

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO JOSÉ A MÁS NARANJO**

**TÍTULO: ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN PARA ELEVAR EL
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS.**

AUTOR: Lic. Tamara Reyes Torres

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN URGENCIAS MÉDICAS.

2009

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE MORÓN**

TÍTULO:

**TÍTULO: ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN PARA ELEVAR EL
CONOCIMIENTO SOBRE LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS.**

AUTOR: Lic. Tamara Reyes Torres

TUTOR: Dr. Javier Angulo González

Especialista de primer grado en Medicina Interna

Profesor Instructor.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN URGENCIAS MÉDICAS

2009

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la maestría en Urgencias Médicas que la tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto, parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Primero de Enero julio del 2009.

A mi padres y mis seres queridos.

A cada persona que me ha seguido y ha creído en mí.

*A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a la
realización de este trabajo, a todos ellos gracias*

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental (antes-después) de estrategia de superación para evaluar el conocimiento adquirido a través del programa educativo sobre Síndromes Coronarios Agudos en los profesionales y técnicos de la salud del servicio de urgencias del Policlínico Universitario José A Más Naranjo durante el período de Enero del 2007 hasta Enero del 2009 El universo de trabajo estuvo constituido por 29 trabajadores que representan el total de médicos, licenciados y técnicos en enfermería del servicio antes mencionado que cumplieron los criterios de inclusión. A los mismos se les aplicó un cuestionario identificándose el nivel de conocimientos como alto, medio y bajo, posteriormente se realiza una estrategia de superación y se aplicó nuevamente el instrumento inicial, comprobándose los resultados obtenidos antes y después. El nivel de conocimientos sobre los SCA se elevó de forma significativa.

PALABRAS CLAVES: Estrategia de Superación
SCA

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	
Introducción	1
Objetivos	3
Marco Teórico	4
Metodología	8
Análisis y discusión de los resultados	17
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Referencias bibliográficas	29
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Síndrome coronario Agudo (SCA): la angina y el infarto representan un grave problema de salud con una repercusión socioeconómica en todos los países (1 a 3). Las tasas de mortalidad y morbilidad son muy significativas y por lo tanto van a tener una sustancial relevancia tanto a nivel social como económico; por ello se han dedicado múltiples esfuerzos a la investigación en este terreno, pero todavía el SCA continúa siendo un desafío para todos los profesionales implicados; es un reto la toma de decisiones adecuadas en el momento adecuado. (1)

En Estados Unidos de América se estima que unos 8 millones de consultas a urgencias se deben a dolor torácico o síntomas sugestivos de eventos isquémicos de los cuales ingresan en el hospital unos 5 millones por año (4); en millones de ellos la sintomatología no es de origen cardíaco.

Las estadísticas cubanas han registrado una mortalidad ascendente entre los años 1970 y 1975 que han oscilado desde una tasa de 114 hasta 160/100000 habitantes. Por otra parte, en el año 1998 se reportó un ligero descenso hasta 154, lo que representó 17143 muertes atribuidas a enfermedades isquémicas del corazón (2).

Por todo lo antes expuesto es que nos motivamos a realizar esta investigación en la que se determina el comportamiento de algunas variables clínico epidemiológicas relacionadas con los SCA en el Policlínico docente José A Mas Naranjo.

Por todo lo anterior es que precisamos el siguiente **problema de investigación**: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre los Síndromes Coronarios Agudos en los profesionales de la salud que laboran en el área de urgencias y emergencias del Policlínico José A Más del área de salud de Primero de Enero. ?

Hipótesis del trabajo:

Si se aplica una estrategia de superación se elevarán los conocimientos sobre los SCA en los trabajadores del servicio de urgencias del Policlínico José A Más Naranjo y así lograr la disminución de las complicaciones.

OBJETIVOS

2.1 Objetivos Generales

2.1.1 Elevar el nivel de conocimientos mediante una estrategia de superación sobre los SCA en los profesionales y técnicos de la salud del servicio de urgencia del Policlínico Primero de Enero durante el período de Enero del 2007 hasta Enero del 2009.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Distribuir a los encuestados según profesión.

2.2.2 Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la estrategia de superación sobre SCA en cuanto a:

- . Factores de riesgo.
- . Criterios Diagnóstico.
- . Medicamentos de primera línea.
- . Contraindicaciones Absolutas de la Trombolisis.
- . Arritmias de Reperusión.

2.2.3 Evaluar la efectividad de la estrategia de superación sobre Infarto Agudo del Miocardio.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTORICOS.

En su evolución histórica los criterios de SCA pasaron por varias y prolongadas etapas, donde quizás las más extendidas y arraigadas fue la planteada por William Revenden en 1768 y la del historiador inglés Joseph Adamson en 1769 (5).

