternativa: El nivel de conocimiento tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los usuarios post infarto agudo de miocardio.

2.6 Operacionalización de variables (Anexo I)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 *Tipo de investigación*

Es un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, de método descriptivo, correlacional y de corte transversal.

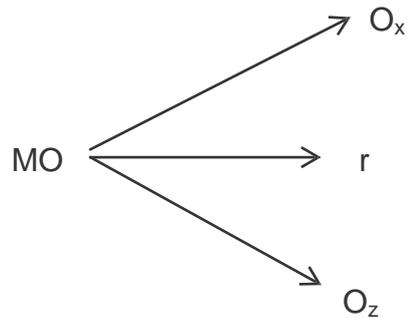
Es cuantitativo porque se evalúa por medio de cantidades los resultados, es descriptivo; puesto que se centró en la recolección de las variables describiéndolas tal y como son y es correlacional; porque determinó la relación o asociación entre las dos variables de estudio, conocimiento y práctica.

3.2 *Diseño de la investigación*

Este tipo de diseño se orienta a la determinación del grado de relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados.

Es de corte transversal; porque mide la prevalencia de la exposición y el efecto en una muestra poblacional en un solo momento.

El diagrama se esquematiza de la siguiente forma:



Donde:

M es la muestra en la que se realiza el estudio.

Los subíndices X, Z en cada O indican las observaciones obtenidas en cada una de las dos variables distintas.

La “r” hace mención a la posible relación entre las variables estudiadas.

Este tipo de estudio nos permite afirmar en qué medida las variaciones en una variable o evento están asociadas con las variaciones en la otra variable u otras variables, en este diseño se usan medidas de correlación.

3.3 Lugar de ejecución de la investigación

El trabajo de investigación se realizó en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen ubicado en Av. Grau 800, La Victoria institución de IV nivel,

perteneciente a ESSALUD, se ejecutó específicamente en consultorio externo de cardiología.

3.4 *Universo, selección, muestra y unidad de análisis*

La población estuvo conformada por 108 usuarios diagnosticados con infarto agudo de miocardio que acuden a consultorios externos del servicio de cardiología.

La muestra fue obtenida a través del muestreo probabilístico aleatorio simple dando como resultado 77 usuarios con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la población, de consultorio externo del servicio de cardiología Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

3.5 *Criterios de Inclusión y de Exclusión*

Criterios de inclusión:

- Que acepten voluntariamente participar del estudio previo consentimiento informado
- Con antecedentes de infarto agudo de miocardio
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Usuarios cardiológicos con patologías agregadas

Criterios de eliminación

- Quienes no concluyeron la evaluación de la entrevista.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, el cual fue elaborado de acuerdo al marco teórico, que contiene todo sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio, donde se estableció una comunicación bidireccional respetando la individualidad de la persona, haciendo uso de un lenguaje sencillo de tal manera que los usuarios puedan responder sin problemas a las preguntas del instrumento de evaluación siendo estas en un número de 23 de conocimientos y 19 de práctica de alternativas múltiples donde solo una es la correcta.

Para mejorar los instrumentos, estos fueron sometidos a la validez de contenido, de diez profesionales especialistas en el área: (enfermeras, psicólogos, cardiólogos y docentes expertos) que contribuyeron con sus conocimientos al perfeccionamiento del instrumento, que posteriormente fue analizada por la prueba binomial obteniendo como resultado un valor p menor o igual a 0.05. (Anexo III). Así mismo se realizó la prueba piloto en una población similar del estudio, donde los resultados de la confiabilidad fueron evaluados a partir Kuder Richardson ($F_{20} > 0,60$) obteniendo como resultado 0,82 en conocimiento y Alfa de Crombach ($\alpha > 0,60$) para la práctica dando como resultado 0,83 afirmando que la confiabilidad es aceptable. (Anexo IV)

3.7 Procedimientos de Recolección de Datos

El proceso de recolección de datos se realizó previa autorización del comité de capacitación, investigación y docencia, del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, y la jefatura del departamento de enfermería, mediante una carta dirigida por la Directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, de esta manera se procedió a informar al personal médico y de enfermería encargados de consultorio externo de cardiología, sobre el estudio y de esta manera se solicitó el permiso para su colaboración, durante los horarios de atención de lunes a sábado.

Una vez obtenido los permisos se procedió a realizar el trabajo de investigación manteniendo en todo momento los principios éticos, los que están plasmados en la hoja de consentimiento informado que se entregó a cada usuario previa información posteriormente se aplicó el cuestionario de conocimiento y práctica sobre autocuidado post infarto de miocardio en un periodo de 15 a 20 minutos, posteriormente se procedió a tabular los datos obtenidos.

3.8 Aspectos éticos

En la investigación se respetó a la persona como un ser autónomo, único y libre, que tiene el derecho y la capacidad de tomar la propia decisión de participar en la investigación; la información brindada del estudio se evidenció a través de la hoja de información y formulario del consentimiento informado de los usuarios garantizando así la protección de su dignidad.

Los datos obtenidos no serán utilizados en beneficio propio o de identidades privadas que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral, psicológica y social de la población en estudio. Al finalizar con la investigación se benefició a la población de estudio brindándoles información educativa a través de un tríptico respecto al autocuidado post infarto agudo de miocardio y de esta manera motivar y concientizar a los usuarios a ser actores activos de su autocuidado para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. (Anexo XI)

3.8 *Análisis de Datos*

La información obtenida de cada cuestionario, fue tabulada y registrada bajo los datos del programa de Excel 2010, se ingresó a una matriz para así favorecer su fácil lectura, análisis y descripción. Se utilizó la estadística descriptiva para describir el problema haciendo uso de la media, desviación estándar; a su vez se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 19 (programa Estadístico para las Ciencias Sociales) para la estadística inferencial donde se relacionaron las variables a través del estadístico de variables cuantitativas chi cuadrado.

Para identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado post infarto agudo de miocardio se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias según la escala de clasificación del instrumento según la prueba estadística de Estaninos siendo está determinada por (bajo, medio y alto). Para la práctica a partir de la media aritmética (adecuada o inadecuada). Finalmente se presentaron los resultados en tablas simples, de doble entrada y en gráficos de barras simples y compuestas. (Anexo VI)

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 *Resultados*

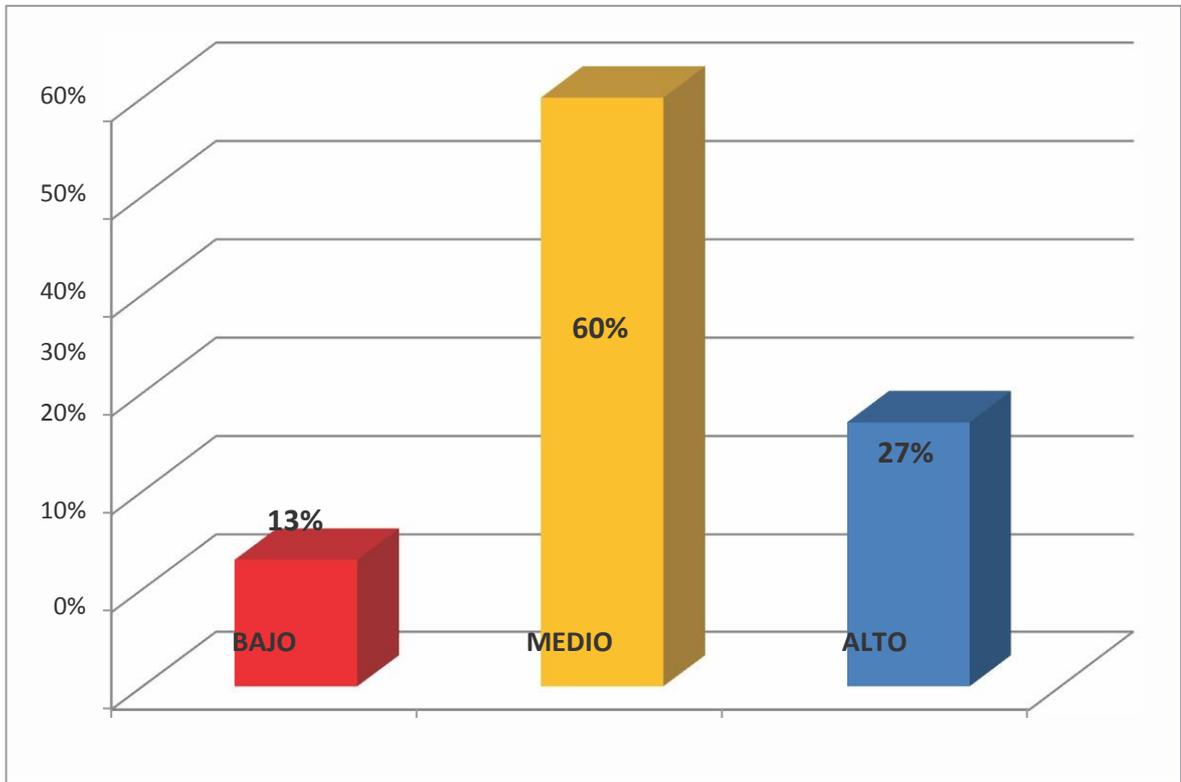
Se identificó la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado en los usuarios post infarto agudo de miocardio de consultorio externo del Hospital Nacional EsSalud-2013.

