



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**MEJORA DEL MANEJO Y DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES
CRÍTICOS AFECTADOS DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
CON ELEVACIÓN DEL ST EN EL HOSPITAL LA CALETA –
CHIMBOTE, 2018 – 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS DEL ADULTO**

AUTOR

LIC. ENF. ANTONIO MARTELLA

ASESORA

MGTR. GUILLEN SALAZAR LEDA MARIA

CHIMBOTE - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Dra. Enf. Martina Mirtha Cabezudo Torres

Presidenta

Mg. Enf. Rosa María Sánchez Nazario

Miembro

Mg. Enf. José Orlando Chero Custodio

Miembro

AGRADECIMIENTO

Especial agradecimiento a mí que gracias a los esfuerzos y a la perseverancia logré llevar a cabo esta experiencia académico profesional, a mis padres, a mi hermano a mi hijo a mi amada esposa, y a todos los profesionales quien con su experiencia profesional, consejos impartidos, ha orientado académicamente en la elaboración y desarrollo del presente trabajo para seguir adelante en la formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios, todo poderoso que
guía día a día mi camino y
por bendecirme con el amor
de mis padres.

A mis amados padres Giuseppe y
Anna Rita, quienes aunque más
allá de los océanos con su
ejemplo, dedicación, fe y apoyo
incondicional me inculcan el
ejemplo de superación personal y
profesional.

A mi hijo Nicolás Giuseppe motor
absoluto de mi vida y a mi esposa
Verónica por su confianza, apoyo y
comprensión.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	1
II. HOJA RESUMEN	3
2.1. Título del Proyecto	3
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	3
2.3. Población beneficiaria	3
2.4. Institución(es) que lo presentan	3
2.5. Duración del proyecto	3
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	3
2.7. Resumen del proyecto.	3
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	17
V. METAS	18
VI. METODOLOGÍA	19
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	19
6.2. Sostenibilidad del proyecto	22
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	29
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	34
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	38
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	41
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	41
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	42
ANEXOS	45

I. PRESENTACIÓN

El siglo XXI ha sido definido por la comunidad científica como la época de la antropología en la cual el hombre es el centro de la atención científica. La medicina como la enfermería se ha ido desarrollando en diferentes áreas de la salud ofreciendo servicio siempre más especializados y con alta tecnología para garantizar una calidad de vida mejor a la persona. Entre ellos las unidades de cuidados Intensivos son la punta del iceberg de la alta tecnología médica que está proyectada para ofrecer sus servicios a personas con graves problemas de Salud. Los casos de Infarto Agudo de Miocardio como los problemas cardiovasculares y hemodinámico, hoy en día constituyen una de las mayores causas de mortalidad en el mundo, según la OMS. El infarto de miocardio es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Se estima que más de tres millones de personas sufrirán un infarto agudo de miocardio con elevación de ST cada año.

A nivel europeo, dentro el síndrome coronario agudo (SCA), corresponde al 33%, presentándose el infarto sin onda Q en un 25% y la angina inestable en un 42%. Similares datos muestra el registro español MÁSCARA. Se trata de una enfermedad de predominio en países desarrollados, aunque su incidencia se está viendo incrementada de forma notable en países en vía de desarrollo. (1)

En las últimas décadas se ha conseguido una disminución de la mortalidad en la fase aguda del infarto, principalmente en la fase hospitalaria, con una mejora del pronóstico a corto y largo plazo. Esto es debido a la integración de varios factores como son: un rápido diagnóstico y monitorización del paciente con la posibilidad de iniciar maniobras de reanimación de forma inmediata, la administración de determinados tratamientos (antiplaquetarios, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y, de manera destacada por su especial importancia, la aplicación de forma precoz de las terapias, farmacológicas o mecánicas, de reperfusión. A pesar de todo, la mortalidad hospitalaria con una mortalidad extrahospitalaria muy importante, lo que nos da aún un amplio margen de mejora. (1)

En la actualidad el infarto agudo de miocardio, es una patología que potencialmente mortal si no es tratado en tiempos rápido y de manera competente y eficaz. En la realidad de Chimbote, el Hospital la Caleta es la única institución pública del ministerio de salud que brinda atención de salud con un nivel II-2, que en la actualidad no cuenta ni da una unidad de angioplastia, ni de desfibrilador ni de protocolos de fibrinólisis de aquí la idea de implementar protocolos de fibrinólisis.

Los infartos agudos de miocardio son a nivel internacional una de las primeras causas de morbi-mortalidad en la población adulta desde los 40 hasta los 75.

La terapia farmacológica de fibrinólisis es una valida alternativa a la angioplastia ya que el hospital la caleta no cuenta con dicho equipamiento, así como protocolos de enfermería que puedan facilitar la administración de dicho tratamiento.

II. HOJA RESUMEN

21. Título del Proyecto: Mejora del manejo y atención de los pacientes afectados de infarto agudo de miocardio con elevación del ST en el Hospital La Caleta 2018 – 2020.
22. **Localización:** Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Región Ancash.
23. Población beneficiaria:
 - ❖ Población directa: usuarios afectados por IAMCEST de toda la provincia del Santa y región Ancash con Seguro Integral de Salud (SIS).
 - ❖ Población indirecta: Equipo de salud que labora en los servicios de hospitalización del Hospital la Caleta.
24. Institución(es) que lo presentan: Hospital la Caleta
25. Duración del proyecto: 3 años
Fecha de inicio: Agosto 2017. Fecha de término: Agosto 2020.
26. Costo total o aporte solicitado/aporte propio: 3. 000.000 soles
27. Resumen del proyecto:

El proyecto tuvo como objetivo mejorar el manejo y la atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.

Los Objetivo específicos fueron:

- Construcción y equipamiento de una unidad de hemodinámica especializada en ACTP y cardio - cirugía en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.
- Elaboración de protocolo de atención y estandarización del IAMCEST y enfermedades cardiovasculares en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.

- Organizar capacitaciones sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares para el personal de salud, a través instituciones no gubernativas italianas, Chimbote 2018 - 2020.

III. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causas de muerte en el mundo y ocupan la tercera causa de morbilidad total e impacto económico, se presentan como síndrome isquémico coronario agudo (SICA) sin elevación del segmento ST (SICAEST), expresando como angina inestable o infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (AI/IAMSEST) y como infarto del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los AVC.

Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.

De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV.

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda. (1)

En la realidad de Chimbote según el sistema de estadística del Hospital la Caleta las enfermedades cardiovasculares representan las primeras causas de ingreso a los servicios de emergencia, seguida de los problemas neumológicos. Los Infarto agudo de miocardio con elevación del ST representan un problema social que se está incrementado, y corresponde a una alta tasa de morbi mortalidad en los pacientes afectado. En estos episodio influye considerablemente los tiempos de atención, la capacidades del personal de salud, lo insumos, fármacos y equipamiento que el hospital dispone. Según el sistema de estadística del Hospital la Caleta los infartos en el año 2014 han sido 25 casos, en el año 2015 40 casos en el 2016 78 casos. Los datos nos indican el constante y progresivo aumento de los casos de IAMCEST, lo que deja en evidencia un problema social creciente (2).

En la realidad de Chimbote, el Hospital la Caleta es la única institución pública del ministerio de salud que brinda atención de salud con un nivel II-2, que en la actualidad no cuenta ni da una unidad de angioplastia, ni de desfibrilador ni de protocolos de fibrinólisis.

Entre las otras realidades hospitalarias publicas fuera de la municipalidad de Chimbote y dentro de la provincia de la Santa se encuentra el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barón, en el distrito de Nuevo Chimbote, que ofrece un nivel de complejidad más alto respecto al Hospital La Caleta, pero siempre se evidencia la ausencia y deficiencia de servicios como la unidad de Cardiología, angioplastia y protocolos de fibrinólisis que puedan garantizar una adecuada atención a los pacientes con IAM.

Se hace siempre más evidente la necesidad de implementación, construcción y equipamiento, de una unidad de Hemodinámica que pueda ser de centro de referencia a nivel Regional y por el norte del país ya que Lima cuenta con infraestructuras adecuadas para el anejo del IAMCEST. La elaboración de protocolo como consecuencia estandarizaría procesos tanto de enfermería como de medicina para una correcta atención de calidad. Sin embargo el reto más arduo es buscar la colaboración, actualización y capacitación del personal médico- enfermería y su aceptación.