La palabra Angina deriva del griego “Ankhein”, cuya traducción es ahogarse; este término fue enunciado por primera vez por William Revén en una conferencia en Latín dictada en el Royal Collage of Physicians de Londres en el año 1768. La extraordinaria descripción que Revén hizo del padecimiento constituye uno de los momentos estelares de la historia de la medicina y es por ello que con el uso de este término no hacemos más que honrar sus memoria; es por esto que el grupo de cardiopatías congénitas lo definió en su día como “dolor, opresión o malestar general torácico, atribuido a isquemia miocárdica transitoria” (5).

El Infarto Agudo del Miocardio (IMA) tiene como síntoma guía más importante el dolor anginoso; éste tiene una serie de síntomas y signos acompañantes, descrito magistralmente por el historiador inglés Joseph Adams en “Memories of life and Doctrines of the late John Hunter” que detalla fielmente, como señalaba Ryle en los años 20, la clínica que hoy conocemos del IMA (6).

En la primera década de 1900 surgen los primeros criterios electrográficos de angina de pecho e IMA (7).

En 1903 Enthoves inventó el galvanómetro de cuerda, en le que el sistema móvil es un delgadísimo hilo de cuarzo plateado cuyos bordes reciben directamente el potencial que transmiten los electrodos. Los electrocardiógrafos actuales intercalan entre las derivaciones y el sistema móvil un circuito que amplifica los potenciales (8).

En la década de los 70 se intensificó el debate sobre la presencia o no de trombosis coronaria como causa de los SCA debido a publicaciones contradictorias de distintos patólogos sobre la frecuencia y significado fisiopatológico del trombo arterial coronario. La angiografía coronaria resolvió este debate, demostrando que en las cuatro primeras horas del comienzo de los síntomas podría observarse trombosis intracoronaria de la arteria responsable del infarto en el 80% de los casos (8).

En los años ha habido notables avances diagnósticos que nos permiten una mejor estrategia con la consiguiente mejoría de los índices pronósticos, herramientas como la determinación de troponina I y T de proteínas C reactivas de alta sensibilidad han resultado muy eficaces, agentes terapéuticos como los inhibidores de los receptores de glicoproteína 2-b 3-a de las plaquetas, el clopidogrel, las heparinas de bajo peso molecular y diferentes estrategias de revascularización han puesto un paso gigante en el abordaje de esta entidad (9).

La “Angina Inestable” es un concepto clínico con el objetivo de definir una de las patologías de más frecuente admisión hospitalaria (10) y prontamente la primera (11), a lo largo de las últimas décadas, numerosos autores dedicaron parte de su vida siguiendo la natural evaluación de pacientes con este diagnóstico (12), desarrollando así diferentes clasificaciones clínicas por medio de análisis retrospectivos, estableciendo opciones terapéuticas y determinando rasgos de valor pronóstico.

Todo este movimiento de recursos ha dado lugar a análisis económico (13) y evaluaciones de costos médicos producto de los cuales han surgido novedades asistenciales como las denominadas “Unidades de Dolor Torácico”.

Asimismo, el impacto de la información que vincula a esta entidad médica con la comunidad, condujo a las más prominentes sociedades científicas, fundaciones y colegios médicos hacia un gran esfuerzo educacional con el objetivo de traducir la información obtenida de la evaluación de esta población,

en sencillas herramientas laborales para el clínico práctico, días condicionales de trabajo con implicación médico-legales y consensos (13, 14).

El consenso emitido por The Joiret European Society of Cardiology, American Collage of Cardiology Comité of the Redefinition of Myocardial Infarction (Eupopean Herat Journal 2000-21), se define como posible infarto al dolor que incluye tórax, epigastrio, brazo, muñeca, o maxilar de aparición en el esfuerzo o en reposo. Este dolor generalmente dura al menos 20 minutos, pero puede ser más breve (15).

Puede presentarse en el centro o a la izquierda del tórax e irradiarse al brazo, mandíbula, espalda u hombros, no es usualmente agudo como puntada o altamente localizado y puede estar asociado a disnea por insuficiencia ventricular izquierda, nauseas, vómitos, o síncope. El dolor puede presentarse primariamente en forma atípica en el epigastrio (a menudo confundido con patologías digestivas), brazos, hombros, muñeca o espalda sin ocurrir en el tórax, no está afectado por los movimientos de los músculos de la región donde él está localizado, y es posicional. Estos síntomas pueden estar en asociación con el dolor de pecho o presentarse en ausencia de este (15).

En muchos pacientes puede no reconocerse el dolor de pecho y confundirse con un cuadro viral o trastorno digestivo, la necrosis miocárdica puede ser sintomática y manifestarse por marcadores séricos, electrocardiográficos, estudio de imágenes cardíacas u otras (15).