Tabla 1: Datos generales de pacientes post infarto agudo de miocardio, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013

DATOS GENERALES		FRECUENCIA	%
Edad	49 - 59 años	25	32.46
	61 - 69 años	37	48.05
	+ 70 años	15	19.49
Sexo	Masculino	68	88.31
	Femenino	9	11.69
Tiempo de enfermedad	< 1 ^a	45	58.44
	1 – 2 ^a	18	23.38
	3 – 5 ^a	9	11.69
	+ 5 ^a	5	6.49
Antecedentes	Hipertensión Arterial	30	38.96
	Diabetes Mellitus	16	20.78
	Colesterol	21	27.27
	Tabaquismo	10	12.99
Ocupación	Profesionales	30	38.96
	Operarios	20	25.97
	Conductores	14	18.19
	Técnicos	8	10.39
	Ama de casa	5	6.49

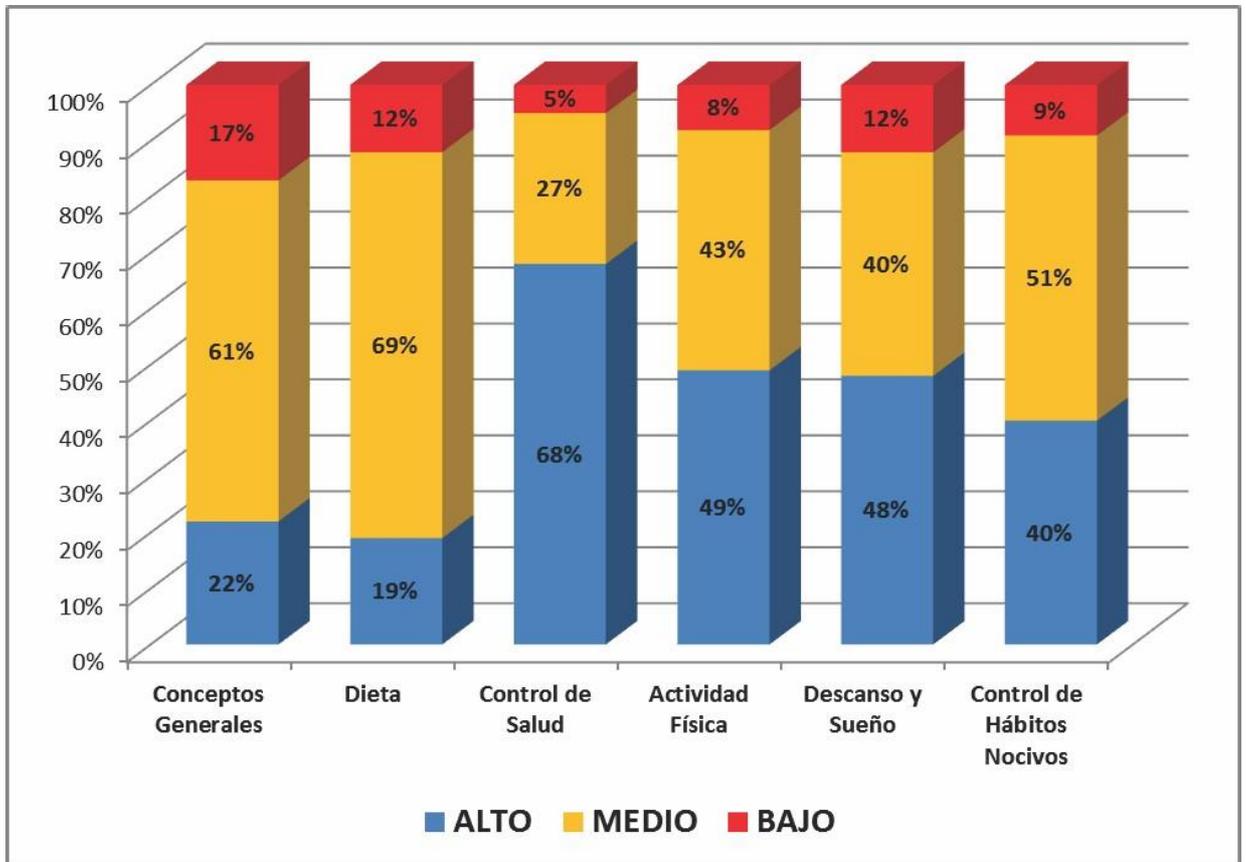
Los usuarios post infartados en su mayoría son de 60 a 69 años, 48.05% (37), de sexo masculino 88.31% (68), tiempo de enfermedad < 1 año 58.44% (45), con antecedentes de hipertensión 38.96% (30), y en cuanto a su ocupación, profesionales 38.96% (30).

Gráfico 1: Nivel de Conocimiento sobre el Autocuidado en paciente post infarto agudo de miocardio, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013



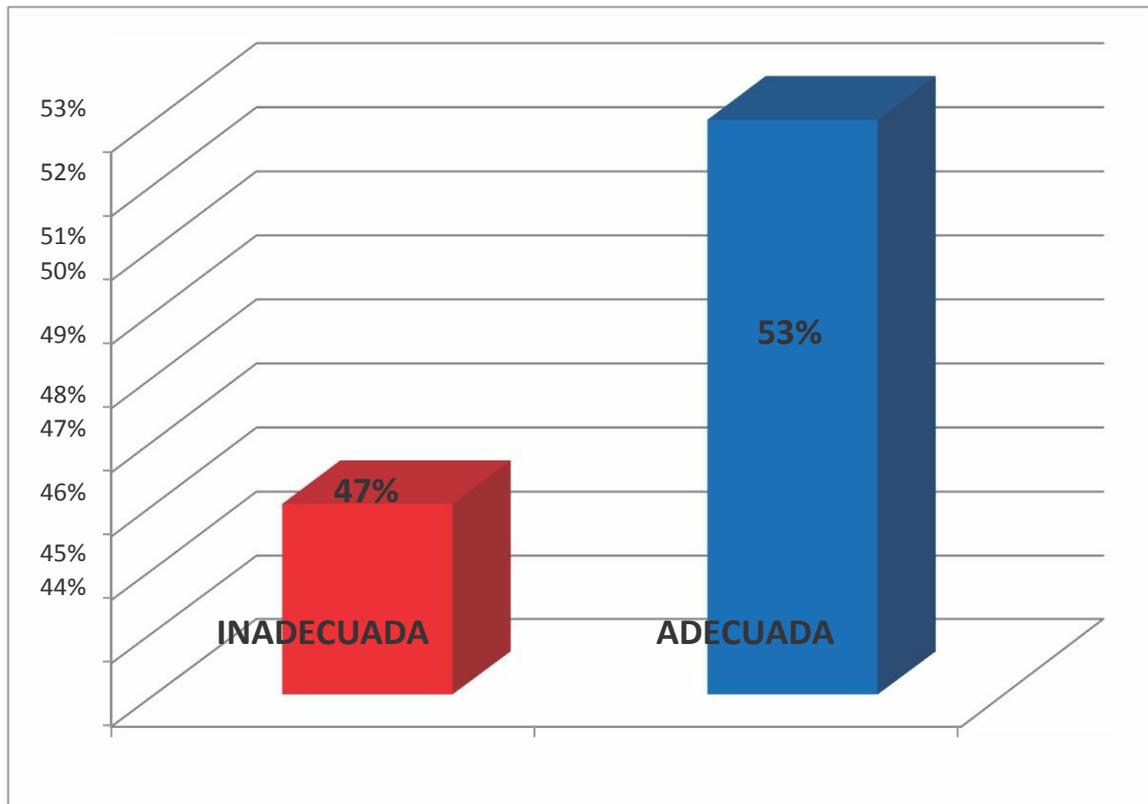
Se observa que del 100% de los usuarios con post infarto agudo de miocardio el 60% presentan un nivel de conocimiento medio sobre autocuidado seguido de un 27% con nivel de conocimiento alto y 13% un nivel bajo.

Gráfico 2: Nivel de Conocimiento sobre el Autocuidado en paciente post infarto agudo de miocardio según dimensiones, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013



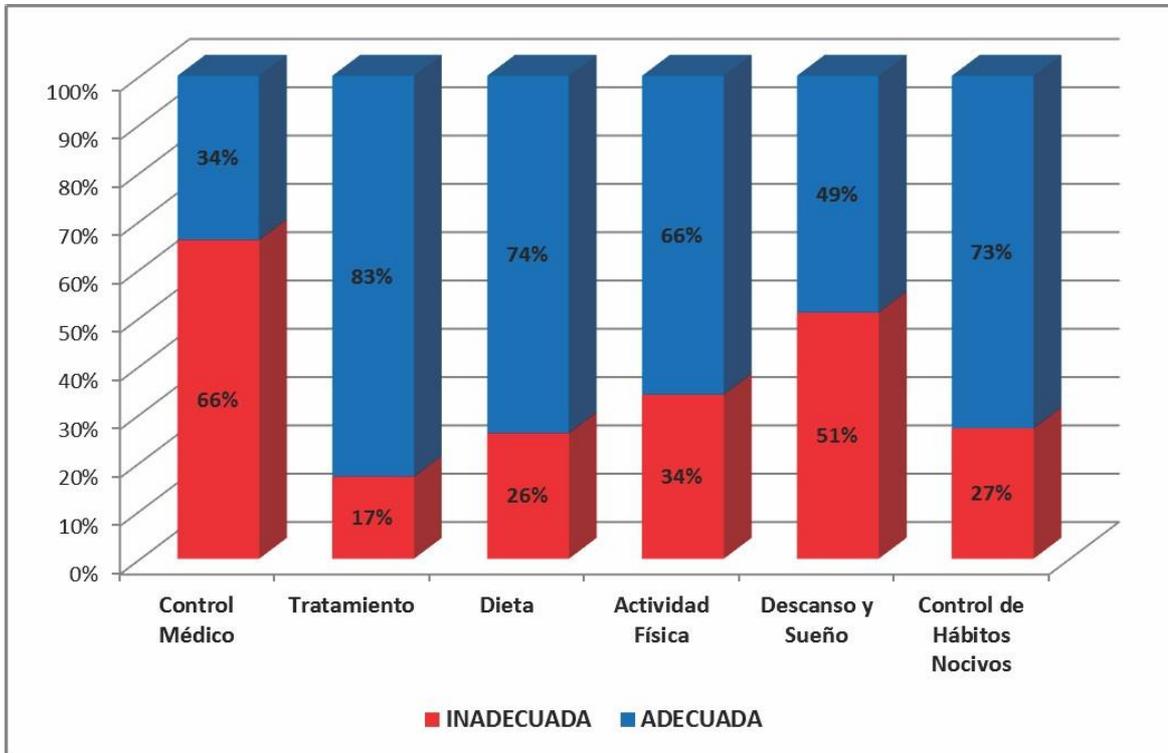
El nivel de conocimiento de los pacientes post infarto de miocardio acerca de las dimensiones del autocuidado es medio en relación a los conceptos generales 61% (47), dieta 69% (53) y control de hábitos nocivos 51% (39), mientras que es de nivel alto para las dimensiones de control de salud 68% (52), actividad física 49% (38) y descanso y sueño 48% (37).