3.1. Antecedentes

En MINSA en sus lineamientos de políticas para el Sector Salud no cuenta con plan operativos no decretos ministeriales para la implementación de infraestructura de angioplastia primaria percutánea para el tratamiento de los casos de Infarto agudo de Miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

La Ley General de Salud Ley N° 26841, Ley del Ministerio de Salud ley N° 27657 es la que rige en la institución.

A nivel nacional encontramos una única resolución directoral n 114/2014 del Hospital Cayetano Heredia que aprueba la “Guía clínica para el tratamiento del SICA con ST no elevado”.

1. Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar et. (2013) en la reunión para la elaboración de la guía europea sobre Infarto agudo de miocardio “ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC).La European Society of Cardiology evidencia la importancia del tratamiento fibrinolítico “La fibrinólisis es una importante estrategia de reperfusión, particularmente en aquellas situaciones en las que la ICP primaria no puede ser ofrecida a los pacientes con STEMI (IAMCEST) dentro de los plazos recomendados. El beneficio de la terapia fibrinolítica en pacientes con STEMI(IAMCEST) está bien establecido: 146 en comparación con placebo, aproximadamente 30 muertes tempranas se previenen por 1000 pacientes tratados dentro de las 6 h después del inicio de los síntomas. En general, el mayor beneficio absoluto se observa entre los pacientes con mayor riesgo, aunque el beneficio proporcional puede ser similar. El beneficio también se observa en los ancianos: en un subgrupo de 3300 pacientes mayores de 75 años que se presentan dentro de las 12 h de inicio de los síntomas y con elevación del segmento ST o bloqueo de rama, las tasas de mortalidad se redujeron significativamente con la terapia fibrinolítica”(10).

2. El estudio GISSI, desarrollado en Italia en los años noventa se encuentra dentro de los pioneros que demuestra la eficacia del tratamiento de fibrinólisis en paciente con infarto agudo del miocardio. “Epidemiology of Avoidable Delay in the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction in Italy. A GISSI-Generated Study” es el título del estudio directo por los doctores M. G. Franzosi, PhD; C. Fresco, MD; E. Geraci, MD; et, en un estudio multicéntrico de casos y controles realizado por 118 unidades de cuidados coronarios en Italia. La mediana y la media de los tiempos en los casos y los controles se compararon para el tiempo de decisión, el tiempo del hogar al hospital y el tiempo en el hospital, y la influencia de varios factores de riesgo potencial sobre el retraso se evaluó por comparación de los pacientes ingresados más de 6 horas después del inicio con los admitidos dentro de las 6 horas posteriores al inicio.

El resultado fue interesante porque demostró que, entre los 5301 pacientes con infarto agudo de miocardio, 590 que llegaron a una unidad de cuidados coronarios después de 12 horas fueron considerados casos. Los controles incluyeron 600 pacientes tratados en 2 horas, 603 entre 2 y 6 horas y 466 entre 6 y 12 horas. La mediana de tiempo de decisión entre los casos fue 50 veces mayor que la de los controles que presentaron dentro de 2 horas. El tiempo en el hogar y en el hospital parecía desempeñar un papel menos importante. Entre las variables relacionadas con el paciente, la edad avanzada, la vida sola, la baja intensidad de los síntomas iniciales, la historia de diabetes, el fuerte dolor al inicio del infarto, la aparición de los síntomas durante la noche y la participación de un médico general parecen afectar significativamente el retraso.

Nos demuestra que la fibrinólisis y el tiempo de llegada inferior a 12 horas son los métodos más eficaces para poder tener un buen pronóstico post-IMA. (11)

3. El desarrollo de las tecnologías e industrias farmacéuticas ha consentido una mejora continua de las técnicas farmacológicas empleada en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. En este sentido los Hospital están llamado a una constante actualización tanto del conocimientos científico como dela fármacos y drogas que el Ministerio de Salud puede

brindar el Profesor José Correa Freile (2011) de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a través de su estudio observacional, prospectivo “Utilidad de Fibrinólisis en pacientes con infarto agudo de miocardio durante las seis primeras horas de evolución” realiza un estudio observacional sobre 35 paciente con IAMCEST a los cuales fue administrado la terapia fibrinolítica con Estreptoquinasa ya que es el tratamiento más económico y accesible, el estudio fue llevado a cabo durante un periodo de 2 años desde el setiembre del 2006 hasta octubre del 2008 .

El estudio tuvo como objetivo determinar el grado de preservación de la función cardíaca después de infarto agudo de miocardio (IAM), mediante la aplicación de fibrinólisis con previa administración de antiagregantes plaquetarios dentro de las primeras seis horas de evolución y establecer el número de pacientes que fueron sometidos a revascularización posterior a la fibrinólisis.

“La elevada mortalidad, cerca del 40 %, hace de esta patología un problema de salud pública. Por esta razón, el tratamiento adecuado dentro de las primeras horas; pueden disminuir en gran medida la mortalidad del paciente.

Existen limitaciones marcadas en lo que significa uso de drogas o métodos nuevos y en la posibilidad de la mayoría de la población de poder acceder a las mismas. La alternativa terapéutica de este estudio es la terapia fibrinolítica, cuya aplicación dentro de las primeras seis horas resulta de gran beneficio como tratamiento inicial. Varios estudios internacionales, demuestran la efectividad de la fibrinólisis para el manejo terapéutico precoz del IAM.” (12)

Como se puede observar en el trabajo de Correa Freile, el Ecuador presenta similitudes a nivel de limitaciones con el Perú, sobre todo en lo que compete a uso de drogas, actualizaciones de personales de salud e infraestructuras equipadas y habilitadas para las angiografías. Así que el estudio observacional, prospectivo, realizado en el hospital regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, de Guayaquil; el tamaño muestral fue de 35 pacientes; quienes fueron sometidos a fibrinólisis luego de

presentar infarto agudo de miocardio (con elevación del segmento ST). Debido a que la muestra fue homogénea se utilizaron como medidas estadísticas media aritmética, y desviación estándar. Además, prueba de Chi cuadrado para obtener el valor p.

Los resultados fueron interesantes sobre todo al ver que el (57%) de los pacientes el tratamiento resultó eficaz mientras que a (43%), se les realizó revascularización con STENT. En la investigación se concluye: que la fibrinólisis como medida terapéutica en el manejo agudo del IAM mejora el grado de función cardíaca. (12)

4. El beneficio de tratamiento con fármacos fibrinolíticos en el IAMcST quedó establecido desde 1986 con la publicación del estudio GISSI sobre 11.806 pacientes. (6) El Dr. Gustavo Junker (2013) Presidente del 29º Congreso Uruguayo de Cardiología en su revisión bibliográfica "Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio" nos detalla los beneficios del utilización de la terapia fibrinolítica. En el estudio se hizo una revisión de 33 publicaciones científica que demuestran las utilidad del tratamiento fibrinolítico Pre-hospitalario intrahospitalario con acceso a angiografía e intrahospitalario sin acceso a angiografía. El estudio tuvo como objetivo hacer una revisión bibliográfica sobre la utilidad del tratamiento fibrinolítico en el IAMCEST.