Se sospecha IAM con elevación del segmento ST cuando el paciente tiene dolor de características isquémicas mayor de 20 minutos de duración que no se alivia con nitritos sublinguales en 3 – 5 minutos y que puede ser acompañado de otros síntomas tales como sudoración, palidez, nauseas, mareos o disnea (16)

Se reconoce a las características electrocardiográficas como válidas para el diagnóstico cuando en el ECG de presentación existen (15-18):

- a) Supradesnivel del segmento ST en dos o más derivaciones contiguas mayor de 0.1mv o bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) presumiblemente nuevo (se recomienda el registro de V4R, V3R, V7 y V8).
- b) Alteraciones bioquímicas: marcadores de injuria miocárdica (CPK, CPK-MB) troponina T cuantitativa o por Trop Test, será necesario (en atención a los fármacos utilizados actualmente en el tratamiento del IAM) contar con un estudio básico de coagulación sanguínea.

Es también necesario a la determinación de gases en sangre, estado ácido base y rutina laboratorial, así como la obtención precoz de telerradiografía de tórax (15 – 18).

Para afrontar el reto se han puesto en marcha en diferentes instituciones las unidades de dolor torácico en emergencia y las diferentes sociedades científicas han realizado gran esfuerzo para lograr una mejor aproximación y control en los SCA.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de estrategia de superación para evaluar el conocimiento sobre los SCA en los trabajadores del servicio de urgencias del Policlínico José A Más Naranjo, del Municipio del mismo nombre, durante el período de Enero del 2007 hasta Enero del 2009.

Universo: Todos los trabajadores del servicio de urgencias del José A Más Naranjo

Muestra: Todos los trabajadores del servicio de urgencias.

Objeto: Los SCA.

Campo: El conocimiento sobre los SCA.

El universo de trabajo estuvo constituido por 29 trabajadores del policlínico antes mencionado, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Disposición de participar en la investigación (anexo-1).
2. Que se encontraran prestando labor asistencial en nuestro centro.

Se excluyeron del estudio:

1. Los individuos que se encontraron prestando labor asistencial en otros países.
2. Los trabajadores que no son médicos, licenciados o técnicos en enfermería.

A los trabajadores seleccionados se les realizó una encuesta (anexo 1), luego se desarrolló un programa de estrategia de superación (anexo 2) y posteriormente se comprobó los conocimientos adquiridos mediante la realización del instrumento (anexo 1). El programa estuvo compuesto por cuatro frecuencias donde abordamos los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación, los resultados fueron dados de manera parcial (por preguntas según operacionalización de las variables) y de manera total según la clave de calificación general en: alto; medio y bajo.

FASES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

FASE 1: Evaluación diagnóstica.

Tema No. 1: Presentación del programa

Sumario:

1. Introducción.

2. Participación de los profesionales y el programa.
3. Aplicación de la encuesta y análisis del resultado.

Objetivo: Objetivos del programa.

Crear un ambiente de confianza, desinhibición y establecer reglas del grupo.

Tipo de Actividad: Dinámica de Grupo.

Recursos: Papel, lápiz, papelógrafo.

Frecuencia: Una vez.

Responsable: Lic. en Enfermería , diplomada en Terapia Intensiva del Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A. Más Naranjo

FASE 2: Trabajo educativo y prevención.

Tema No. 2: Generalidades sobre los SCA.

Sumario:

1. Información general acerca de los distintos SCA
2. Situación actual sobre los SCA y la atención primaria de salud.

Objetivo: Generalidades sobre los SCA.

Tipo de actividad: Video-Debate

Recursos: Televisor, video, local

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A. Más Naranjo

Tema No.3: Clasificación y Etiología de los SCA.

Sumario:

1. Clasificación de los SCA
2. Etiología de los SCA y su frecuencia.

Objetivo: Valorar los conocimientos acerca del tema.

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema “Clasificación de los SCA”.
- Presentación sobre factores de riesgo y enfermedades asociadas.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A. Más Naranjo

Tema No. 4: Principales manifestaciones clínicas y medios diagnósticos de los SCA

Sumario:

1. Manifestaciones clínicas de los SCA.
2. Medios diagnósticos para los distintos SCA.

Objetivo:

- Que los profesionales comprendan y logren conocer cuando están en presencia de un SCA.

Tipo de actividad:

- Dinámica de grupo. Manifestaciones clínicas fundamentales de los SCA.
- Exposición oral del tema: “Principales medios diagnósticos para detectar la presencia de un SCA”.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A. Más Naranjo

Tema No.5: Prevención de los SCA.

Sumario:

1. Conducta a seguir en caso de los SCA y tratamiento de los diversos SCA

2. Complicaciones fundamentales y secuelas de los SCA.
3. Principales medidas para prevenir los SCA.
4. Uso del el ASA y Beta bloqueadores en todos los SCA..

Objetivo:

- Crear en las profesionales conductas adecuadas acerca de la prevención los SCA y el uso de ASA y Beta bloqueadores.

Tipo de actividad:

- Exposición oral del tema: “Tratamiento de los SCA y la conducta a seguir en caso de presentación de uno de ellos”
- Dinámica de grupo sobre los diversos métodos empleados para prevenir los SCA.
- Video - debate.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo, Televisor y video.