Gráfico 3: Práctica de Autocuidado en paciente post infarto agudo de miocardio, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013



Se observa que del 100% de los pacientes post infarto agudo de miocardio el 53% presentan prácticas de autocuidado adecuada, seguido de un 47% con prácticas de autocuidado inadecuadas.

Gráfico 4: Práctica de Autocuidado en los usuarios post infarto agudo de miocardio según dimensiones, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013



La práctica de autocuidado en pacientes post infarto agudo de miocardio según las dimensiones es inadecuada en lo que respecta al control médico 66% (51) y descanso y sueño 51% (39), mientras que es adecuado para tratamiento 83% (64), dieta 74% (57), actividad física 66% (51) y control de hábitos nocivos 73% (56).

Tabla 2: Relación entre el Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en paciente post infarto agudo de miocardio, Consultorio Externo - Hospital Guillermo Almenara, Noviembre 2013

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRÁCTICAS				TOTAL	
	Adecuada		Inadecuada		N	%
	N	%	N	%	N	%
Alto	13	17	8	10	21	27
Medio	23	30	23	30	46	60
Bajo	5	6	5	7	10	13
TOTAL	41	53	36	47	77	100

$\chi^2 = 0,9$

$p = 0,6474$

$gl=2$

$H^0 =$ El nivel de conocimiento no tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los pacientes post infarto agudo de miocardio.

$H1 =$ El nivel de conocimiento tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los pacientes post infarto agudo de miocardio.

Dado que el valor del **χ^2 es 0,9** y este es menor que el valor crítico para un nivel de significancia de 0,05 = 5,99 para $gl= 2$ con intervalo de confianza del 95%, por tanto se acepta la hipótesis nula.

Esto conduce a afirmar que el nivel de conocimiento no tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los pacientes post infarto agudo de miocardio.

4.2 Discusión

El estudio fue realizado para determinar la relación entre el conocimiento y la práctica sobre autocuidado post infarto agudo de miocardio, considerando que en el autocuidado influyen muchos factores que interviene en el buen control de la salud–enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el infarto agudo de miocardio con el paso de los años tomará características de "epidemia" en todos los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando día a día no sólo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y el consiguiente aumento de los costos para los sistemas de salud.²En el Perú la mortalidad por enfermedades no transmisibles está encabezada por las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades neoplasias. El 60% de la carga de enfermedad en el Perú se atribuye a este grupo de enfermedades ocupando los primeros lugares el abuso y dependencia de alcohol, depresión unipolar, artrosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y de cuello uterino.³

En la tabla 1 encontramos como resultado que del 100% de los encuestados el mayor porcentaje de pacientes post infarto agudo de miocardio tienen en su mayoría entre 60 a 69 años 48,05%; estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por Vargas, R., Montalvo, O. T.⁶en su investigación donde determinó que el mayor porcentaje 73.35% de los usuarios tenían entre 65 años aproximadamente.

En relación a lo ya expuesto se destaca, que cada vez los que padecen esta enfermedad son los adultos mayores siendo este el resultado de la vida que anteriormente se tuvo, pues los estilos de vida finalmente toman revancha

en la salud de las personas. Los usuarios post infarto agudo de miocardio deben estar preparados a nivel física y psicológicamente, esto significa asumir una actitud madura para afrontar dicha situación pues requiere de mucha responsabilidad, personal y por qué no familiar, para que así el adulto pueda llevar una buen autocuidado libre de complicaciones. Además el usuario debe estar preparado para identificar los signos de alarma, esto nos ayudará a reforzar la confianza y por consiguiente tendrá un mejor desenvolvimiento con su entorno.

Por otro lado de los usuarios encuestados el mayor porcentaje de pacientes post infarto agudo de miocardio en su mayoría son de sexo masculino 88,31%; estos resultados se asemejan a los encontrados por Vargas, R. Montalvo, O.⁶ en su investigación donde determinó que el mayor porcentaje 56.22% de pacientes eran de sexo masculino.

De acuerdo con el estudio previo a esta investigación encontramos cierta similitud dado a que los valores son mayores del 50% en varones y esto se debe a que uno de los factores de riesgo es el tipo de vida que llevan los varones respecto a su alimentación, trabajo, actividades sociales con el consumo de hábitos nocivos los que hacen que sea más frecuente en esta población masculina, como es el alcohol, tabaco, alimentos chatarra, desgaste físico y mental en fiesta y el exceso de trabajo.

Según el tiempo de enfermedad, de los usuarios post infartados, se observa 58.44% tienen menos de un año de enfermedad lo que muchas veces conlleva a presentar re infarto a razón del desconocimiento de las complicaciones y de los cuidados que se debe de tener en los alimentos, actividades físicas, laborales etc. poniendo en riesgo su vida. Si bien es cierto

que aquellos usuarios con más tiempo de enfermedad conocen más sobre los cuidados y las complicaciones esto no siempre es aplicado a su vida diaria por lo que se debe de monitorear constantemente al usuario con el apoyo familiar.

En el estudio, el mayor porcentaje de pacientes post infarto agudo de miocardio tienen como antecedente haber sufrido de hipertensión arterial 38.96%, esto concuerda con la base teórica en donde la hipertensión arterial es uno de los factores predisponentes para un infarto agudo de miocardio, seguido de niveles de colesterol alto¹⁵, pues la hipertensión arterial es considerado como el aspecto de mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, y que este riesgo aumenta en proporción a la presión sanguínea y no suele presentar síntomas, pero puede causar problemas serios, tales como derrames cerebrales, insuficiencia cardiaca, infarto e insuficiencia renal, así mismo el estrés, el hábito de fumar causa daño y en los adultos mayores se debe a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos, aumentando el riesgo de sufrir presión arterial alta.

Por ello se dice que la hipertensión arterial no solo aumenta el riesgo de aparición del infarto del miocardio, sino que también eleva la mortalidad post – infarto y a largo plazo favorece la incidencia de grandes complicaciones o mejor de esto es que se pueden prevenir con buenos hábitos alimentarios y estilos de vida saludables logrando disminuir la presión arterial se tiene un menor riesgo de infartarse o re infartarse.

En el trabajo de investigación, el mayor porcentaje de pacientes post infarto agudo de miocardio son profesionales 38.96%, relacionado con la teoría se puede asumir que la carga o sobrecarga laboral, o cargos administrativos generan tensión, estrés asociado esto la poca actividad física o sedentarismo

son factor de riesgo que resultan ser muy peligrosos a la cardiopatía, he ahí la importancia de realizar ejercicios, actividades recreativas

En el grafico 1 se observa que del 100% de los usuarios post infartados presentan un nivel de conocimiento medio con un 60% sobre autocuidado, seguidamente de un 27% de conocimiento alto, este resultado se asemeja a los encontrados por Flores, D.⁸, en el cual el nivel de conocimientos es medio y alto favoreciendo su autocuidado, en dicho estudio podemos observar que el conocimiento es muy importante y que se trasmite a nivel intelectual de enseñanza y aprendizaje que está muy unido a la práctica, al estado de salud de las personas para tomar decisiones frente su autocuidado y salud, puesto que el mayor porcentaje de los usuarios son profesionales.

La organización mundial de la salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas; de salud y de promover el desarrollo de las habilidades de autocuidado, por medio de un proceso espontaneo de aprendizaje a fin de responsabilizarlos por su salud y ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, de modificar y mantener hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad; el autocuidado es una estrategia eficaz para una mejor relación entre el profesional de salud y los pacientes.³²

Por otro lado al evaluar cada dimensión de la variable conocimiento en el grafico 2 se puede se puede observar que el 61% de los usuarios tienen un nivel de conocimiento medio en relación a conceptos generales, y un 22% con un conocimiento alto y el 17% presento un conocimiento bajo ya que los paciente saben lo que es un infarto agudo de miocardio, encontrándose en sus

indicadores que el 64% sabe lo que es el infarto agudo de miocardio y el 56% sabe cuáles son los síntomas y el (anexo VII) conclusiones similares fueron encontrados por flores D donde el nivel de conocimiento es medio y alto lo que favorece su autocuidado. El conocimiento es muy importante y que trasmite a nivel intelectual que está muy unido a la práctica y al estado de salud de las personas para tomar decisiones frente a su autocuidado más aún cuando el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos; y que pueden organizar nuestro pensamiento los que son transmitidos de generación en generación ¹².

Con respecto a la dieta el 69% presenta un conocimiento medio y un 19% un conocimiento alto, siendo el indicador que más llama la atención, la cantidad de agua que deben consumir donde el 56% sabe sobre la cantidad de agua que debe consumir y el 44% aún desconoce(anexo VII) esta última es una cifra preocupante puesto que la dieta debe ser completa y equilibrada, manteniendo el colesterol sanguíneo en cifras normales o reducirlo si estuviera elevado, dado a que ningún alimento es malo en sí mismo, pero depende de la cantidad que se ingiera y de la persona que lo consume ²⁵.