"Para la reapertura arterial existen dos métodos que, lamentablemente, no están disponibles en todas las áreas donde se reciben este tipo de enfermos. El método farmacológico se basa en la utilización de fibrinolíticos, drogas de amplia disponibilidad y probada eficacia desde hace más de 25 años, que requieren mínimas condiciones para su aplicación...En el mismo se demostró que la administración de estreptoquinasa (SK) intravenosa redujo la mortalidad hospitalaria en los pacientes trata dos en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas con respecto al control."(13). Es evidente como también en Uruguay muchas realidades Hospitalarias carecen de infraestructura y personal para realizar procedimientos como la angioplastica primaria para la reperfusión post-IAM. El estudio contempla su mínimas condiciones para implementar el utilizo de fármacos fibrinolítico como la

estreptoquinasa. El estudio concluye que “La fibrinólisis sigue siendo una excelente herramienta en el tratamiento de reperfusión del IAMcST, con clara reducción de la mortalidad, obteniendo el mayor beneficio cuanto más rápida sea su utilización. Los fármacos disponibles actualmente (TNK) facilitan su utilización al ser dados en bolo. Se debería incrementar su utilización instrumentando su uso en todas las emergencias, e incluso a nivel prehospitalario en áreas donde se presumen tiempos prolongados de traslado. Se debería realizar con más frecuencia la CACG precoz postrombólisis, sobre todo en los pacientes de alto riesgo.”(13)

5. Dr. Miguel Reyes Rocha, Enero – Abril 2013. En el estudio “Registro nacional de infarto de miocardio agudo II. RENIMA II” buscan aportar al sistema peruano de salud datos reales sobre la cantidad de infarto agudo de miocardio. Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad cardiovascular (ECV) fue la principal causa de muerte a nivel mundial, ocasionando alrededor de 17,3 millones de muertes anuales (lo que representa el 30% de todas las muertes registradas), convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública, afectando en mayor proporción a la población de países en vía de desarrollo (80% de estas muertes son en países de ingresos bajos y medios), donde las personas cada vez más padecen de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, dislipidemias, obesidad y dieta inadecuada).

En el Perú hay una transición demográfica y epidemiológica, producto del crecimiento económico de los últimos años y de la mejora en las condiciones generales de vida. Con ello, las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país también han ido cambiando, ubicando a la enfermedad coronaria isquémica como la principal causa de muerte de la población adulta así como generadoras de la mayor carga de enfermedad (58.5%). En 1987 la primera causa de mortalidad eran las infecciones respiratorias y la cuarta causa de mortalidad era la enfermedad isquémica del corazón, pero para el año 2004, la enfermedad coronaria isquémica ya ocupaba el segundo lugar (25.7 por 100,000

habitantes), mayor en hombres (29.7) que en mujeres (21.7)(9), y en el 2007 se mantenía en una segunda posición de mortalidad con una tasa de 44.8 por 100,000, después de las infecciones respiratorias aguda. (14)

6. Eduardo Carcausto en el año (2010). En el estudio “Morbilidad y mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado en un hospital general” de la Universidad privada Cayetano Heredia, Lima, nos detalla las diferentes tipologías de IAM y aua tasa de mortalidad haciendo un análisis a nivel internacional y nacional. Los síndromes coronarios agudos se dividen en aquellos con segmento ST elevado y no elevado, que al presentar movilización de enzimas o demostrarse compromiso de la motilidad cardíaca, se diagnosticará finalmente Infarto de Miocardio. La tasa de mortalidad general intrahospitalaria disminuyó de 11,2% en 1990 a 9,4% en 1999 en USA, como consecuencia de la mejora en el tratamiento de revascularización inicial con fibrinólisis o angioplastia coronaria percutánea (PCI).

En el National Registry of Myocardial Infarction, la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue 5,7% en los que recibieron terapia de reperfusión, mientras que fue 14,8% entre aquellos que no recibieron tal terapia (2,3). Aunque la mortalidad por enfermedad coronaria ha disminuido de manera constante en los últimos años gracias a las nuevas terapias, se considera que seguirá siendo un importante problema de salud pública en las próximas décadas (4,5). En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística (INEI), en el año 2000, las enfermedades del aparato circulatorio se encontraban entre las primeras causas de muerte (18,2% de las muertes registradas) siendo la cardiopatía isquémica la de mayor incidencia.

El estudio se hizo para describir nuestra realidad y evolución clínica de los pacientes que sufren un infarto de miocardio, y servir como un inicio de un esfuerzo conjunto de médicos, pacientes y el sistema de salud para reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico y la calidad de vida después de un infarto.

El objetivo del trabajo fue determinar la morbilidad y mortalidad, y las características demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con IMA ST elevado en un hospital general.

Estudio descriptivo tipo serie de casos, realizado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2007, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de ingreso confirmado de infarto agudo de miocardio ST elevado hospitalizados en el período de estudio. Los criterios de exclusión fueron: Otro diagnóstico motivo del ingreso, presentación del evento coronario durante la hospitalización, carecer de la información suficiente para realizar la investigación, y no poder ubicar la historia clínica.

De 121 casos registrados en la Oficina de Estadística como egresos de pacientes con enfermedades isquémicas del corazón, se encontró 30 casos que cumplían los criterios de inclusión. Se diseñó una ficha para el estudio, en la que se registró la información. Se registraron las variables demográficas como edad, género, estado civil y procedencia; variables clínicas: características del dolor torácico, hora de inicio del dolor torácico, funciones vitales; variables bioquímicas: recuento de leucocitos, nivel de glicemia, hemoglobina, perfil lipídico.

Se definió obesidad como índice de masa corporal mayor de 30 kg/m², o índice cintura cadera mayor de 1 en varones ó 0,8 en mujeres, y dislipidemia como la presencia de colesterol total >200 mg/dl o LDL-c >130 mg/dl. Para el diagnóstico de dislipidemia se tomó el perfil lipídico durante la hospitalización, por lo que 53,3% no tenía de este dato. En los pacientes con tratamiento fibrinolítico se consignó el tiempo puerta-aguja, y la presencia de reperfusión por grado de resolución de la elevación del ST (>50% con respecto al electrocardiograma previo al tratamiento). Se registraron las complicaciones durante la hospitalización. (15)

7. Ferrante D, Tajer C. (2015): El reconocimiento precoz del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) evita muertes por arritmias y permite adoptar estrategias de reperfusión miocárdica que mejoran la sobrevida.

Múltiples barreras se oponen a un tratamiento adecuado de esta patología: la demora en la consulta de los pacientes, no efectuar o interpretar correctamente el electrocardiograma (ECG), el entrenamiento de los médicos de emergencia para adoptar las medidas de reperfusión adecuadas, el acceso a la medicación y la ausencia de redes coordinadas que faciliten la derivación rápida a centros con complejidad suficiente para una estrategia diagnóstica y terapéutica apropiada.

Todos los hospitales y servicios de urgencias que participen en la atención de pacientes con IAMCEST deben registrar y monitorizar el tiempo de retraso y trabajar para alcanzar y mantener los siguientes objetivos de calidad:

Desde el primer contacto médico al primer ECG ≤ 10 minutos. Desde el primer contacto médico al tratamiento de reperfusión Para fibrinólisis ≤ 30 minutos.

- • Para la ATCp ≤ 90 minutos (≤ 60 minutos si el paciente se presenta en los primeros 12 minutos desde el inicio de los síntomas o directamente a un centro con capacidad para realizar ATCp).

Se recomienda que todos los servicios de urgencias, unidades coronarias y servicios de hemodinámica dispongan de un protocolo escrito actualizado para el manejo de pacientes con IAMCEST que, de ser posible, sea compartido por la red de atención médica de una zona geográfica. (16)

8. Bradley EH, Herrin en el año 2015. La trombólisis prehospitalaria (TP) en el IAM en comparación con la trombólisis al llegar al centro de internación ha sido objeto de estudio en ensayos de pequeñas dimensiones. En el año 2000, el metaanálisis de Morrison y colaboradores, que combinó los resultados de los seis mejores trabajos publicados ($n = 6.434$), informó una reducción de la mortalidad hospitalaria del 17% (IC 95% 0,70-0,98) a favor de la TP respecto de la realizada en el hospital. El tiempo al tratamiento fue de una hora menor para el grupo que recibió trombólisis prehospitalaria, lo que explicaría el

beneficio observado. (17)

En conclusión los resultados del registro nacional francés demostraron la superioridad de la TP sobre otras formas de reperfusión al año de seguimiento. En el análisis multivariado, la TP se asoció con un 50% de reducción del riesgo de muerte. En los pacientes tratados con TP que llegaron al hospital en menos de 3,5 horas, la mortalidad hospitalaria fue del 0% y la supervivencia al año fue del 99%.

a. Bases teóricas de la investigación

Como enfermero asistencial en el área de emergencia, se observa un fuerte incremento de casos de mortalidad por infarto agudo de miocardio. Las estrategias nacionales a la fecha no cumplen con un esquema o lineamientos administrativo e político para hacer frente a la demanda creciente. Hoy en día las enfermedades cardiovasculares representan una de las mayores causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, así que, implementar infraestructuras que puedan manejar y tratar estas patologías en la región Ancash, es sin duda, una opción nueva que puede funcionar como centro de referencia a nivel regional como también a nivel del norte del país.