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A. Más Naranjo

Tema No.6: Consolidación de los conocimientos

Sumario:

1. Reafirmación del contenido.

Objetivo: Consolidación de los conocimientos adquirido.

Tipo de actividad:

- Técnicas grupales interactivas (psicodrama, juego de roles, técnicas participativas que garanticen la consolidación de los conocimientos adquiridos.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del
Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A.
Más Naranjo

FASE 3 Evaluación de los resultados.

Tema No.7: Evaluación de los resultados

Sumario:

Objetivo:

- Balance final del grupo y evaluación del aprendizaje

Tipo de actividad:

- Separación del grupo, evaluación de los resultados finales.
- Aplicación de la encuesta nuevamente. Análisis del resultado.
- Motivación para continuar promoviendo sobre este tema.
- Reporte del total de los profesionales y número total que asistió hasta el final.
- Conocer satisfacción e insatisfacción de los participantes con el curso.

Recursos: Hojas, lápices

Frecuencia: Una vez

Responsable: Lic. En Enfermería, diplomada en Terapia Intensiva del
Policlínico José A. Más Naranjo

Participantes: Profesionales del servicio de urgencias del Policlínico José A.
Más Naranjo

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico

- Análisis-síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separa lo esencial de lo secundario.

- Análisis teórico-lógico: Se utilizó para estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.
- Inducción-deducción: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético-deductivo: Dedujo una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de estrategia de superación que logre resolver el objetivo de la investigación.

Técnicas utilizadas:

- La encuesta: Dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a los trabajadores del servicio de urgencias del policlínico antes mencionado para saber los conocimientos que tenían acerca del tema.
- El procesamiento estadístico: se utiliza para comparar los datos obtenidos como resultado de la encuesta aplicada; el procesamiento se realizó en una computadora PENTIUM, utilizando el paquete SPSS para WINDOWS y se hizo la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó los intervalos de confianza [Chi cuadrado(x^2)]. Los resultados se expresarán en forma de tablas, las que se analizarán en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Hipótesis del trabajo:

Si se aplica una estrategia de superación se elevarán los conocimientos sobre IMA en los trabajadores del servicio de urgencias del Policlínico José A Más Naranjo y así lograr la disminución de las complicaciones.

Para el procesamiento estadístico de la prueba de hipótesis se plantea que:

Si Chi cuadrado calculado ($X^2 = \sum(n_i - e_i)^2 / e_i$) es mayor que la Chi cuadrado tabulado ($X^2_{(0,05)^{(r-1)(k-1)}}$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 .

n=analizado e=esperado Σ =sumatoria r=fila k=columna

H_0 : No hay significación estadística.

H_1 (p): Hay significación estadística.

Para un nivel de confiabilidad de un 95,0%.

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento: La adquisición a través de su trabajo, tema relacionado con los SCA .

Conocimiento sobre los SCA es:

- Tener conocimiento sobre los factores de riesgo los SCA.
- Cuáles son los criterios diagnósticos.
- Identificar los medicamentos de primera línea.
- Conocer las contraindicaciones absolutas de la trombolisis.
- Tener conocimientos sobre las arritmias de reperfusión.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evalúa los mismos. (Ver anexo 3).

Alto: Si conoce 9 de los factores de riesgo, 6 de los medicamentos empleados, entre 7 u 8 contraindicaciones y 4 de las arritmias de reperfusión.

Medio: Si conoce 8 de los factores de riesgo, 2 criterios diagnósticos, 5 medicamentos, 5 ó 6 contraindicaciones y 3 de las arritmias de reperfusión.

Bajo: Si conoce hasta 7 factores de riesgo, 1 criterio diagnóstico, 4 medicamentos, menos de 4 contraindicaciones y hasta 2 de las arritmias de reperfusión.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estrategia de superación: sistema de actividades educativas efectivas para lograr niveles elevados de conocimientos que logre la reducción de las incidencias y complicaciones los SCA.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Profesión	Cualitativa Ordinal	Médico Lic. Enfermería Téc. Enfermería	Según certificado de graduado

Nuestro trabajo tiene varios aportes:

Social: Mejorar la calidad de vida y evitar las complicaciones.

Económico: Disminuir el costo hospitalario, el gasto de medicamentos y exámenes innecesarios.

Científico: Elevar el nivel de conocimiento para una mejor atención.

Teórico: Conocimiento alcanzado por el personal para atender los pacientes afectados.

Práctico: Implementación de una estrategia encaminada a elevar el nivel de conocimiento.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Control semántica

El consenso emitido por The Joiret European Society of Cardiology, American Collage of Cardiology Comité of the Redefinition of Myocardial Infarction (Eupoean Heart Journal 2000-21), se define como posible infarto al dolor que incluye tórax, epigastrio, brazo, muñeca, o maxilar de aparición en el esfuerzo o en reposo. Este dolor generalmente dura al menos 20 minutos, pero puede ser más breve (44).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Estrategia de superación para elevar el conocimiento sobre Infarto Agudo del Miocardio.