Por otro lado el 68% reconoce la importancia de acudir oportunamente a los controles médicos, mientras que un 27% desconoce la importancia de los controles médicos, que deben realizarse anualmente, a través de una exploración física y analítica para valorar la existencia de complicaciones; estas son realizadas cada seis meses o un año donde debe realizarse una valoración completa del paciente y monitorear los objetivos de control y del plan terapéutico. Si bien es cierto el conocimiento es aprendido de diferentes formas es mejor si este procede de personas capacitadas como lo son los profesionales de enfermería educadores por naturaleza pues brindan al

individuo orientación y enseñanza no solo cognitiva sino que logran en el paciente tome conciencia de su estado y las mejores formas de controlarla y prevenir complicaciones.

Respecto a las actividades físicas un 49% de los usuarios tiene un conocimiento alto y un 43% tiene un conocimiento medio y el 8% un conocimiento bajo, siendo estos los resultados se identificó que los paciente sabiendo que las ventajas del ejercicio físico reducen los factores de riesgo coronario y favorece al mantenimiento de su bienestar físico y emocional con un 64%.(anexo VII)

Respecto a las horas de sueño y descanso el 48% presenta un nivel de conocimiento alto, seguido muy de cerca con un nivel de conocimiento medio de 40% y un 12% nivel de conocimiento bajo, durante los controles médicos y la etapa hospitalaria se enseña al paciente sobre la importancia del descanso y el sueño en el autocuidado así como la importancia de buscar momentos de distracción y descanso una hora después de las comidas, para caminar o cualquier otra actividad, para prevenir así las situaciones estresantes que aumentan la FC, P/A y por consiguiente la demanda de oxígeno en el corazón²⁶.

Los factores desencadenantes del infarto agudo de miocardio son los hábitos nocivos, encontrándose como resultado en el grafico 2 que el 40% conoce sobre el daño que ocasionan estas sustancias (tabaco, alcohol), mientras que el 51% tiene un conocimiento medio con respecto al consumo de estas sustancias y un 9% presenta un conocimiento bajo sobre el consumo de hábitos nocivos, siendo los indicadores más marcados en esta dimensión donde el 57% conoce que el tabaco incrementa el riesgo de sufrir una enfermedad

cardiovascular y el 43% desconoce, dato alarmante ya que las dosis elevadas de alcohol elevan la presión arterial, generan arritmias y daño en el músculo cardíaco y el desconocimiento de esto traerá graves consecuencias por lo que es muy importante reconocerlos y evitarlos para prevenir complicaciones y evitar un re infarto²⁹

En el gráfico 3 se observa que del 100% de los pacientes post infarto agudo de miocardio el 53% presentan prácticas de autocuidado adecuadas, resultados similares fueron encontrados por Rivera⁷, en el cual el 72% de los pacientes realizan prácticas de autocuidado adecuados, por lo que resulta oportuno destacar que los buenos estilos de vida son favorables para la salud del ser humano a nivel cognitivo, físico, emocional, teniendo en cuenta las condiciones de la persona, familia y comunidad a través de las cuáles se promueven conductas de salud, prevención de enfermedades y tratamiento de los síntomas; de existir la enfermedad se previene recaídas o se logra su recuperación y la reinserción laboral y socio familiar del individuo con su entorno, y un 47% de los usuarios post infarto agudo de miocardio presentan prácticas inadecuadas.

En el gráfico 4 respecto a las prácticas de autocuidado post infarto de miocardio se puede observar que del 100% de los pacientes encuestados el 66 % no cumple con sus controles médicos y tan solo el 34% cumple con sus controles dado que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad para llevar una vida más saludable. Para ampliar más la información se analizaron las siguientes dimensiones:

En relación al tratamiento evidenciamos que el 83% lleva un tratamiento adecuado, y el 17% teniendo en cuenta lo importante que es la adherencia al tratamiento que está orientada hacia la medicación, el horario, la frecuencia y la dosis indicada por el médico²⁴. Es muy satisfactorio encontrar que los pacientes en su gran mayoría cumplen con esta fase que puede ayudarlos a disminuir el riesgo de re infartarse.

Referente a la dieta el 74% presenta prácticas adecuado y el 26% lleva una dieta inadecuada, a diferencia del estudio realizado por Rivera donde encontró que las prácticas de autocuidado, según hábitos alimentarios en su mayoría son inadecuadas. Una dieta balanceada es favorable para el autocuidado de los usuarios post infartados. Siempre y cuando este sea completa y equilibrada donde se mantenga el colesterol en cifras normales o si es el caso reducirlo con un adieta pobre en grasas saturadas y rica en fibra finalmente ningún alimento es malo en sí mismo sino dependerá de cantidad que se ingiera y de la persona que lo consuma. Dentro de la orientación sobre hábitos dietéticos y control de peso se sugiere al paciente sobre los requerimientos para mantener una dieta baja en sodio que incluya proteínas carbohidratos grasas vitaminas y minerales.

El 66% de los usuarios realiza actividades físicas adecuadas, lo que es favorable para su salud y el 34% tiene actividades físicas inadecuadas, por lo que difieren del estudio realizado por Rivera donde encontró que las prácticas de actividad física son inadecuadas, puesto que cabe resaltar que la actividad física mejora los músculos, dando más energía hará sentirse mejor emocionalmente al paciente, ayudando a su corazón y fortaleciendo su organismo.

Así mismo el descanso y sueño son inadecuados en 51% y solo el 49% cumplen con sus horarios de sueño y descanso, surgiendo la necesidad de buscar momentos de distracción y descanso después del trabajo, las comidas con intervalo de una hora para empezar sus actividades, siendo los indicadores en esta dimensión un 69% a veces cumple con sus horarios de sueño mientras que 71% si realiza actividades de esparcimiento,(anexo VIII) similares resultados se dan cuando controlan su estrés laboral, de esta manera disminuye la frecuencia cardiaca la presión arterial y la necesidad de oxígeno para el corazón.

El 73% evita el consumo de hábitos nocivos mientras que el 27% presenta hábitos nocivos sabiendo que las dosis más grandes de alcohol y tabaco pueden elevar la presión arterial, desencadenar latidos del corazón irregulares dañando el músculo cardíaco, por no decir nada de los muchos otros problemas médicos y emocionales causados por el abuso de estos productos, por lo que es necesario evitar y prevenir complicaciones.

El autocuidado para enfermería constituye un rol particular hacia la práctica clínica que pone en énfasis particular la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige así mismo o hacia el entorno, para lograr los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.

En la tabla 2 del 100% de los usuarios encuestados se puede observar que del 60%, el 30% presenta un conocimiento medio, con una práctica adecuada respecto al autocuidado post infarto agudo de miocardio, seguido del

30% con un conocimiento medio, con prácticas inadecuadas sobre autocuidado, esto conduce a afirmar que el nivel de conocimiento no tiene relación significativa con las prácticas de autocuidado en los usuarios post infarto agudo de miocardio.

Contrastando con el marco teórico según Mario Bunge refiere que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos que pueden ser claros, precisos, ordenados, así como también es racional, sistemático y verificable a través de la experiencia¹¹.

Por consiguiente es el resultado de la asimilación de una información de la persona de acuerdo a su educación, experiencias previas, capacidad de interpretación y comprensión lo cual determina en gran medida la adopción de prácticas saludables frente a su autocuidado que son acciones que asumen los propios usuarios en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica o familiar, sin desmerecer que son prácticas de personas y familias a través de los cuales promueven conductas positivas de salud.

Por otro lado la fundamentación de esta investigación se centra en la teoría de Dorothea Orem sobre el autocuidado, quien considera el concepto auto como la totalidad de un individuo incluyendo sus necesidades a nivel físico, psicológico, espiritual y cuidado como la totalidad de actividades que un individuo realiza para mantener la vida, la salud y el bienestar desarrollándose de manera normal.²⁵ La teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado, lo define como una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo; así mismo existen varias clases de autocuidado los que se derivan de las necesidades básicas, crecimiento y desarrollo del individuo y desviaciones del estado de salud.

Según Dorotea Orem en su teoría del déficit del autocuidado, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas, cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería; así mismo la teoría de los sistemas de enfermería, describe y explica que es necesario establecer y mantener las relaciones con la enfermería; dado que un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente.³⁵

El autocuidado es muy importante para la persona, familia y comunidad, para promover conductas positivas de salud, prevenir enfermedades, tratar los síntomas y con respecto a la edad los roles que cada persona tiene, puede conllevar a una sobrecarga de actividades descuidándose de su cuidado personal de ahí la importancia del autocuidado.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se identificó que la relación del nivel de conocimiento sobre autocuidado no tiene relación significativa con la práctica en los usuarios post infarto agudo de miocardio.
2. Al identificar las características personales de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio se observó los factores de riesgo para las cardiopatías son la hipertensión arterial seguido del colesterol, diabetes y tabaquismo lo cual son factores modificables y se pueden reducir con estilos de vida saludable.
3. El conocimiento de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio es de nivel medio.
4. En cuanto a la práctica de los usuarios de consultorio externo de cardiología sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio es adecuada.
5. El programa de rehabilitación cardiaca del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, debe realizar nuevas estrategias para generar motivación y sensibilización hacia el paciente y su autocuidado para evitar así las recaídas.

5.2 Recomendaciones

1. A los Directivos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento a este grupo de usuarios, para que el nivel de conocimiento y práctica sobre autocuidado post infarto agudo de miocardio se mantenga e incremente en los aspectos como la dieta, ejercicio, descanso, controles médicos, tratamiento y evitar hábitos nocivos.
2. Al personal de enfermería buscar estrategias psicoterapéuticas tales como la terapia de grupo, familiar, individual, así como también distintas técnicas de relajación, puesto que intentan modificar la conducta de la persona infartada, y la forma de enfrentarse a las distintas situaciones de la vida y conseguir un buen afrontamiento eficaz con respecto a la enfermedad.
3. Se sugiere que el personal de enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara reciba una retroalimentación con los resultados obtenidos en la presente investigación a fin de tomar medidas correctivas con respecto a la relación del conocimiento y la práctica del autocuidado.
4. Teniendo en cuenta que la institución es de cuarto nivel, cuenta con un programa de rehabilitación cardíaca para tratar los síntomas de la ansiedad, depresión, y lograr la aceptación de la enfermedad, donde se debe realizar visitas domiciliarias a los pacientes, brindar apoyo psicológico relacionado con la reincorporación al trabajo y a la sociedad.
5. La enfermera a cargo del programa debe involucrar a la familia puesto que es una fuente de ayuda y apoyo fundamental para la recuperación del paciente durante y después del infarto, dado que existe un gran

temor a la muerte, miedo, ansiedad causando alteración psicológica, es necesario el apoyo mediante la rehabilitación promoviendo conductas saludables para el autocuidado y la adaptación a un nuevo estilo de vida.