Según la experiencia clínica, toda persona que presenta un proceso agudo o crónico de infarto agudo de miocardio requiere ser cuidada. Cada individuo experimenta una serie de necesidades que constituyen una parte normal de su vida. Una necesidad es cualquier cosa que el individuo requiere para mantenerse o sostenerse de forma confortable. Ayuda es cualquier medida o acción que permite al individuo superar todo lo que interfiere en su capacidad para funcionar correctamente en relación con su situación para que sea válida, esa ayuda debe ser utilizada por un individuo que tiene la capacidad de hacer frente a las exigencias de su situación de salud. Esta necesidad de ayuda se basa en la percepción que tiene el individuo de su propia situación.

Según Ida Jean Orlando, necesidad es cualquier requerimiento del paciente que si se satisface, evita o disminuye su estrés inmediato de

bienestar y comodidad; esta teórica, centra el proceso de enfermería para dar cuidados en tres etapas:

1. La conducta del paciente
2. La reacción del profesional de enfermería
3. La acciones de enfermería

En el caso del paciente con infarto agudo de miocardio, aquel requiere cuidados debido a las limitaciones físicas, psicológicas y sociales generadas por la enfermedad, las cuales le impiden satisfacer en diversos grados las necesidades básicas en forma independiente, requiriendo para su bienestar y recuperación ayuda profesional oportuna y efectiva. Los requerimiento de ayuda para el paciente deben ser identificados y verificados mediante un proceso de evaluación rigurosa y disciplinada y satisfechos bien sea de manera directa por el enfermo o enferma mediante la ayuda de otra persona. Así, las acciones que realiza la enfermería para satisfacer las necesidades del paciente infartado deben ser deliberadas, aspecto que trasciende la intención inmediata de su tarea o rol, al orientar todas sus actividades en beneficio del paciente.

Precisando el objetivo del cuidado de enfermería para el paciente coronario, se debe partir de la individualización del paciente, sus experiencias y el reconocimiento de la percepción que el paciente tiene de su situación. Estas actividades de individualización del cuidado implican:

1. Diagnosticar o conocer si hay necesidades.
2. Saber si el paciente reconoce esas necesidades y su correspondiente necesidad de ser apoyado o ayudado.
3. Esclarecer que está interfiriendo la capacidad del paciente para identificar sus necesidades, si no las reconoce y son evidentes.
4. Precisar hasta donde es capaz el paciente de satisfacer sus propias necesidades.

Identificadas las necesidades del paciente con infarto agudo de miocardio la enfermería aplica conocimientos y habilidades clínicas dirigidas a los siguientes objetivos:

1. Entender al paciente, su patología, situación real o potencial, y sus necesidades.
2. Fortalecer y mejorar las aptitudes del paciente
3. Mejorar su situación de salud dentro de las pautas de ayuda y terapéuticas determinadas.
4. Prevenir la recidiva de su problema o el desarrollo de otro problema u otros problemas que le puedan producir más ansiedad, dolor incapacidad y agotamiento.

El conocimiento de la situación del paciente se adquiere a través de diferentes fuentes; las más empleadas son la historia clínica y personal del pacientes, los informes referidos por los familiares, los informes del personal de salud del servicio donde está hospitalizado el paciente, los relatos e informes permanentes del paciente, todo lo que la enfermera/o sabe sobre esta problemática como producto de su propia experiencia.

Cuando el profesional de enfermería se enfrenta al cuidado del paciente con IAM en la etapa aguda y decide velar por las satisfacciones de las necesidades básicas del individuo en torno a su bienestar y seguridad, debe tener en presente una serie de requerimientos para brindar ese cuidado centrado en el otro, los cuales se pueden resumir así:

1. Poseer conocimientos amplios respecto a la normalidad cardiovascular, específicamente del sistema coronario.
2. Poseer conocimientos amplios sobre las anormalidades coronarias agudas, sus complicaciones y las repercusiones en la vida y el bienestar del ser humano.
3. Tener excelente capacidad de comunicación terapéutica con el paciente, la familia los amigos del paciente y todo los miembros del equipo de salud.
4. Poseer autonomía y criterio para tomar decisiones sobre lo que implica cuidar al paciente con IAM e identificar asertivamente las

necesidades de ayuda.

5. Estar debidamente actualizada o actualizado en los principios, técnicas y procedimientos médicos intervencionistas invasivos y no invasivos para el tratamiento del infarto agudo del miocardio, incluidos todos los derivados de los tratamientos quirúrgicos.

Por lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cómo mejorar de la calidad de vida y de atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020?

El presente proyecto puede ser directamente relacionado con mi labor asistencia, ya que en la unidad de emergencia del HLC todavía no se cuenta ni con infraestructura ni con protocolos de atención del IAMCEST o SICAST.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar el manejo y la atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construcción y equipamiento de una unidad de hemodinámica especializada en ACTP y cardio - cirugía en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.
- Elaboración de protocolo de atención y estandarización del IAMCEST y enfermedades cardiovasculares en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.
- Organizar capacitaciones sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares para el personal de salud, a través instituciones no gubernativas italianas, Chimbote 2018 - 2020.

V. METAS

1. Lograr una atención adecuada, oportuna y eficaz de los pacientes afectos de IAMCEST en el trienio 2018-2020.
2. Lograr número 4 capacitación anuales para los profesionales de salud de emergencia del Hospital La Caleta.
3. Lograr número 4 capacitaciones para la población de Chimbote.
4. Capacitar el personal médico peruano sobre el tratamiento invasivo del IAMCEST.
5. Organizar campañas de cardio-cirugías en la región Ancash en el trienio 2018- 2020.
6. Construcción y equipamiento de un centro de Hemodinámica la unidad de emergencia del HLC.
7. Organizar equipo de investigadores en patología cardiovasculares.
8. Se organizaran 6 reuniones anuales para fortalecer y mejorar la atención al paciente.
9. Se construirá una nueva infraestructura de hemodinámica y cardiocirugia en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018-2020.
10. Se coordinará con el área de OPI del HLC y DIRESA para la elaboración del proyecto arquitectónico y de ingeniería.
11. Se coordinará con el personal de salud las capacitaciones de diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST.
12. Se coordinará las llegadas de profesionales cardiocirujano extranjeras y nacionales para la actualización continua de las competencias.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.

1) Gestión de calidad

Garantizar al usuario que acude a los hospitales e institutos especializados, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud.

El proceso pretende cubrir simultáneamente los siguientes objetivos:

- a) Establecer los atributos de calidad esperada desde la percepción de los usuarios de los servicios que se brindan en los hospitales e institutos especializados.
- b) Definir un conjunto de estándares que permitan garantizar los niveles de calidad de la estructura, procesos y resultados asistenciales, participación de los usuarios y de gestión de los hospitales e institutos especializados.
- c) Establecer indicadores de calidad para la medición de los estándares de calidad de atención propuesta para los hospitales e institutos especializados.
- d) Proporcionar insumos que sirvan para el desarrollo de autoevaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios en los hospitales e institutos especializados.

Para cumplir con los objetivos sobre citado necesitamos seguir los estándares de calidad según la "NORMAS TÉCNICAS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS"

1. Respeto al usuario

Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

2. Información completa

Provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles que permitan a

las personas tomar decisiones sobre su salud.

3. Eficiencia

Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos.

4. Eficacia

Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos.

5. Continuidad

Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de su problema de salud.

6. Oportunidad

Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

7. Integralidad

Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

8. Trabajo en Equipo

Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

9. Privacidad

Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.

10. Accesibilidad

Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta.

11. Satisfacción del usuario externo

Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención

recibida.

12. Satisfacción del usuario interno

Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.

Las Grandes actividades son:

1. Elaboración de proyecto SNIP
2. Coordinación con la dirección del Hospital La Caleta y con DIRESA Ancash sobre la elaboración del proyecto y su viabilidad.