Tabla # 1: Distribución de los encuestados del servicio de urgencias del Policlínico Primero de Enero, según profesión durante el período de Enero del 2007 a Enero del 2009.

PROFESIÓN	No	%
Médicos	15	51.7
Lic.en enfermería	8	27.6
Técnicos en enfermería	6	20.7
Total	29	100,0

Fuente: Encuesta.

Con respecto a la distribución de los encuestados del servicio de urgencias del Policlínico José a Más Naranjo según profesión durante el período de Enero del 2007 a Enero del 2009 (Tabla # 1). Del total de encuestados 29, el 51.7% (15) son personal médico, seguidos por el 27.6% (8) que son licenciados en enfermería y técnicos de enfermería aparecen representados por el 20.7% (6 encuestados).

Tabla # 2: Conocimiento antes y después de la superación sobre los factores de riesgo del IMA.

Factores de riesgo del IMA	(n=29)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Dislipidemias	14	48.3	29	100
Procederes invasivos	4	13.8	-	-
Obesidad	17	58.6	28	96.7
Sedentarismo	19	65.5	28	96.7
Estrés	19	65.5	28	96.7
HTA	28	96.6	29	100
Broncoaspiración	2	6.9	-	-
Diabetes Mellitus	8	*27.6	29	100
Hábito de Fumar	27	93.1	29	100
Predisposición familiar a la aterosclerosis	15	51.7	24	82.8
Hacinamiento	-	-	-	-
Alcoholismo	19	65.5	24	82.8
Gastritis	-	-	-	-
Estado Inmunológico	-	-	-	-
Síndrome febril	-	-	-	-

*p <0,05

La tabla No 2 refleja el conocimiento antes y después de la superación sobre los factores de SCA.

Del total de trabajadores encuestados (28), el 96.6% de los encuestados refieren la HTA y un 93.1% el hábito de fumar constituyendo los factores de riesgo más conocidos, seguidos por el sedentarismo, alcoholismo y el estrés con un 65.5% (19) antes de la superación.

Después de la estrategia el 100,0% de los superados refirieron Obesidad, Hipertensión Arterial, Hábito de fumar, añadiendo otros factores como la Diabetes Mellitus, Sedentarismo y Estrés con un 96.7%.

Con respecto al análisis estadístico de los factores de riesgo de SCA antes y después de la superación podemos afirmar que existe significación estadística.

Tabla 3 Distribución de los encuestados antes y después de la superación según criterios diagnósticos de los SCA.

Criterios	(n=29)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Clínico	27	93.1	29	100,0
Inmunológico	1	3,4	-	-
Radiológico	5	17.2	1	3,4
Enzimático	20	*67.0	27	93,1
Electrocardiográfico	29	100,0	29	100,0

*p <0,05

Con relación al conocimiento antes y después de la superación de los trabajadores encuestados según criterios diagnósticos de los SCA. (tabla No 3) podemos apreciar que de un total de 29 encuestados, el 100,0% refirió el criterio electrocardiográfico antes de la superación ya que después de la misma el 100,0% reconoció dicho criterio y el clínico.

Para un 95,0% de la prueba de hipótesis con respecto al conocimiento adquirido por los encuestados sobre los criterios diagnósticos de los SCA, se puede observar una significación estadística por lo que existe una relación en la obtención de conocimientos después de la estrategia de superación.

Tabla 4: Conocimiento antes y después de la superación de los encuestados sobre los medicamentos de primera línea utilizados en el IMA.

Medicamentos de primera línea en el IMA	(n=29)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Antinflamatorios	-	-	-	-
Antiagregantes plaquetarios	18	62.1	28	96.6
Antiarrítmicos	6	20.7	1	3.4
Nitritos	15	*51.7	29	100,0
Opiáceos	11	37.9	29	100
Beta bloqueadores	11	37.9	28	96.6
Trombolíticos	25	86.2	29	100,0
Digitálicos	11	37.9	2	6.9
Diuréticos	11	37.9	4	13.8
Oxígeno	15	51.7	27	93,1
Anticálcicos	2	6,1	-	-

*p <0,05

Con relación al conocimiento antes y después de los trabajadores encuestados sobre los medicamentos de primera línea utilizados en los SCA podemos apreciar que el 86.2% de los encuestados identifican a los trombolíticos y el 51,7% a los nitritos antes de la superación y después de la misma el, 100,0% revalida esos medicamentos, seguidos de un 96.6% que incluyen los antiagregantes plaquetarios.

La prueba de hipótesis demostró tener significación estadística para un 95,0% de confiabilidad por lo que los profesionales adquirieron conocimientos después de la superación.

Tabla 5: Conocimiento antes y después de la superación sobre las contraindicaciones de la trombolisis.