6. Realizar investigaciones de similar aplicación con diferente enfoque metodológico y variar los instrumentos para consolidar los datos obtenidos en este estudio.
7. Realizar investigaciones cualitativas (acción-participación), en pacientes que participen en grupos de apoyo o club de rehabilitación cardiaca donde las acciones educativo - promocional contribuye en las prácticas de autocuidado.
8. A la escuela de Enfermería Padre Luis Tezza reforzar en el plan de estudios la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. (OPS) Situación de la salud cardiovascular en la Región de las Américas. 2011 [citado el 3 de Junio

- 2012]. URL Disponible en: <http://www.paho.org/prioridades/pdf/libro-completo.pdf>
2. Achury DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. AQUICHÁN. 2007; [citado el 2 de junio del 2012]; 7(2). URL. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200004&lng=es&nrm
 3. Las enfermedades no transmisibles en el Perú. [En línea]. Perú: Reforma del Perú Salud; 2011. [Fecha de acceso 15 de Junio 2012].URL. Disponible: http://reformasalud.blogspot.com/2011_06_01_archive.html
 4. Dr. Del Pino E, Dra. Rodríguez V, Dr. Soto A, Dra. Abreu M. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en un centro médico de diagnóstico integral. 2008 [citado 18 de Junio 2012]; 7(4): URL. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_4_08/mie09408.htm
 5. Gonzales, B. Lupón, J. “Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca en una unidad de insuficiencia cardiaca de España” 2006. [17 oct 2012]. URL. Disponible en: <http://www.revespcardiolog.org/es/aplicacion-escala-europea-autocuidado-insuficiencia/articulo/13084645/>
 6. Vargas, R.,Ordoñez, E., Montalvo, O., Díaz, V “calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto de miocardio” 2006. Colombia [17 octubre 2012]. URL. Disponible en: [http://www.CalidadDeVidaRelacionadaConLaSaludDeLosPacientesPo-2884812%20\(2\).pdf](http://www.CalidadDeVidaRelacionadaConLaSaludDeLosPacientesPo-2884812%20(2).pdf)

7. Rivera, G. Características demográficas y prácticas de autocuidado en pacientes pos infartados del programa de rehabilitación Hospital Dos de Mayo. [Tesis licenciatura]. Lima. Universidad Privada San Juan Bautista; 2009.
8. Flores D. Conocimiento que tiene el paciente con Infarto Agudo de Miocardio acerca de su autocuidado en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati – 2007 [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
9. Rodríguez T, Hernández A, Rodríguez A. Infarto Agudo de Miocardio y Autocuidado. (Citado el 2 de octubre del 2012). URL. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos27/infarto-autocuidados/infartoautocuidados.shtml>
10. Conocimiento. (Fecha de acceso el 15 de octubre del 2012). URL. Disponible en: <http://www.fundacionede.org/gestioninfo/vocabulario.asp>
11. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Pág. 7 (1–12) URL. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
12. Bunge M, Epistemología. Barcelona: Editorial Ariel; 1980, pág. 16-21 libro
13. Definición de práctica. 2012 [Fecha de acceso 3 de diciembre]. URL. Disponible en: <http://definicion.de/practica/>

14. Burdiat G. Programa práctico de rehabilitación cardiovascular. Rev. Cardiología. 2006 [citado el 25 de agosto 2012]; 21(3): 240-251. URL. Disponible en: http://www.suc.org.uy/revista/v21n3/pdf/rcv21n3_8.pdf
15. Ann–Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: HarcourtBrace de España S.A 4ª edición. 1999.
16. Infarto agudo de miocardio. [Citado el 03 de diciembre del 2013]. URL. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Infarto_agudo_de_miocardio
17. Dr. Aguilar, J. Dra. Garabito, R.[citado el 14 junio del 2012]. URL.<http://www.mflapaz.com/Revista%208/Revista%202%20pdf/8%20INFARTO%20AGUDO%20DE%20MIOCARDIO.pdf>
18. Fundación española del Corazón. [Citado el 27 de octubre del 2012]URL Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>
19. Liga colombiana contra el infarto y la hipertensión. 2010. (1-3). [citado 10 de noviembre del 2012] URL Disponible en: <http://www.colombiacorazon.com/Rehabilitacioncardiaca.html>
20. Katz. M. ¿En qué consiste la rehabilitación cardíaca? Diciembre 2011, [citado el 2 de Julio]. (1-5). URL Disponible en: <http://www.amigosdecorazon.com.ar/index.php/notas/56-ien-que-consiste-la-rehabilitacion-cardiaca.html>
21. Burdiat G. Programa práctico de rehabilitación cardiovascular. Rev.

- Cardiología. Diciembre 2006 [citado el 4 de setiembre 2012]; N° 21 (3);
URL Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s0797-00482006000300009&script=sci_arttext
22. Gaspar J. EL EJERCICIO DESPUÉS DEL INFARTO. Julio de 2012 [citado el 9 de setiembre 2012]. URL Disponible en: <http://josegasparpf.blogspot.com/2012/07/el-ejercicio-despues-del-infarto.html>
23. DKV- Muévete Corazón - Seguros Médicos. Ejercicio y Paciente con Enfermedad Cardíaca. [Citado 10 de octubre 2012] URL Disponible en: http://www.dkvseguros.com/corazon/muevete/paciente/portador_valvulas.htm
24. Cardiopovisa. Tratamiento después de un Infarto de Miocardio. [Julio 2011]. URL Disponible en: <http://www.cardiopovisa.es/lector-noticias/items/tratamiento-despues-de-un-infarto-de-miocardio.html>
25. Dr. Sánchez, A. contra el infarto, cuida tu corazón. [Citado el 23 de octubre del 2012] URL disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/jsanch14/sp10.htm>
26. Texas Heart Institute, [December 2013] URL disponible en: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
27. López, Eddy. Conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y comportamiento para la prevención del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del hospital "Dr. Pastor Oropeza" de Barquisimeto, Estado Lara. Biblioteca las casas 2009 [30 nov

2012];URL Disponible en:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0482.pdf>

28. California Pacific Medical Center; “Ataque Cardíaco Infarto de Miocardio”, 2003 [citado el 20 de octubre del 2012].URL Disponible en:
<http://www.cpmc.org/learning/documents/rg-acutemi-span.pdf>
29. Dr. Freggiaro, E. Infarto Agudo de Miocardio: Cosas que hay que saber. 2009 [citado en 15 de agosto del 2012]. URL Disponible en:
<http://www.forobioquimico.com.ar/infarto.html>
30. Achuri Diana; Buitrago Lilia; Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto agudo del miocardio,[citado el 23 noviembre del 2013] URL Disponible en:
<http://scc.org.co/enfermeria/files/2013/04/articulo-depresion-infarto.pdf>
31. Grajales A, Landeros O, Linares F, Tenahua Q. Capacidad y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular 2007. (41): 19-24 [fecha de acceso el 12 de junio del 2013].
32. Herrera J, Hincapié M, Moyano P, Reyes C. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. 2004 (35) ,199-204.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Conocimiento de los usuarios sobre autocuidado post infarto miocardio	Es el conjunto de ideas, conceptos y datos que adquiere a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y con otras personas.	Conceptos Generales Dieta del usuario post infarto miocardio	El infarto de miocardio aparece por un riesgo sanguíneo insuficiente debido a la obstrucción de una arteria. La alimentación del usuario post infarto de miocardio significa comer la cantidad y calidad adecuada de alimentos, con la finalidad de tener	<ul style="list-style-type: none"> • Definición IMA • Definición autocuidado • Manifestaciones clínicas • Factores de riesgo • Complicaciones • Consumo de proteínas animales • Consumo de carbohidratos • Consumo de líquidos • Importancia de dieta • Consumo de sodio

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
		<p>Descanso y sueño del usuario post infarto de miocardio</p> <p>Control de Hábitos nocivos del usuario post infarto de miocardio</p>	<p>El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básico para la calidad de vida, favoreciendo al relajamiento, sin sueño y descanso la capacidad de concentración y enjuiciamiento disminuye por consiguiente el usuario post infarto de miocardio debe tener presente durante su proceso de rehabilitación.</p> <p>Algunos hábitos resultan dañinos para la salud. Incluyen el uso de sustancias nocivas, ya sea legalmente permitida, como el tabaco, el alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del reposo • Consecuencia de descanso inadecuado • Horas de descanso y sueño • Consumo de tabaco • Consumo de alcohol

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
		<p>Dieta del usuario post infarto miocardio</p> <p>Actividad Física del usuario post infarto Miocardio</p>	<p>Es la alimentación del usuario post infarto de miocardio respecto a la cantidad y calidad de alimentos, que este consume.</p> <p>Son los movimientos corporales en cantidad y frecuencia, que realiza el usuario post infarto de miocardio. Que favorece su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos bajo en grasas • Consumo de alimentos saludables • Precauciones para desarrollar actividad física • Frecuencia

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
		<p>Descanso y sueño del usuario post infarto de miocardio</p>	<p>Consiste en el número de horas y procesos de reposo que realiza el usuario post infarto de miocardio los que son esenciales para la salud y básico para mejorar la calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de relajación • Medios de distracción • Horas de descanso y sueño reparador
		<p>Control de Hábitos nocivos del usuario post infarto de miocardio</p>	<p>Son las actividades y sustancias que el usuario post infarto de miocardio evita ya que pone en peligro su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco • Consumo de alcohol

ANEXO II



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CUESTIONARIO SOBRE CONCIMIENTO DE AUTOCIDADO POST INFARTO

AGUDO DE MIOCARDIO

Introducción.- Estimados usuarios, somos estudiantes de Enfermería de la Escuela Padre Luis Tezza. El presente instrumento presenta un conjunto de 44 ítems y es muy importante que piense sus respuestas y responda con la mayor sinceridad posible. Tenga la plena seguridad que la información que nos brinde será estrictamente confidencial y de carácter Anónimo.