La sub Actividades será:

- Solicitar y coordinar con el área de Ingeniería de la DIRESA Ancash para que designe la ubicación para la construcción de la Unidad de Hemodinámica.
- Elaboración del Estudio de pre inversión a nivel de perfil para la construcción de la Unidad de Hemodinámica con el apoyo de personal de la oficina de Ingeniería e infraestructura de la DIRESA Ancash.
- Presentación del Estudio de pre inversión a nivel de perfil a la Gerencia de Proyectos de DIRESA Ancash solicitando aprobación y financiamiento.
- Realizar un inventario de equipos de operación, mobiliario, materiales con los que se cuenta.
- Elaboración del cuadro de necesidades de equipos biomédicos para reposición.

2. Coordinación interinstitucional

La coordinación es una actividad gerencial muy importante, la cual va a permitir que lo que está planificado se ejecute y se logre llegar a las metas planteadas en relación al presente proyecto de mejora del acceso a los servicios de salud del paciente afectado por IAMCEST.

Es necesaria la coyuntura política y social para lograr convenios y aprobación del proyecto, para que así el usuario afectado por IAMCEST logre acceder a una atención óptima y de calidad en salud.

Las actividades son:

- Coordinación con Dirección Regional de Salud
- Coordinación con instituciones extranjeras
- Implementar flujos de atención del paciente.
- Implementar protocolos

3. Investigación

Propiciar las relaciones de cooperación entre el Hospital y los sectores público y privado con el fin de aplicar, desarrollar y generar tecnologías y procesos generales de creación, adaptación o gestión de conocimiento, que contribuyan a la modernización, a la innovación y al desarrollo del hospital; se busca orientar la investigación hacia la solución de problemas actuales, contribuyendo al fortalecimiento de la vinculación del Hospital con el Estado, dándole utilidad social al conocimiento.

1. Elaboración de protocolo de atención y estandarización del IAMCEST y enfermedades cardiovasculares en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020

Sub Actividades:

1. Investigación científica programada con integración de experiencias profesionales.
2. Reuniones para conformación de grupos de trabajos.
3. Coordinación con los profesionales de enfermería de la unidad de emergencia del HLC.

6.2. Sostenibilidad del proyecto

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del Seguro Integral de Salud, que a través de financiamiento cubrirá los gastos de materiales y equipamientos que se utilizará para las realizaciones de las operaciones.

Como equipo de salud que trabaja directamente en la unidad servicio colocar según sea su caso del servicio con la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con el Departamento de Enfermería y con la dirección del Hospital con la finalidad de

impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

MARCO LÓGICO

	META	INDICADORES	FUENTE	SUPUESTOS
FIN				
1. Aumentar la calidad de vida de los pacientes con (Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST) IAMCEST				
PROPÓSITO	Lograr una atención adecuada, oportuna y eficaz de los pacientes afectados de IAMCEST en el trienio 2018-2020.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de usuarios fallecidos a las 24h de ingreso. 2. Pronosis a breve y largo plazo en paciente afectado de IAMEST. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema informático de estadística del HLC. 2. Historias Clínicas 3. Notas de enfermería. 	Se logra disminuir la tasa de mortalidad en los pacientes con IAMCEST en el Hospital la caleta en el trienio 2018-2020.
Disminuir la tasa de mortalidad en los pacientes con IAMCEST en el servicio de emergencia del Hospital la Caleta. Chimbote-2017				

Aumento de la educación sanitaria sobre IAM por parte de los habitantes de Chimbote.	Lograr número 4 capacitación anuales para la población Chimbotana. Lograr número 4 capacitaciones para la población de Chimbote.	Resultados con pruebas estructuradas y semi estructuradas por parte de especialistas (cardiólogo y cardiocirujano) Numero de caso de IAMCEST identificado y referido por parte de la población de Chimbote.	Resultados de pruebas de evaluación	Se logrará implementar el plan de capacitaciones anuales.
Construcción de una unidad de Hemodinámica en el Hospital La Caleta	Construcción y equipamiento de un centro de hemodinámica en la unidad de emergencia del HLC.	% Avance de construcción infraestructura. % Avance de gestión % Avance de equipamiento	Perfil del proyecto SNIP.	Se logrará construir y equipar una infraestructura adecuada.
Compras de Fármacos y drogas específicas para el tratamiento del IAMCEST.	Coordinación con la DIREMID Ancash.	% de avance en coordinación	Fármacos y drogas implementados en el Hospital.	Se lograra implementar fármacos de última generación.
Elaboración de	Investigación científica	Nº de protocolos	Estandarización de los	Se logrará elaborar los

protocolos sobre manejo y tratamiento de IAMCEST	<p>programada con integración de experiencias profesionales</p> <p>Reuniones de equipo de emergencia para la conformación de grupos de trabajo.</p>	implementados en el año.	í procedimientos	protocolos de atención y manejo de IAMCEST
Aumento de Capacitaciones sobre manejo de IAMCEST.	<p>Capacitar el personal médico peruano sobre el tratamiento invasivo del IAMCEST.</p> <p>Organizar campañas de cardio-cirugías</p>	<p>Numero de capacitaciones realizadas en el año.</p> <p>Número de intervenciones de cardio cirugía realizadas en el año.</p>	<p>Registros de ONG</p> <p>Sistema informático de estadística del HLC.</p> <p>Historias Clínicas</p> <p>Notas de enfermería</p>	Se logrará coordinar y organizar campañas de cardio cirugía en cooperación con ONG Italiana
<p>ACCIONES</p> <p>1ª. Lograr número 4 capacitación anuales para la población Chimbotana.</p>	Se coordinará con la sociedad civil la implementación de taller y capacitaciones para el manejo de DEA y IAM en fase aguda.	Nº de capacitaciones sobre anejo y tratamiento de IAMCEST.	Registro de capacitaciones	Se logrará capacitar a la poblaciones chimbotana sobre los vasos de emergencia con IAM

<p>2a Investigación científica programada con integración de experiencias profesionales</p> <p>2b Reuniones de equipo de emergencia para la conformación de grupos de trabajo.</p> <p>3a Elaboración de proyecto SNIP.</p>	<p>Organizar equipo de investigadores en patología cardiovasculares</p> <p>6 reuniones anuales para fortalecer y mejorar la atención al paciente.</p> <p>Se construirá una nueva infraestructura de hemodinámica y cardiocirugia</p>	<p>Numero de reuniones efectuadas</p> <p>Satisfacción del usuario</p> <p>Perfil del Proyecto SNIP</p>	<p>Publicaciones</p> <p>Resultados y conclusiones</p> <p>Acta de reuniones.</p> <p>Encuesta a los usuarios</p> <p>Elaboración del perfil del SNIP. Pre-factibilidad/Viabilidad</p>	<p>Equipo de investigadores implementados</p> <p>Resultados de las investigaciones.</p> <p>Grupos de trabajos implementados.</p> <p>Los IAMCEST serán tratado en una infraestructura de ultima generación.</p>
<p>3b Coordinación con la dirección del Hospital La Caleta y con DIRESA Ancash sobre la elaboración del proyecto y su viabilidad</p>	<p>Se coordinará con el área de OPI del HLC y DIRESA para la elaboración del proyecto arquitectónico y de</p>	<p>Elaboración del proyecto</p>	<p>Informe de coordinación</p> <p>Proyectos de ingeniería y arquitectónico</p>	<p>Coordinaciones con ingenieros y arquitectos de la DIRESA Anchas y HLC.</p>

<p>4^a Capacitación de los profesionales de salud sobre las guía internacionales de diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST.</p> <p>4b Creación de una colaboración entre profesionales extranjeros y nacionales para la actualización continúa de las competencias.</p>	<p>ingeniería</p> <p>Se coordinará con el personal de salud la capacitaciones de diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST</p> <p>Se coordinará las llegadas de profesionales cardiocirujano extranjeras y nacionales para la actualización continua de las competencias.</p>	<p>Numero 2 capacitaciones anuales sobre diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST</p> <p>Numero de actualizaciones realizadas</p>	<p>Plan trienal de capacitaciones</p> <p>Plan de capacitaciones y talleres.</p>	<p>Los profesionales de Salud de enfermería serán capacitado para el manejo del IAMCEST.</p> <p>Se creará un red de apoyo de profesionales internacionales.</p>
--	---	--	---	---

MATRIZ DE MONITOREO

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.