Contraindicaciones absolutas	(n=29)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Menstruación	4	13.8	-	-
Cirugía reciente	15	51.7	27	93.1
Sangramiento activo	24	82.8	29	100
RCP prolongada	7	24.1	26	89.7
Uso previo de Estreptoquinasa	3	10.3	4	13.8
Úlcera péptica	4	13.8	1	3.4
TA > 200/120	11	*37.9	29	100
Embarazo	6	20.7	25	86.2
Aneurisma cerebral	16	55.2	29	100
Trauma de cráneo reciente	12	44.8	24	82.8
Disfunción Hepática	3	10.3	-	-

*p <0,05

La tabla No 6 muestra las contraindicaciones de la trombolisis, apreciándose que el 82,8% identifica al sangramiento activo, seguidos de 55.2% que identifican el aneurisma cerebral antes de la superación y después el 100,0%

añadió a las situaciones anteriores la tensión arterial por encima de 200 con 120.

La prueba de hipótesis demostró tener significación estadística para un 95,0% de confiabilidad por lo que los facultativos adquirieron conocimiento después de la superación.

Tabla 6: Distribución del nivel de conocimiento antes y después de la superación sobre las arritmias de reperfusión.

Arritmias de reperfusión	(n=33)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Extrasístoles Ventriculares	12	41.4	27	93.1
Bloqueo de rama izquierda	5	17.2	1	3.4
Taquicardia ventricular	9	31.0	28	96.6
Fibrilación ventricular	10	34.5	27	93.1
Ritmo ideoventricular acelerado	4	*13.8	29	100
Bradicardia sinusal	3	10.3	2	6.9
Paro cardíaco	3	10.3	1	3.4

*p <0,05

En cuanto al conocimiento de las arritmias de reperfusión del total de trabajadores encuestados (29), el 41.4% se refieren a las extrasístoles ventriculares, seguidos por el 34.5% que describe la fibrilación ventricular antes de la superación.

Después de la misma el 100,0% hace referencia al ritmo idioventricular acelerado y el 93,1% plantea la fibrilación y extrasístoles ventricular.

Con el análisis estadístico de dicha variable podemos decir que se acepta la H1 por lo que hay significación estadística.

Tabla 7: Evaluación de la eficacia de la estrategia de superación.

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	2	*6.9	21	72.4
Medio	5	17.2	7	24.1
Bajo	22	75.9	1	3,4
TOTAL	29	100,0	29	100,0

*p <0,05

La tabla No 7 muestra la evaluación de la eficacia de la estrategia de superación en los trabajadores del servicio de urgencias antes y después Del total de encuestados, el 75.9% (22 encuestados) tenían un conocimiento considerado como bajo acerca del tema tratado en este trabajo y después de dicha estrategia un 72.4% alcanzan una evaluación alta y un 3,4% reduce la evaluación de bajo conocimiento.

Para un 95%(p=0,05%) de confiabilidad de la prueba de hipótesis, se rechaza Ho y se acepta H1, por lo que hay significación estadística y existe una marcada relación entre antes y después de la estrategia de superación pues la adquisición de conocimientos sobre los SCA en los trabajadores del servicio de urgencias de nuestro Policlínico se encuentra entre los niveles alto y mediano después de la estrategia de superación. Estos valores se corresponden con la bibliografía consultada (60-61).

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre SCA en los trabajadores de la salud del servicio de urgencias del Policlínico Universitario José A Más Naranjo, se evaluó, apreciándose un incremento de nivel bajo a mediano y alto por lo que quedó demostrada la hipótesis propuesta en la investigación donde planteábamos que a través de la estrategia de superación podía aumentar el grado de conocimiento contribuyendo a un buen manejo de los pacientes para evitar sus complicaciones y así mejorar la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

1. Continuar realizando estrategias de superación sobre SCA de forma sistemática para elevar aún más el nivel de conocimiento de nuestros trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mann F. Disease of the heart and circulation: the role of dietary factors in etiology and management. En: Garrow JS, James WPT, ed. Human nutrition and dietetics. 9 ed. Edimburg: Assistan; 1993.p.619-50.
2. Falcón A, Valladares F.J, Santos N, Manso R.T, Rodríguez T. Infarto Agudo del Miocardio. Rev de las Ciencias de Salud de Cienfuegos; 2:1,2006.
3. Karlener J.S, Gregoratos G, Ross J. Infarto del miocardio. En: Stein JM. Medicina interna. La Habana. Científico Técnica 1988.p.437-70.
4. Rodríguez R, Jiménez L, Gómez I, Castellano F. Infarto Agudo del Miocardio. Studio del Año. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1).
5. Simmons ML. Cardiovascular disease in Europe : Challenges for the medical proffession. Opening address of the 2002 Congress European Society of Cardiology. Eur heart j 2003; 24: (8– 12).
6. Marrugat J, Solanas P, D´Agostino R, Sullivan L, Ordovás J. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev esp cardiol 2003; 56: 253-61.
7. Pasca AJ et al: Obesidad y Prevención secundaria en la República Argentina. Rev Fed Arg Card. 2003;32(1):1-9.
8. García A, García M.E, Chávez E, Cañedo O. Impacto del sistema integral de urgencias médicas en la mortalidad por Infarto Agudo del Miocardio. Rev Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006;5(3).
9. Arcia S, López G.L. Uso de la estreptoquinasa recombinante cubana. Rev Cubana Enfermería 1995; 2 (11).
10. Leyva C, Rego J.J. Causas de la no-trombolisis en el Infarto Agudo del Miocardio y beneficios de su uso. Rev Cubana Farm 2005; 39(2).
11. Mehta NJ, Mehta RN, Khan IA. Resolution of ST-segment Elevation after Thrombolytic Therapy in Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction. Am J Ther. 2003;10(2):83-7.