Indicaciones.- En la siguiente encuesta se presentan las preposiciones que cuenta con cuatro alternativas, por lo que debe elegir solo una de ellas marcando con un aspa (X) según corresponda.

La Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y los investigadores agradecemos su participación y colaboración en el desarrollo del cuestionario y encuesta. ¡Gracias!

Datos generales:

Edad:.....**Sexo:** (M) (F)

Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()

Estado Civil:

Soltero/a () Casado/a () viudo/a () Separado/a () Conviviente ()

Ocupación:.....

Antecedentes Familiares con infarto Agudo de Miocardio:

Papa () Mamá () Tíos () Abuelos () Hermanos ()

Tiempo de Enfermedad:

Otros especifique: Diabetes () Hipertensión () Colesterol () Tabaco ()

I. INFORMACION ESPECIFICA:

1. ¿Qué es el Infarto Agudo de Miocardio?
 - a. Es un crecimiento del corazón.
 - b. Es la muerte de una parte del musculo del corazón.**
 - c. Es un agujero en el corazón.
 - d. Dilatación del corazón que produce dolor.

2. ¿Qué es el autocuidado?
 - a. Cuidar a otra persona.
 - b. Cuidarse a sí mismo.**
 - c. Cuidarse a sí mismo con la ayuda de otra persona.
 - d. Cuidar a mis familiares.

3. El Infarto Agudo de Miocardio se puede acompañar de los siguientes síntomas:
 - a. Falta de apetito.
 - b. Dolor de mandíbula, cuello y brazo izquierdo.**
 - c. Decaimiento y mareos.
 - d. Dolor de cabeza intenso.

4. ¿Cuáles son los factores que pueden influir en la aparición Infarto Agudo de Miocardio?
 - a. Bajo peso – consumo de grasas
 - b. Consumo de grasas – incremento de actividad física
 - c. Consumo de tabaco – exceso de peso**
 - d. Edad – Género Femenino

5. La complicación más grave del Infarto Agudo de Miocardio si es que no es atendido de inmediato puede ser:
- a. Alteración de los latidos del corazón.
 - b. La muerte.**
 - c. Crecimiento del corazón.
 - d. Dolor de cabeza intenso.
6. ¿Qué tipos de carne debe evitar consumir después de sufrir un Infarto agudo de Miocardio?
- a. Carne de pollo.
 - b. Carne de pescado.
 - c. Carnes rojas.**
 - d. Todas las carnes.
7. El colesterol Malo, causante del Infarto Agudo de Miocardio, se puede prevenir a través de:
- a. La poca ingesta de alimentos grasos de tipo animal.**
 - b. El consumo diario de huevos.
 - c. El abundante consumo de harinas.
 - d. El consumo abundante de mayonesa y embutidos.
8. Una persona con infarto agudo de Miocardio cuanto de agua debe beber:
- a. Más de 2 litros diarios.
 - b. La misma cantidad de líquidos
 - c. No más de 1´5 a 2 litros diarios**
 - d. No importa la cantidad solo se debe de tomar agua

9. La dieta recomendada después de sufrir infarto agudo de miocardio es:
- a. Dieta rica en grasas y frituras.
 - b. Dieta rica en harinas y azúcares.
 - c. Dieta rica en frutas y verduras.**
 - d. Dieta rica en carnes rojas y embutidos.
10. El colesterol alto produce en nuestras arterias.
- a. Coágulos de sangre.
 - b. Placas de grasa en las arterias.**
 - c. Ablandamiento de las arterias.
 - d. Trombos en las arterias.
11. ¿Es necesario ingerir una dieta baja en grasas?
- a. Para controlar el colesterol.**
 - b. Para evitar el cansancio.
 - c. Para tener buena figura.
 - d. Para evitar el malestar general.
12. Para regular la presión arterial es recomendable:
- a. Aumentar el consumo de sal.
 - b. Aumentar el consumo de azúcar.
 - c. Disminuir el consumo de sal.**
 - d. Disminuir el consumo de azúcar.

13. La obesidad se puede prevenir a través de:
- a. Disminución de consumo de harinas, azúcares y grasas.**
 - b. Aumento de consumo de frituras y embutidos.
 - c. Consumo de carnes rojas.
 - d. Consumiendo alimentos fritos.
14. Para prevenir otro evento de Infarto Agudo de Miocardio es necesario:
- a. Control médico periódico anual
 - b. Control médico periódico semestral
 - c. Control médico periódico trimestral
 - d. Control médico periódico mensual**
15. Las ventajas del ejercicio físico en la persona con problema de Infarto Agudo de Miocardio son:
- a. Ayuda a una presión arterial óptima.
 - b. Pérdida de peso.
 - c. Tolerancia al esfuerzo físico.
 - d. Todas las anteriores.**
16. Después de haber sufrido infarto agudo de miocardio ¿Cuándo se debe reiniciar la actividad física (recreativa o deportiva)?
- a. Cuando se sienta bien y el médico lo indique.**
 - b. Cuando regrese a casa.
 - c. Después de 3 meses.
 - d. Después de 6 meses.

17. ¿Por qué es importante el reposo?
- Restablecer las energías y despejar mejor las ideas**
 - Es una pérdida del tiempo innecesario.
 - No es importante suficiente con las horas de sueño.
 - Dormir un poco más si no se pudo durante la noche.
18. El estrés unido a otros factores de riesgo coronarios pueden causar serios daños al sistema cardiovascular, esto se puede prevenir a través de:
- Dormir bien y levantarse descansado.**
 - Exigirse en el trabajo más de lo normal.
 - Tener ansiedad y cólera no expresada.
 - Trabajar largas horas y no hacer deporte.
19. Cuantas horas debe dormir una persona en promedio.
- Debe de dormir 8 horas.**
 - Debe dormir 6 horas.
 - No interesa el tiempo.
 - Lo suficiente como para sentir bien.
20. ¿Cuándo no se descansa las horas necesarias, esto ocasiona en el corazón?
- Aumento de la presión arterial y frecuencia cardiaca.**
 - Disminuye la presión arterial baja.
 - Disminuye el colesterol.
 - Disminuye los latidos cardiacos.

21. El consumo de alcohol incrementa notablemente el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular , esto produce en el organismo:
- a. Disminución de la cantidad de oxígeno disponible para el corazón.
 - b. Ritmo cardiaco aumentado.
 - c. Elevación de la presión sanguínea.
 - d. Todas las anteriores.**
22. El consumo de tabaco no es dañino si se fuma.
- a. 1 cigarrillo por semana.
 - b. 2 cigarrillos por semana.
 - c. 4 cigarrillos por semana.
 - d. Ningún cigarrillo por semana.**
23. Después de sufrir un infarto agudo de miocardio ¿Cómo se debe cuidar?
- a. Dejando el consumo de tabaco y alcohol**
 - b. Haciendo ejercicios cada fin de semana
 - c. Haciendo dieta por algunos meses
 - d. Todas las anteriores.

INSTRUMENTO DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO

Nº	ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
1	Me peso semanalmente.			
2	Controlo mi presión arterial diariamente			
3	Acudo a mis controles médicos periódicos			
4	Realiza sus exámenes auxiliares (EKG, ECG, PE)			
5	Si mis pies, piernas empiezan a hincharse más de lo habitual me contacto con mi doctor o enfermera			
6	Tomo toda la medicación que me indicó el médico.			
7	Cumplo con los horarios de la medicación indicada.			
8	Consumo una dieta baja en sal y condimentos.			
9	Consumo alimentos ricos en fibras y sin grasas saturadas.			
10	Evito el consumo de alimentos enlatados, piqueos, gaseosas			
11	Soy cuidadoso con mis actividades de ejercicio para que no tengan un efecto negativo en mi salud			
12	Realizo ejercicios diariamente			
13	Evito constantemente tener una vida sedentaria			
14	Reposo unos instantes durante el día			
15	Procuro cumplir con mi horario de sueño.			
16	Realizo actividades de esparcimiento y relajación			
17	Procuro contralar mi estrés durante las horas laborales			
18	Evito el consumo de cigarrillos			
19	Evito el consumo de alcohol			

ANEXO III



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0010
											0.0001

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva

Si "P" = < 0.05, por consiguiente la prueba de concordancia de jueces de expertos señala que el instrumento es válido 0,000001.

ANEXO IV



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO

Según la Fórmula 20 de Kuder- Richardson.

$$F_{20} = K \frac{1 - \frac{\sum p_i \cdot q_i}{S^2_T}}{K - 1}$$

Donde:

$\sum p_i \cdot q_i$ = sumatoria de varianza = 3.38

S^2_T = Sumatoria total de varianza = 16.8

K = Número de ítems = 23

F 20 = Coeficiente de confiabilidad del instrumento = 0.83

Remplazando:

$$\frac{23}{22} \left[1 - \frac{3.38}{16.8} \right] = 0.832$$

Los coeficientes Kuder Richardson mayores a 0.60 se consideran aceptables por lo tanto el instrumento tiene buena confiabilidad.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE PRÁCTICA

Según la Fórmula de α de Crombach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

K = Numero de ítems del instrumento. =19

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de la Varianza de cada ítem = 25.9

$\sum S_T^2$ = Sumatoria de la Varianza total de los ítem = 5.48

α = Coeficiente de confiabilidad del instrumento = 0.82

Remplazando:

$$\frac{19}{18} \left[1 - \frac{5.48}{25.9} \right] = 0.829$$

Los coeficientes alfa de Crombach mayores a 0.60 se consideran aceptables por lo tanto el instrumento tiene buena confiabilidad.