8.1. MATRIZ DE MONITOREO

COD.	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	RECURSOS ASIGNADOS	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FECHA PRESENTACION DE INFORME	ENTREGAR A:
	1ª. Lograr número 4 capacitación anuales para la población Chimbotana.	Se coordinará con la sociedad civil la implementación de taller y capacitaciones para el manejo de DEA y IAM. en fase aguda	100,000.00	Nº de capacitaciones sobre anejo y tratamiento de IAMCEST.	Registro de reuniones con el equipo técnico.	Registro de capacitaciones	1 vez completa la actividad	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano
	Investigación científica programada con integración de experiencias profesionales	Organizar equipo de investigadores en patología cardiovasculares		Numero de reuniones efectuadas Satisfacción del usuario	Perfil del proyecto presentado	Publicaciones Resultados y conclusiones	1 vez completa la actividad	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano

Reuniones de equipo de emergencia para la conformación de grupos de trabajo.	6 reuniones anuales para fortalecer y mejorar la atención al paciente		N° de reuniones efectuadas	Registro de asistencia del personal de salud que realiza la pasantía.	Reporte	1 vez completa la actividad	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano
Elaboración de proyecto SNIP..	Se construirá una nueva infraestructura de hemodinámica y cardiocirugía	100,000.00	Perfil del Proyecto SNIP	Informe del programa de difusión.	Reportes trimestrales, anuales. Lista de chequeo.	3 veces completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano
Coordinación con la dirección del Hospital La Caleta y con DIRESA Ancash Sobre la elaboración del proyecto y su Viabilidad	Se coordinará con el área de OPI del HLC y DIRESA para la elaboración del proyecto arquitectónico y de ingeniería	2,500.00	Elaboración del proyecto	Informes de avance de proyecto	Reporte	9 veces completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano
Capacitación de los profesionales de salud sobre las guías internacionales de diagnóstico y manejo.	Se coordinará con el personal de salud la capacitación de diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST	3,000.00	N° capacitaciones anuales sobre diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST	Registro de asistencia a capacitación.	Reportes trimestrales, anuales. Lista de chequeo.	3 veces completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano

Creación de una colaboración entre profesionales extranjeros y nacionales para la actualización continua de las competencias.	Se coordinará las llegadas de profesionales cardiocirujano extranjeros y nacionales para la actualización continua de las competencias	3,000.00	N° de actualizaciones realizadas	Registro de asistencia a la capacitación.	Reportes trimestrales, anuales. Lista de chequeo.	3 veces completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020	Dra. Sonia Girón Luciano
---	--	----------	----------------------------------	---	--	---------------------------	-----------------------	-------------	--------------------------

8.2. MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FECHA DE PRESENTACIÓN DE INFORME
Propósito: Disminuir la tasa de mortalidad en los pacientes con IAMCEST en el servicio de emergencia del Hospital la Caleta. Chimbote-2017	Lograr una atención adecuada, oportuna y eficaz de los pacientes afectados de IAMCEST en el	Porcentaje de usuarios fallecidos a las 24h de ingreso. Prognosis a breve y largo plazo en	Registro de pacientes hospitalizados por complicaciones y reacciones adversas.	Sistema informático de estadística del HLC. 4. Historias Clínicas	1 vez completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020

	trienio 2018-2020.	paciente afectado de IAMEST		Notas de enfermería			
Resultado N° 01: Aumento de la educación sanitaria sobre IAM por parte de los habitantes de Chimbote.	Lograr número 4 capacitación anuales para la población Chimbotana. Lograr número 4 capacitaciones para la población de Chimbote.	Resultados con pruebas estructuradas y semi estructuradas por parte de especialistas (cardiólogo y cardiocirujano) Numero de caso de IAMCEST identificado y referido por parte de la población de Chimbote.	Resultados de pruebas de evaluación	Reporte	1 vez completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020
Resultado N° 02: Construcción de una unidad de Hemodinámica en el Hospital La Caleta La Caleta, Chimbote 2017.	Construcción y equipamiento de un centro de hemodinámica en	% Avance de construcción infraestructura. % Avance de gestión	Perfil del proyecto SNIP.	Reporte	1 vez completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020

	La unidad de emergencia del HLC.	% Avance de equipamiento					
Resultado N° 03: Compras de Fármacos y drogas específicas para el tratamiento del IAMCEST	Coordinación con la DIREMID Ancash	% de avance en coordinación	Fármacos y drogas implementados en el Hospital.	Reporte de asistencia	1 vez completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020
Resultado N° 4: Elaboración de protocolos sobre manejo y tratamiento de IAMCEST.	Investigación científica programada con integración de experiencias profesionales Reuniones de equipo de emergencia para la conformación de grupos de trabajo.						
2. Supuestos: Aumentar la calidad de vida de los pacientes con (Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST) IAMCEST, en la Región Ancash 2018-2020.		Prognosis a breve y largo plazo en paciente afectado de IAMEST, durante el period 2018 – 2020.	Registro en gestión de la calidad	Reporte	1 vez completa la tarea	Lic. Antonio Martella	Agosto 2020

BENEFICIOS

- ✓ Beneficios con proyecto
 - Disminución de la tasa de mortalidad por IAMCEST y patologías cardiovasculares de los usuarios con SIS en la Región Ancash.
 - Satisfacción del usuario asegurado al SIS con IAMCEST en la Región Ancash.
 - Disminución del gasto económico, por efectividad de tratamientos.
 - Creación de un centro de referencia a nivel regional para el diagnóstico y tratamiento de las patologías cardiovasculares.

- ✓ Beneficios sin proyecto
 - Aumento de la tasa de mortalidad por IAMCEST y patologías cardiovasculares de los usuarios con SIS en la Región Ancash,
 - Insatisfacción del usuario asegurado al SIS con IAMCEST en la Región Ancash
 - Aumento del gasto económico, por ineffectividad de tratamientos
 - Ausencia de un centro de referencia a nivel regional para el diagnóstico y tratamiento de las patologías cardiovasculares

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Humanos:

RECURSO HUMANO	N° DE PERSONAL	HORAS MENSUALES	COSTO POR HORAS	COSTO TOTAL EN 3 AÑOS
ENFERMERA ESPECIALISTA	5	150	20.00	540,000
TECNICO DE ENFERMERIA	8	150	10.57	456,624

MEDICO CARDIO-CIRUJANO	2	150	40	432,000
COSTO TOTAL EN RECURSO				S/.1,428,624

8.2. Presupuesto: MATERIALES

CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNT	COSTO TOTAL
	Un equipo de Rayos X con diseño especializado de su soporte, un brazo sustentador en forma de C y con isocentro de altura variable a motor. Formado por un generador de Rayos X digital, intensificador de imágenes y tubo de Rayos X.	1	150000	150,000
	mesa/camilla para procedimiento	1	5000	5000
	Consolas incorporadas a la mesa de exploraciones para la movilidad del arco, la mesa y el manejo directo de imágenes. Debe llevar también 1 ó 2 mandos a distancia	2	4000	8000
	Pantalla para la visualización de las imágenes radiológicas en tiempo real, para visualizar imágenes o vídeos anteriores, para el polígrafo y más para equipos como IVUS, Guía de presión	6	4000	24000
	inyectora de contraste	2	1000	2000
	Armarios, bancada con cajones y estanterías para la colocación de todo el material que se usa o puede usar durante el procedimiento (catéteres, guías, introductores, balones, stents, medicación, material fungible, etc.)	6	2000	24,000
	Bombas de perfusión	2	3000	6000
	Carro de paradas. Situado próximo al paciente y de fácil acceso. Deberá contar en sus cajones con toda la medicación necesaria en caso de urgencia vital (adrenalina, atropina, adenosina, anexate, digoxina, dobutamina, dopamina, efedrina, elgatil, furosemida, midazolam, nitroglicerina, propofol, perfusiones, etc.)	1	10000	10000

	Sistemas para canalización de vías periféricas y centrales. m- Kit de pericardiocentesis. n- Marcapasos provisional totalmente equipado. o- Balón de contrapulsación. p- Monitor de transporte.	4	3000	12000
	Monitor-desfibrilador, situado en el carro de paradas	1	35000	35000
	Material para intubación (laringoscopio, tubos endotraqueales y fiadores de todos los tamaños, venda para sujeción del tubo, jeringas para llenado del neumó, mascarillas laríngeas, lubricante y guedels)	1	15000	15000
	Sistemas y material para ventilación, aspiración y sondaje	1	40000	40000
	Deben haber mínimo: 2 tomas de oxígeno protóxido de nitrógeno, aire comprimido y vacío	2	10000	10000
COSTO TOTAL				S/ 317,000