12. Roca Goderich. Temas de Medicina Interna, 4ed. t.3. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2002.
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factors with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
14. Rosegreen A, Hawken S, Ounpuu U. Association of psychosocial risk factor with risk of Acute Myocardial Infarction in 11119 Cases and 13648 controls from 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. Lancet 2007; 264: 953-96.
15. Suarez Rodríguez JC, Rodríguez López L, Enriquez Govea CL, Colombia González R. comportamiento del Infarto Agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Enero-diciembre 2000. Rev Cubana Med [en línea] 2002 [fecha de acceso 21 de septiembre de 2005]; 41(1) URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_1_02/med06102.htm.
16. Ramos Prevez O, Armalignac Ferrer G, Nápoles Rieño D, Hechevarria Soulayr JC. Trombolisis e infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medigan[en línea]2000[fecha de acceso 21 de septiembre de 2005];4(2)URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_2_00/san_04200.htm.
17. Cano N. Epidemiología del infarto agudo del miocardio en el hospital Santa Sofia de Manizales. Estudio descriptivo(junio de 2000 a junio de 2003)Rev Colombiana Card[en línea]2004[fecha de acceso 21 de septiembre de 2005]; 11(3) URL disponible en: http://scielo-co.bvs.br/scielo.pho?pid-30120-56332004000300004&script=scl_atext&ting=es.
18. Impacto de las Unidades Móviles de emergencia en la sobrevivencia del infarto agudo del miocardio[en línea]2000[fecha de acceso 21 de septiembre de 2005] URL disponible en: <http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/odfs/r09a0-do.html>.
19. Bedova T, diez DI, Loaiza JA, Valencia JM, Vergel MA, Castaño O, Castaño JJ. Estudio descriptivo sobre infarto agudo del miocardio en el

- hospital de Caldos EGE entre 1999-2002. Rev Colombiana Med[en línea]2004[fecha de acceso 21 de septiembre de 2005]; 35(3) URL disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?ro04021>.
20. Bedoya T, Díez D, Loaiza JA, Valencia JM, Vergel MA, Castaño O, Castaño JJ. Estudio descriptivo sobre infarto agudo de miocardio en el Hospital de Caldas ESE. Colombia. 1996-2007. Vol.35(3), 2004.
 21. González Fajardo I, Rojas Álvarez E, Moreno Martín G, Vargas González O, Cabrera Cabrera J R. Comportamiento de la letalidad por I.M.A en la unidad de cuidados coronarios del H.A.S. en el año 2004. Facultad de Ciencias Médicas “Ernesto Ché Guevara de la Serna”. Pinar del Río. Rev. Méd. P. Río 2005; 1(1).
 22. VII Informe (JNC) Joint National Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003; 289: 2560-72.
 23. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53..
 24. González-Juanatey JR, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodríguez-Padial L, Bertomeu V. Actualización (2003) de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2003;56:487-97.
 25. Antman E., Anbe D.: ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. Executive Summary. Circulation 110:588-2008.
 26. Brian Gibler W., Cannon C., Blomkalns A.: Practical implementation of the Guidelines for unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction in the emergency department. Circulation 111:2699-2005.
 27. PARADIGM trial: Combining thrombolysis with the platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitor lamifiban: results of the Platelet Aggregation Receptor Antagonist Dose Investigation and Reperfusion Gain in Myocardial Infarction. Amer J Coll Cardiol 32:2003-1998.