Para el estudio se tomó la siguiente fórmula

$$n = \frac{z^2 p q}{E^2}$$

Si se conoce N , continuar:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Dónde:

p : Es el número de Usuarios con desconocimiento y medidas de preventivas desfavorables.

q : Es el número de Usuarios con conocimiento y medidas favorables ($q: 1-p$)

E : Dimensión de Error (0.05)

Z : Nivel de Confianza (1.96)

n : Tamaño de la muestra

N : Población total

$$n: \frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2}$$

$$N_f: \frac{384}{1 + \frac{384}{108}}$$

$$n: \frac{0.9604}{0.0025} = 384$$

$$N_f: \frac{384}{1 + \frac{384}{108}} = \frac{384}{5} = 77$$

ANEXO V



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



Consentimiento informado

“Relación del Nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio de los usuarios de consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara”.

Estimado Sr. / Sra.

Somos, estudiantes de enfermería del X ciclo, de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

El presente documento es para invitarle a participar de este estudio que lleva como título “Relación del Nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio de los usuarios de consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara”, El cual ha sido elaborado para recolectar información que nos permitirá conocer las características sobre su conocimiento y práctica de autocuidado después de haber sufrido un Infarto agudo de miocardio y los nuevos estilos de vida que este requiere.

Este estudio no conlleva a riesgos que le puedan perjudicar ni a Ud. ni a su familia. Por participar del estudio Ud. no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir libremente con esta importante investigación.

Para poder participar del estudio Ud. tendrá que llenar el cuestionario que hemos elaborado y que consta de 23 preguntas de conocimiento y 19 de práctica esperando su total seriedad y sinceridad.

El cuestionario le demandará un promedio de 15 minutos, y será de carácter anónimo.

La participación en este estudio será de forma voluntaria. Si usted cree que no debe ser involucrado en este estudio, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno. En todo momento tendrá plena libertad de decisión.

Cabe destacar, que todos los datos que Usted nos ofrezca serán sólo usados por los investigadores, y en lugar de su nombre se usará un código para procesar la información.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse con nosotros a los siguientes teléfonos 945971468 / 952399368; o de caso contrario a la institución a la cual pertenecemos 4342770.

Por lo tanto, yo.....
manifiesto que he sido informado sobre el estudio titulado “Relación del Nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado post infarto agudo de miocardio de los usuarios de consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara”, y que conozco y comprendo el cuestionario que se me va a aplicar; realizado por los estudiantes Falen Flores Ricardo Ronald y Rodríguez Abanto Doris Roxana.

Hemos tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara, también sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar del estudio conducido por los estudiantes Falen Flores Ricardo Ronald y Rodríguez Abanto Doris Roxana.

Firma

Investigadores:

Rodríguez Abanto Doris

DNI: 41936865

.....

Firma

Falen Flores Ronald

DNI: 72687115

.....

Firma

ANEXO VI



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

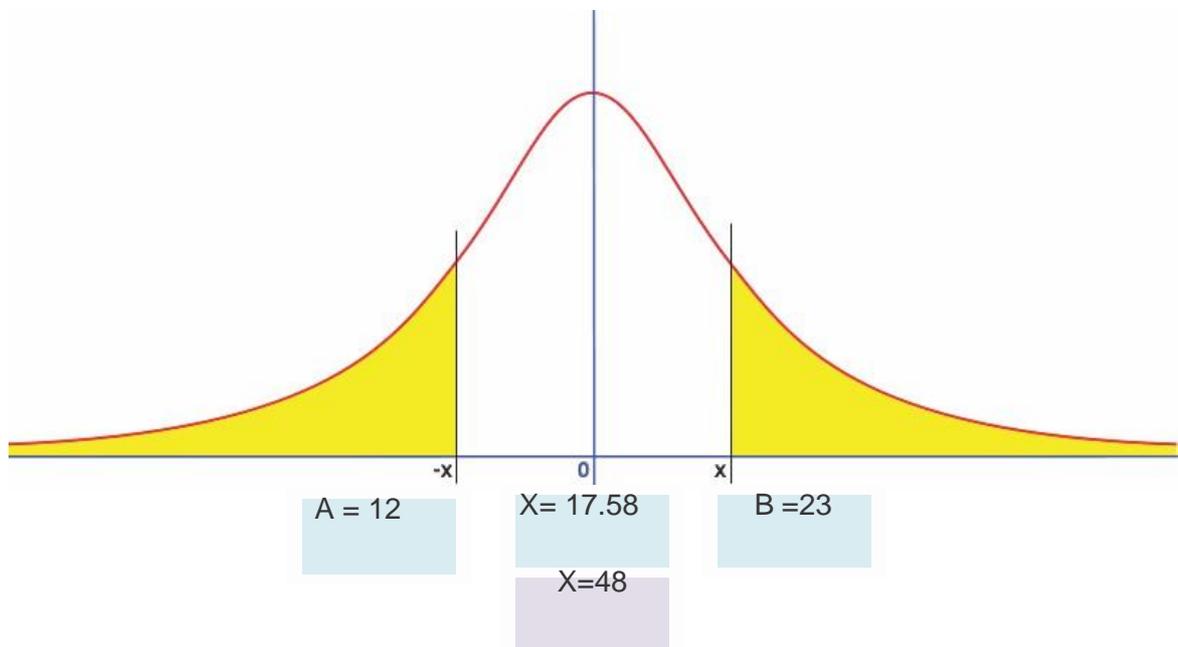
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ESCALA DE VALORACION DEL INSTRUMENTO

	BAJO	MEDIO	ALTO	X ± 0.75
CONOCIMIENTO	12 - 15	16 - 19	20 - 23	7.58 ± 0.75 * 2,41

	INADECUADA	ADECUADA	PROMEDIO
PRACTICA	0 - 48	49- 57	48,9



ANEXO VII



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



Conocimiento Post Infarto Agudo de Miocardio según ítems en los Usuarios que acuden al Consultorio Externo de Cardiología del Hospital

Guillermo Almenara, Noviembre 2013

ITEM	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Una persona con infarto agudo de Miocardio cuanto de agua debe beber	43	56%	34	44%	77	100%
Qué es el Infarto Agudo de Miocardio	49	64%	28	36%	77	100%
Cuál es el tipo de dolor que se presenta en el Infarto Agudo de Miocardio	43	56%	34	44%	77	100%
El colesterol alto produce en nuestras arterias	49	64%	28	36%	77	100%
Las ventajas del ejercicio físico en la persona con problema de Infarto Agudo de Miocardio	49	64%	28	36%	77	100%
Cuántas horas debe dormir una persona en promedio	47	61%	30	39%	77	100%
El tabaco incrementa el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.	44	57%	33	43%	77	100%

Se observa que el 56% de los usuarios conocen sobre la cantidad de agua que deben consumir seguido muy de cerca de los que no conocen, por otro lado el 64% conoce que es el infarto agudo de miocardio reconociendo sus síntomas un 56%; así como un 64% sabe sobre las ventajas del ejercicio físico, el 61% conoce el número de horas promedio que se debe dormir y el 57% conoce que el trabajo incrementa el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular seguido del 43% que desconoce este hecho.

ANEXO VIII



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



Práctica post Infarto Agudo de Miocardio según ítems en los Usuarios que acuden al Consultorio Externo de Cardiología del Hospital Guillermo

Almenara, Noviembre 2013

ITEM	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me peso semanalmente	1	1%	75	98%	1	1%	77	100%
Controlo mi presión arterial diario	20	26%	56	73%	1	1%	77	100%
Procuro cumplir con mi horario de sueño	21	27%	53	69%	3	4%	77	100%
Realizo actividades de esparcimiento y relajación.	17	22%	55	71%	5	7%	77	100%
Procuro controlar mi estrés en las horas laborales	17	22%	55	71%	5	7%	77	100%
Realiza sus exámenes auxiliares (EKG, ECG, PA)	13	17%	55	72%	8	11%	77	100%

Se puede observar que del 100% de los usuarios encuestados el 98% a veces se pesa, el 73% a veces controla su presión arterial, seguidos de 26% que siempre lo hace, el 69% a veces cumple con sus horarios de sueño, el 71% a veces realiza actividades de esparcimiento, similares resultados a veces controlan su estrés laboral y el 72% a veces realiza sus exámenes auxiliares seguidos de un 17% que siempre lo hacen.

ANEXO IX



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CARTA DE AUTORIZACIÓN AL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-2013



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Creada por Decreto Supremo N° 026-83-SA de fecha 18-08-83

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Av. El Polo 641 Santiago de Surco - Lima - Perú • Telfs: 434-2770 / 436-7283 Fax: 434-3166

✉ escuela-tezza@eeplt.edu.pe • www.eeplt.edu.pe



Surco, 14 de mayo del 2013.

Carta N°003-2013/CE/D/EEPLT

Doctor
GASTÓN BARNECHEA LANDA
Jefe del Dpto. de Capacitación en Investigación y Docencia
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez para presentarle a la Srta. **DORIS ROXANA RODRIGUEZ ABANTO** y al Sr. **RICARDO RONALD FALEN FLORES**, estudiantes del IX ciclo de la Carrera de Enfermería de nuestra institución, quienes van a realizar la investigación: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL AUTOCUIDADO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LOS USUARIOS DE CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ESSALUD 2013”**, por lo que le solicito su autorización para que sea evaluado por el **Comité de Ética e Investigación** de la prestigiosa Institución que usted dignamente dirige.

Agradeciendo anticipadamente la acogida que se sirva brindar a la presente, me despido de Ud. reiterando mis sentimientos de la más alta y distinguida consideración.

Atentamente,



Sor Felipa Gastulo B
Mg. SOR FELIPA GASTULO MORANTE
DIRECTORA
CEP. 35671

SFGM/vpf

ANEXO X



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



APROBACIÓN DEL COMITÉ DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN.