MATERIAL PARA COSTRUCCIÓN Y MANO DE OBRA

DENOMINACION	COSTO TOTAL
DEMOLICIONES Y TRABAJOS PREVIOS	20,000
FALSOS TECHOS	50,000
ALBAÑILERIA Y FACHADAS	50,000
SOLDADOS Y ALICATADOS	20,000
CARPINTERIA Y CERRAJERIA INTERIOR	80,000
PINTURA Y REVESTIMENTOS ACABADOS	40,000
FONTANERIA	20,000
ELETRICIDAD	80,000
CLIMATIZACION	20,00
GASES MEDICINALES SEGURIDAD	40,000
COMUNICACION	10,000

SEGURIDAD Y SALUD	20,000
GESTION DE RESIDUOS	50,000
CONTROL DE CALIDAD DE INSTALACIONES	20,000
TOTAL	S/ 520,000

RESUMEN DE PRESUPUESTO:

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Recursos Humanos	S/.1,428,624		S/.1,428,624
Materiales	S/ 317,000		S/ 317,000
Materiales para Capacitación	S/ 40,000		S/40,000
S/40 4E3A4	S/. 520,000		S/. 520,000
TOTAL	S/. 2,305,624		S/. 2,305,624

XI. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

OBJETIVO GENERAL: Mejorar el manejo y la atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR	
			DESCRIP.	COSTOS	2018	2018	2019		2020			
					I semestre	II semestre	I	II	I	II		
1	Mejorar de la calidad de vida y de atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020	1	Informe	20,000	x							Proyecto Elaborado

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2015-2018					
			DESCRIP.	COST.	II	I	II	I	II	I
1	Aumento de la educación sanitaria sobre IAM por parte de los habitantes de Chimbote.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración Plan de capacitaciones - Coordinaciones con las Instituciones de la sociedad civil (Municipalidad etc) - Coordinaciones para las disponibilidad de los espacios - Busca de financiamientos para la capacitación 	Plano de ubicación de la obra.	1000.00	X					
2	- Construcción y equipamiento de una unidad de hemodinámica especializada en ACTP y cardio - cirugía en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar y coordinar con el área de Ingeniería de la DIRESA Ancash para que designe la ubicación para la construcción de la Unidad de Hemodinámica. -Elaboración del Estudio de pre inversión a nivel de perfil para la construcción de la Unidad de Hemodinámica con el apoyo de personal de la oficina de Ingeniería e infraestructura de la DIRESA Ancash. -Presentación del Estudio de pre inversión a nivel de perfil a la Gerencia de Proyectos de DIRESA Ancash solicitando aprobación y financiamiento. -Realizar un inventario de equipos de operación, mobiliario, materiales con los que se cuenta. -Elaboración del cuadro de necesidades de equipos biomédicos para reposición. 	Proyecto Solicitud			X				
			Cuadro de necesidades para reposición y compra		X					

3	- Elaboración de protocolo de atención y estandarización del IAMCEST y enfermedades cardiovasculares en el Hospital La Caleta, Chimbote 2018 – 2020.	- Investigación científica programada con integración de experiencias profesionales. -Reuniones para conformación de grupos de trabajos -Coordinación con los profesionales de enfermería de emergencia	Solicitud	200.00	X	X	X	X	X	X
4	Compras de Fármacos y drogas específicas para el tratamiento del IAMCEST.	Coordinación con la DIREMID Coordinación con el jefe de Farmacia del HLC.	Solicitud		x	x				
5	- Organizar capacitaciones sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares para el personal de salud, a través instituciones no gubernativas italianas, Chimbote 2018 - 2020.	- Capacitación de los profesionales de salud sobre las guía internacionales de diagnóstico y manejo preventivo del IAMCEST. - Creación de una colaboración entre profesionales extranjeros y nacionales para la actualización continúa de las competencias.	Solicitud	1000.00	X	x	X	x	x	x

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “.” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, oficina de proyecto de la DIRESA Ancash, Dirección ejecutiva del Hospital La Caleta, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto de Mejora de la calidad de vida y de atención de los pacientes afectados de IMACEST en el Hospital La Caleta 2018 – 2020.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- a. Jefatura de enfermería
- b. Dirección ejecutiva Hospital la Caleta
- c. Oficina de Capacitaciones del HLC.
- d. Oficina de Proyecto DIRESA Ancash
- e. Oficina de capacitaciones DIRESA Ancash
- f. ONG
- g. Oficina de Recursos Humanos MINSA

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ferreira I, Permanyer G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) study. Resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16. <https://mop-unab.wikispaces.com/file/view/iam+sdst+medicine.pdf>.
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al., American College of Cardiology; American Heart Association; Canadian Cardiovascular Society. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). J Am Coll Cardiol. 2004;44:671---719.
3. Lee K, Woodlief L, Topol E, et al., for the GUSTO-I Investigators. Predictors of 30-day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction. Results from an international trial of 41 021 patients. Circulation. 1995;91:1659---68.
4. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al., American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;127:e362---425
5. Stephen Covey. *Los siete hábitos de las personas altamente efectivas*. Barcelona: Ediciones Paidós. 1989
6. Alejandro Bouza Suárez, Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública v.26 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2000
7. Lopez-Palop R, Moreu j Fernandez- Vasquez F, et Warking group on Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology of the Spanish Society of Cardiology, registro Español de Hemodinámica y

Cardiología Intervencionista.

8. Informe oficial de la sección de hemodinámica y cardiología intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2003). Yanier Coll Muñoz, Francisco de Jesús Valladares Carvajal, Claudio González Rodríguez; Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
9. Gustavo Junker (2013) "Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio" 29º Congreso Uruguayo de Cardiología. Artículo de revisión Rev Urug Car diol 2013; 28: 430-436
10. M. G. Franzosi, PhD; C. Fresco, MD; E. Geraci, MD; et, "Epidemiology of Avoidable Delay in the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction in Italy. A GISSI-Generated Study". Arch Intern Med. 1995 Jul 24;155(14):1481-8.
11. José Correa Freile, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Guayaquil, Ecuador; Utilidad de Fibrinólisis en pacientes con infarto agudo de miocardio durante las seis primeras horas de evolución; Rev. Med. FCM-UCSG, Año 2011, Vol.17 N°1. Págs. 52-58 ISSN - 1390-0218.
12. Gustavo Junker (2013) "Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio" 29º Congreso Uruguayo de Cardiología. Artículo de revisión Rev Urug Car diol 2013; 28: 430-436
13. Miguel Reyes Rocha 2013; "Registro nacional de infarto de miocardio agudo II. RENIMA II; Revista Peruana de Cardiología Enero - Abril 2013
14. Eduardo Carcausto (2010). "Morbilidad y mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio ST elevado en un hospital general" **Vol. 21, Núm. 4 (2010)**
15. . Ferrante D, Tajer C. ¿Cuántos infartos hay en la Argentina? Rev Argent Cardiol 2007;75:161-2.
16. Bradley EH, Herrin et Análisis de supervivencia según la oportunidad

de atención en la enfermedad coronaria, Volume 23, Issue 5,
September–October 2016, Pages 346-350.