28. Bolet M, Socarrás M.M. Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4).
29. Villalonga M.I, Aralde A. Encuesta sobre Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitas en la población adolescente. SAN 2005 ; 2(3).
30. Pasca AJ. Obesidad y Miocardiopatía. Rev Fed Arg Card. 2002;31(1):39-45.
31. Ortiz V.J. Etiopatogenia de la arterioesclerosis . En Martín JL. Cardiopatía isquémica. La Habana: Científico Técnica; 1985.p.1-26.
32. Almeida J, Álvarez O. Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos. Rev Cubana Med 2006; 45(3).
33. Papel de los antiinflamatorios en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos. De la ateroinflamación a la aterotrombosis. Rev Esp Cardiol. 2003;56:9-15. ISSN:1579-2242.
34. Florat G, García R, Hernández D, García D. Crisi Hipertensiva. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 2000; 14(2): 81-93.
35. Presente y futuro del tratamiento antitrombótico en el síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol. 2003;56:115-120. ISSN: 1579-2242.
36. Papel de los factores de riesgo en la trombogenicidad sanguínea y los síndromes coronarios agudos. Rev Esp Cardiol. 2003;56:1001-9. ISSN: 1579-2242.
37. Marcadores biológicos de necrosis miocárdica. Rev Esp Cardiol. 2003;56:703-720. ISSN: 1579-2242.
38. Nawakami N, Haratoni T. Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. Ind Health 2003; 37 (2): 174–86.
39. Nakamura Y, Kawai C. Comparación del ataque coronario agudo entre hospitales de Japón y Norte América. Int J Cardiol 2003; 245 – 54.

40. Addition of Clopidogrel to Aspirin and Fibrinolytic Therapy for Myocardial Infarction with ST Segment Elevation Sabatine M., Cannon C., Gibson C.: The CLARITY-TIMI 28 Investigators. *N Engl J Med* 352:1179-2005.
41. Keeley E., Boura J., Grines C.: Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 361:13-2007.
42. López X.L, Méndez M. Infarto Agudo del Miocardio. *Fisterra. Guías Clínicas* 2002; 2(34).
43. Delfín C.A, Rodríguez F, Domínguez A, Rodríguez A, León N. Infarto Agudo del Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias. *Rev Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* 2006; 5(4).
44. Silva L. Morbi-Mortalidad en una Terapia Intensiva Municipal. *Rev Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* 2004.
45. Gutiérrez Fernández Félix M, Gutiérrez Nuñez Carlos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2 (4).
46. Jiménez Guerra Saúl D. Morbilidad, Mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2 (4).
47. Zapata Gerardo O, Dogliotti Ariel, Lasave Leandro, Tuero Enrique, Orlandini Andres, Paolasso Ernesto, et al. Desarrollo de un modelo simple para clasificar el riesgo al ingreso hospitalario en el infarto agudo del miocardio (SCORE ICR). *Rev Fed Arg Cardiol* 2007; 32: 506-510.
48. Arós F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRÍAMHO II. *Rev esp cardiol* 2003; 56 (3): 1165-73.
49. Pedley DK, Bissett K, Connolly EM, Goodman CG, Holding I, Pringle TH, et al. Prospective observational cohort study of time saved by prehospital thrombolysis for ST elevation myocardial infarction delivered by paramedics. *BMJ* 2003; 327: 22-26.

50. Lovesio C. Síndromes coronarios isquémicos. Medicina Intensiva. Libro virtual INTRAMED. Editorial. El Ateneo. Buenos Aires 2006.
51. Cáceres F.M, Ramírez R.A. Protocolo de tratamiento de la Cardiopatía Isquémica en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Farm 2002; 36(1): 69-72.
52. Chen Z., Pan H., Chen Y.: (CLOpidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial) collaborative group. Early intravenous then oral metoprolol in 45,852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo-controlled trial. Lancet. 366:1622-2005.
53. COMMIT (Clopidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial) collaborative group: Addition of clopidogrel to aspirin in 45 582 patients with acute myocardial infarction: randomized placebo-controlled trial. Lancet 366:1607-2005.
54. Torres PML. Aplicación de la terapéutica farmacológica en el infarto agudo del miocardio. Arch Inst Cardiol Mex[en línea]2004[fecha de acceso 21 de septiembre de 2005] ;71 supl (1) URL disponible en: <http://www.Medigraphic.com/espanol/e-htms/e-archi/e-3c2001/e-acs01-1/er-3cs611as.htm>.
55. Salazar Weil E. Experiencia en el tratamiento del infarto del miocardio en una unidad de cuidados intensivos. Hospital General de Zona 1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS 2004; 42 (1): 61-7.
56. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. URL disponible en: <http://216.185.1125/presenter.Jhtml?identifier=2067>.
57. Kennedy JW. Optimal management on acute myocardial infarction requires early and complete reperfusion. Circulation 1995; 91: 1905-07.
58. Holmes DR, Bates ER, Kleiman NS. Contemporary reperfusion therapy for cardiogenic shock: the GUSTO-1 trial experience. J Am Coll Cardiol 1995; 26:668-74.

59. Villanueva N, Iraola MD, Falcón A, Fabregas F, Valladares F. Vía clínica en el infarto agudo del miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. Rev Calidad Asistencial 2005; 20(3): 140-151.
60. Valdés JY. Estrategia de intervención sobre el diagnóstico y manejo del dengue [tesis]. Morón; 2008.
61. González FJ. Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades nosocomiales [tesis]. Morón; 2008.