2890
CARTA N° -OCID-G-RAA-ESSALUD-13
Lima, 06 de Setiembre del 2013

Señor Doctor:
SILAS ALVARADO RIVADENEYRA
Jefe del Departamento de Enfermería
Red Asistencial Almenara - EsSalud

Presente.-

Me dirijo a Usted con un cordial saludo e informarle que el proyecto de Investigación:

N° 61-13 “Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado Post infarto Agudo de Miocardio de los Usuarios de Consultorio Externo del Hospital Nacional de EsSalud 2013”

 Autores:
1. Falen Flores Ricardo Ronald- Estudiante de Enfermería
2. Rodríguez Abanto Doris Roxana – Estudiante de Enfermería

Fue evaluado en reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 06 de Setiembre del 2013, con la presencia de sus miembros: Dra. Miriam Luz Soria Chávarri, Lic. Silas Alvarado Rivadeneyra, Lic. Gaby Chávez Zegarra y Lic. Ysabel Menéndez Fernández, siendo **aprobado**.

Expresándole mi consideración, me suscribo de Usted.

Atentamente,


RED ASISTENCIAL ALMENARA
D. YSABEL MENÉNDEZ FERNÁNDEZ
Jefa de la Oficina de Capacitación
Investigación y Docencia
ESSALUD

Cc: OCID-interesada/-archivo
MSCH/lpm




ANEXO XI



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

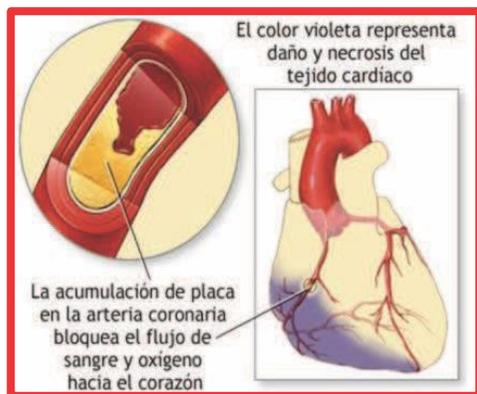
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



TRÍPTICO

¿Qué es el infarto agudo de Miocardio?

Es un cuadro clínico producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, parcial o total, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir el infarto.



Los factores que desencadenan esta enfermedad:

El incremento de esta enfermedad se debe básicamente a los factores modificables,

alimentación rica en grasa y carbohidratos, vida sedentaria, tabaquismo.

• Factores controlables: la Hipertensión arterial, diabetes, colesterol obesidad.

• Factores no modificables: la edad, antecedentes familiares

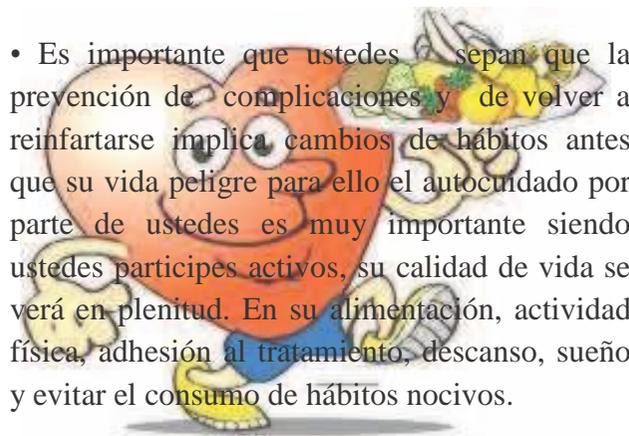


Síntomas:

- Dificultad respiratoria.
- Dolor en el pecho
- Perdida del conocimiento
- Dolor en el brazo izquierdo

Alimentación Saludable:

• Es importante que ustedes sepan que la prevención de complicaciones y de volver a reinfartarse implica cambios de hábitos antes que su vida peligre para ello el autocuidado por parte de ustedes es muy importante siendo ustedes participantes activos, su calidad de vida se verá en plenitud. En su alimentación, actividad física, adhesión al tratamiento, descanso, sueño y evitar el consumo de hábitos nocivos.



Adherencia al tratamiento:

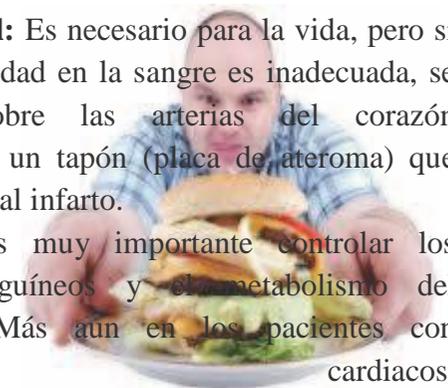
- La Rehabilitación cardiovascular se aplica a todos los pacientes portadores de cardiopatía, salvo que se encuentren inestables o presenten una contraindicación transitoria o expresa para la misma.
- Ejercicio físico mejora sus músculos, le da más energía y le hará sentirse mejor emocionalmente. Ayuda a su corazón y le da más fuerza a su cuerpo.

Hábitos Nocivos:

- Es muy importante reconocerlos y evitarlos para prevenir complicaciones y evitar un reinfarto siendo estos los más característicos los siguientes.



El colesterol: Es necesario para la vida, pero si nuestra cantidad en la sangre es inadecuada, se deposita sobre las arterias del corazón produciendo un tapón (placa de ateroma) que puede llevar al infarto. Por esto es muy importante controlar los niveles sanguíneos y el metabolismo del colesterol. Más aun en los pacientes con antecedentes cardiacos.



FINALMENTE... ¡El te mata!

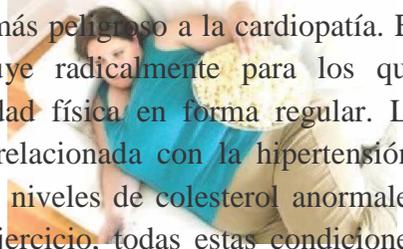
Fumar: Aumenta 2,5 veces el riesgo de un ataque cardíaco con respecto a una persona que no lo hace. Las mujeres que fuman tienen un riesgo aún mayor que los hombres que fuman, lo que pone en peligro la vida de un paciente con antecedente de infarto.



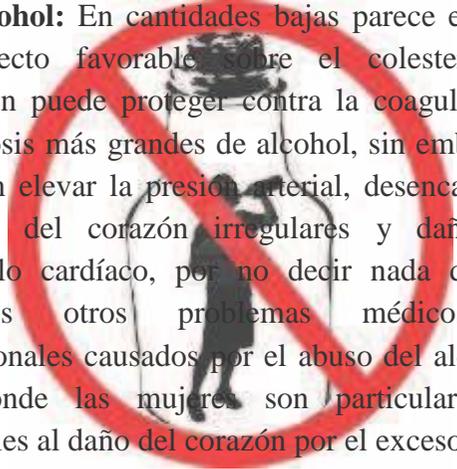
COMPONENTES DEL CIGARRILLO



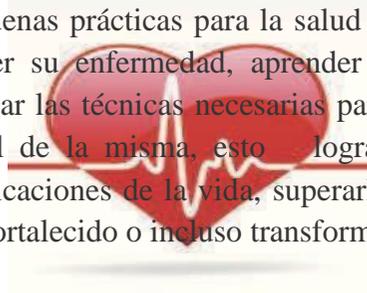
La inactividad física: Es en realidad el cuarto contribuyente más peligroso a la cardiopatía. El riesgo disminuye radicalmente para los que realizan actividad física en forma regular. La obesidad está relacionada con la hipertensión, la diabetes, los niveles de colesterol anormales y la falta de ejercicio, todas estas condiciones contribuyen al riesgo para un ataque cardíaco.



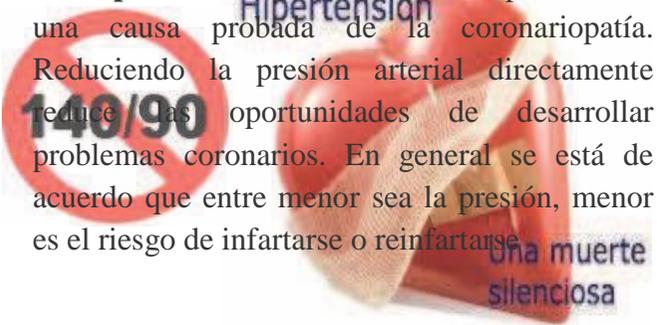
El alcohol: En cantidades bajas parece ejercer un efecto favorable sobre el colesterol y también puede proteger contra la coagulación. Las dosis más grandes de alcohol, sin embargo, pueden elevar la presión arterial, desencadenar latidos del corazón irregulares y dañar el músculo cardíaco, por no decir nada de los muchos otros problemas médicos y emocionales causados por el abuso del alcohol, en donde las mujeres son particularmente sensibles al daño del corazón por el exceso.



Las buenas prácticas para la salud consistirá en conocer su enfermedad, aprender y sobretodo practicar las técnicas necesarias para el alivio y control de la misma, esto logra reducir las complicaciones de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.



La hipertensión: Por mucho tiempo ha sido una causa probada de la coronariopatía. Reduciendo la presión arterial directamente reduce las oportunidades de desarrollar problemas coronarios. En general se está de acuerdo que entre menor sea la presión, menor es el riesgo de infartarse o reinfartarse.



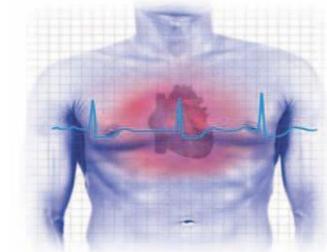
ESCUELA DE ENFERMERIA

PADRE LUIS TEZZA

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL AUTOCUIDADO POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LOS USUARIOS DE CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA



Estudiantes:

Falen Flores, Ricardo Ronald

Rodríguez Abanto, Doris Roxana

2013