ANEXOS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

En la actualidad el infarto agudo de miocardio, es una patología potencialmente mortal si no es tratada en tiempos rápido y de manera competente y eficaz. Cada año, aproximadamente 500,000 eventos de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) son reportados en EE. UU.1,2, lo cual se traduce en un evento de cada 26. De los predictores que se han asociado con muerte temprana destacan: la edad, el tamaño y localización del IAM, enfermedades médicas concurrentes, antecedentes de infarto de miocardio, la presión arterial baja, la clase Killip y Kimball en el momento de la admisión, y la extensión de la isquemia (2) . La disponibilidad de instalaciones para realizar la intervención coronaria percutánea primaria (ICPP) y la simplificación de la trombólisis prehospitalaria (TPH) a través de la administración de fibrinolíticos en bolo o en infusión han transformado el tratamiento de los pacientes con IAMCEST, mejorando significativamente no solo la esperanza de supervivencia del infarto, sino que también reducen la mortalidad general a un mes en los que reciben de manera oportuna el tratamiento. La trascendencia de esta estrategia ha demostrado su impacto en el ámbito económico y, consecuentemente, en el desarrollo social de todo un país(3,4) . Aunque las guías internacionales actuales para los pacientes con IAMCEST recomiendan la ICPP como la estrategia de reperfusión preferida (clase i), se debe considerar que este enfoque está sujeto a la realización de la misma en el momento oportuno, definiendo este como el tiempo entre su primer contacto y la realización del procedimiento de ICP dentro de las siguientes 3 h 4 . Desafortunadamente, debido a su muy alta prevalencia (primera causa de muerte cardiovascular), la mayoría de los hospitales no cumplen con este margen de tiempo y tampoco existe el número suficiente de salas de hemodinámica y personal altamente calificado. Este conjunto de factores presuponen un reto logístico importante en muchas regiones del mundo. En la realidad de Chimbote, el Hospital la Caleta es la única institución pública del ministerio de salud que brinda atención de salud con un nivel II-2, que en la actualidad no cuenta ni da una unidad de angioplastia, ni de desfibrilador ni de protocolos de fibrinólisis de aquí la idea de implementar protocolos de enfermería por el manejo y la administración de fármacos fibrinolíticos en

pacientes con IMA. Actualmente el MINSA y el SIS no cuentan con fármacos de última generación para el justo tratamiento de los IAMCEST como tampoco de protocolos para la implementación de fibrinolítico a larga acción como la estreptoquinasa. Los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización (Emergencia, Medicina) por complicaciones (Respiratorias, Hemoptisis) durante el año 2016 estuvieron hospitalizados 153 pacientes con diagnóstico de TB por complicaciones y 01 por reacciones adversas y durante el año 2017 ingresaron a los servicios de hospitalización 90 pacientes, de los cuales 02 presentaron reacción adversas.

AUMENTO LOS CASOS DE MORBI-MORTALIDAD IAMCEST
GASTO DE RR.HH Y MATERIALES INEFICAZ

EFFECTOS INDIRECTO
AUMENTO DE CRISIS FAMILIARES

EFFECTOS INDIRECTO
GASTO DE FARMACOS INEFICACES

EFFECTOS INDIRECTO
GASTO DE RECURSOS HUMANOS

EFFECTOS INDIRECTO
RR.HH NO CAPACITADOS

EFFECTOS INDIRECTO
AUMENTO ESTRÉS LABORAL

EFFECTOS DIRECTO
AUMENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD

EFFECTOS DIRECTO
AUMENTO DEL GASTO ECONOMICO

MAYOR DISPONIBILIDAD DE RR.HH

MANEJO INADECUADO DE LOS CASOS DE IAMCEST (INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACION DEL ST)

ESTILO DE VIDA INADECUADO

CAUSAS DIRECTA
ATENCION INEFICAZ E INEFICIENTE EN EL HOSPITAL

CAUSAS DIRECTA
TRATAMIENTO Y MANEJO NO ESTANDARIZATO

CAUSAS INDIRECTA
Poca educación sanitaria por parte de los habitantes de Chimbote.

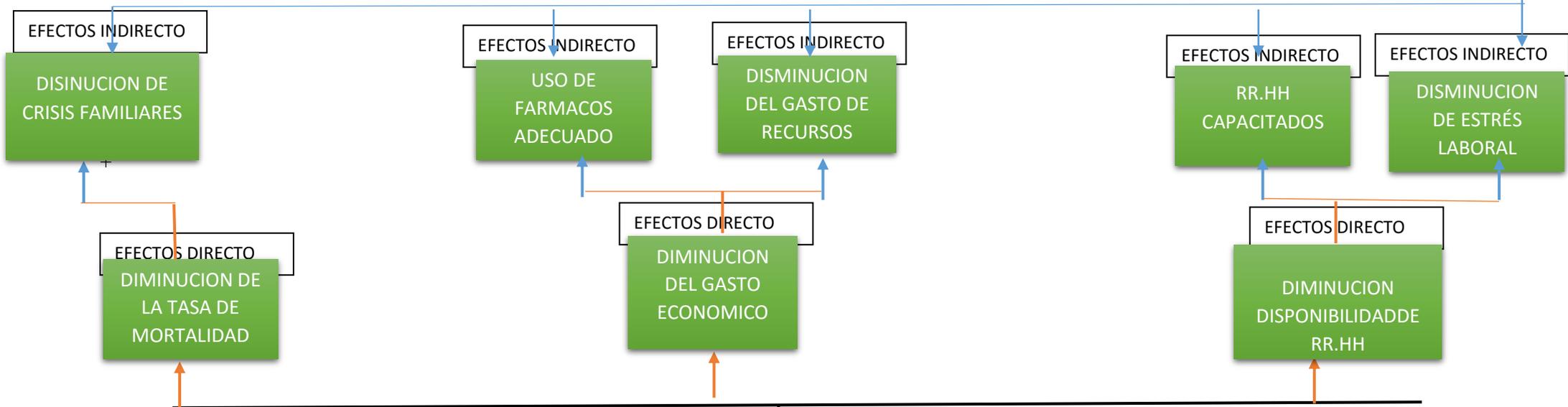
CAUSAS INDIRECTA
Infraestructura de Hemodinámica ausente en el Hospital La Caleta.

CAUSAS INDIRECTA
Ausencia de Fármacos y drogas específicas para el tratamiento del IAMCEST.

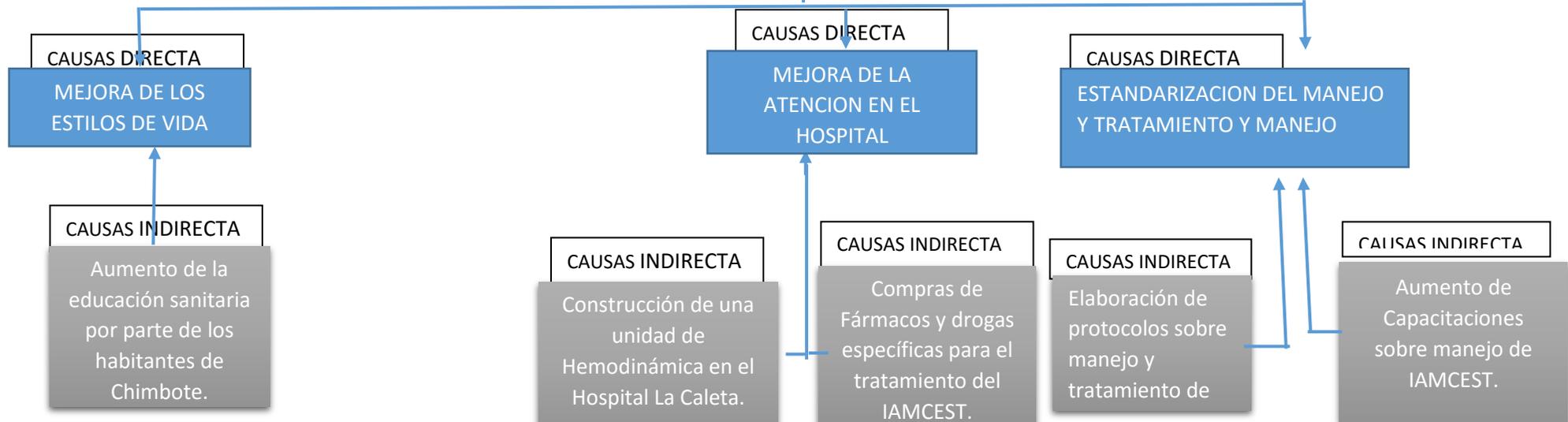
CAUSAS INDIRECTA
Escasas Capacitaciones sobre manejo de IAMCEST.

CAUSAS INDIRECTA
Ausencia de protocolos sobre manejo y tratamiento de IAMCEST.

DISMINUCION DE LA TASA DE MORBI-MORTALIDAD POR IAMCEST (INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACION DEL ST)



MANEJO ADECUADO Y OPORTUNO DE LOS CASOS DE IAMCEST (INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON ELEVACION DEL ST)



Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas

