

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A PACIENTE PORTADOR DE CARDIOPATÍA
ISQUÉMICA CON TRATAMIENTO ÓPTIMO EN FASE AGUDA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

GONZÁLEZ ANGELES FRANCISCO

DIRECTOR DE TRABAJO

**MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Fecha: 16 de Septiembre del 2000

Colección de Tesis

Serie de Tesis

SEPTIEMBRE 2000

53
16/9/00



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN - - - - -	1
JUSTIFICACIÓN - - - - -	3
OBJETIVOS - - - - -	4
CAPÍTULO I - - - - -	5
1. MARCO TEÓRICO - - - - -	6
1.1. CONCEPTO DE ENFERMERÍA - - - - -	6
1.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - - - - -	7
1.2.1. CONCEPTO - - - - -	7
1.2.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - - - - -	7
1.3. ESPECIFICACIONES GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - - - - -	13
1.4. PATOLOGÍA - - - - -	17
1.4.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO (CORAZÓN) - - - - -	17
1.4.2. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA - - - - -	24
CAPÍTULO II - - - - -	33
2.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA) - - - - -	34
2.1.1. INTERROGATORIO O ENTREVISTA - - - - -	37
2.1.2. EXPLORACIÓN FÍSICA - - - - -	38

CAPÍTULO III - - - - -	42
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - - - - -	43
3.1. HISTORIA CLÍNICA (DATOS DEL PACIENTE) - - - - -	43
3.2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES - - - - -	49
3.3. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES - - - - -	50
3.4. PLAN DE CUIDADOS (EJECUCIÓN) - - - - -	51
EVALUACIÓN - - - - -	65
CONCLUSIONES - - - - -	66
BIBLIOGRAFÍA - - - - -	67

INTRODUCCIÓN

A través de las últimas cuatro décadas, la cardiopatía isquémica se ha convertido en la primera causa de mortalidad en nuestro país. Por ello, hoy en día es uno de los principales problemas de salud pública.

En el presente documento se argumentan algunos de los aspectos por los que cursa un individuo portador de dicha patología, durante su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (si es el caso).

Se le llama cardiopatía isquémica, a la incapacidad del corazón para conservar su función, como consecuencia de un déficit coronario (infarto agudo del miocardio) o al desequilibrio de aporte y demanda de oxígeno.

La importancia de la cardiopatía coronaria se extiende más allá de los índices de mortalidad y morbilidad. Las manifestaciones clínicas son imprescindibles o simplemente no se encuentran; el curso es variable. En cualquiera de sus presentaciones hace surgir la posibilidad de muerte súbita e inclusive síntomas mínimos pueden presagiar una enfermedad más grave.

En alrededor del 99 % de los casos, la cardiopatía isquémica se debe a cambios arteroescleróticos. La isquémia miocárdica, la manifestación clínica notable, suele deberse a aterosclerosis coronaria y en unos pocos casos a espasmos coronarios aislados. Puede producirse una isquémia miocárdica relativa, en ausencia de enfermedad arterial coronaria, cuando

la demanda de oxígeno miocárdico excede la capacidad del árbol arterial coronario normal, para cubrir la demanda (p. ej. en el caso de la estenosis aórtica).

El proceso de atención de enfermería, permite evaluar la terapéutica de enfermería (con bases científicas) que se aplica al paciente portador de dicho padecimiento, siendo parte fundamental en el tratamiento, en cualquiera de sus etapas y complicaciones que se suscitan, no sólo en referencia con el aspecto físico sino abarcando un sistema de atención holística, dándole cobertura a cada una de sus necesidades durante su estancia hospitalaria, tomando en cuenta cualquier tipo de desenlace de la patología.

JUSTIFICACIÓN

El presente documento permite especificar el papel que tiene el personal de enfermería en el tratamiento del paciente en estado crítico, fundamentado con acciones con base científica, y abarcando todos los requerimientos y necesidades, que se suscitan en dicho momento; así como, contribuyendo al acervo cultural de dicho personal.

El proceso de atención de enfermería que se presenta a continuación, forma parte de las experiencias vividas en el servicio social del L.E.O; y que por la naturaleza de la patología, presentación y culminación, nace la inquietud de documentarlo y formar parte del proceso de titulación, destacando su valiosa labor.

OBJETIVOS

GENERAL:

Especificar la terapéutica de enfermería a aplicar al paciente que cursa con un padecimiento isquémico.

ESPECÍFICOS:

Comprender e identificar los problemas y necesidades que se suscitan en el paciente cardiópata durante su estancia hospitalaria.

Esquematizar estrategias de resolución de problemas y necesidades suscitados en dicho paciente, fundamentado con bases científicas.

Realizar un plan de alta, específico para el paciente con padecimiento cardiovascular.

CAPITULO I

1.- MARCO TEÓRICO

1.1. CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La enfermería ha sido descrita de muy diversas formas por líderes de opinión y teóricos de la especialidad.

El término de enfermería se deriva del latín *infirmitas*, que significa enfermedad. Este origen a influido en algunas descripciones de la enfermería, pero hasta la fecha no se ha logrado una definición satisfactoria de ésta disciplina. Sin embargo, existe la opinión generalizada de que se puede considerar a la enfermería como un arte y una ciencia a la vez.

Es una arte porque incluye habilidades que requieren capacidad y destreza; y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.

En 1980, la ANA (American Nurses Association), siendo una organización profesional que reúne a todas las enfermeras de Estados Unidos, engloba todos y cada uno de estos aspectos en una definición básica y vigente:

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales .

Esto significa que enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta (o reacción) de un paciente ante un problema de salud, bajo la aplicación de todas o algunas de sus acciones, tales como:

Prestación de servicios (cuidados físicos necesarios).

Defensa del paciente (cuando defiende los derechos del paciente).

Docencia (fomentar costumbres, ayudar a conservar la salud).

Asesoría (dando consejos).

Coordinación (regular al equipo de salud).

Liderazgo (capacitación cada vez mayor del personal de enfermería) .

Administración (adoptar los servicios de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente).¹

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

1.2.1 CONCEPTO

El proceso de atención enfermería consiste en pensar como enfermera .

El proceso de atención enfermería es un método para realizar algo, a través de cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con dichos cuidados.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Las fases o etapas del proceso de atención enfermería, se han definido de diferente manera por diversos autores, debido a su interrelación y a veces se sobreponen. Dichas fases o etapas son: valoración, diagnóstico, planeación, realización y evaluación.

a) VALORACION:

Es un proceso sistemático y dinámico, por medio del cual, el personal de enfermería, a través de la interacción con el paciente, familiares, y otros profesionales de salud, recopila y reúne datos acerca del estado de salud del paciente.

¹ Mary Allen, Murray, Proceso Atención de Enfermería, "Introducción del proceso de atención de enfermería", trad. Roberto Palacios, 5a. ed., México, D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 1 - 8.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente .

El personal de enfermería comienza a planear la atención aplicando sus habilidades de colecta de datos .

OBSERVACIÓN, INTERROGATORIO Y EXAMEN FÍSICO, son tres métodos que se utilizan para este fin. Aunque existen múltiples fuentes a las que puede recurrir, el paciente siempre es la principal. Incluso, si éste es incapaz de comunicarse verbalmente, la enfermera llega a obtener valiosos datos utilizando habilidades de observación y examinación.

OBSERVACIONES - DATOS OBJETIVOS INFORMACIÓN VERBAL DEL PACIENTE - DATOS SUBJETIVOS

1) *Observación*, es una habilidad de enfermería de alto nivel.

La observación se encuentra constituida por la información real que observa la enfermera, la cual describe signos y conductas sin sacar conclusiones o interpretaciones. La interpretación y el análisis prematuro de la información incompleta, causa errores.

2) *Interrogatorio o entrevista*, es una forma de comunicación enfermera-paciente, utilizando el método de colecta de datos.²

b) **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :**

El diagnóstico es el segundo paso del proceso de atención enfermería y es la fase durante la cual, la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente.

² Ann, Marriner, *El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque Científico*, "El proceso de Enfermería", trad., Alfonso Tellez Vallejo, 2a. ed., México, D.F., El Manual Moderno, 1983, pp. 1 - 5.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de enfermería. La American Nurses Association define el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico acerca de la reacción de un paciente a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales.

El paso de diagnóstico comprende tres actividades:

ANÁLISIS DE DATOS, se comienza dicha actividad, considerando todos los datos que se colectaron durante la fase de valoración. Verifica de manera rápida que sean completos. También se debe buscar incoherencias ambigüedades de los datos. Después de revisar los datos, la enfermera está lista para comenzar el análisis de datos, tomando las siguientes decisiones:

Determinar si los datos se encuentran dentro del intervalo normal para el paciente y dentro de las normas para su grupo de edad.

Decidir si el funcionamiento descrito por el paciente es típico para él y se encuentra dentro de la normalidad para su edad.

Deducir las relaciones entre diferentes datos.

Evaluar los datos de la valoración física como signos de hallazgos positivos, negativos, normales o anormales.

Determinar si despliegues de comportamiento específicos, contribuyen a la salud y el bienestar del paciente.

Determinar los recursos, capacidades y limitaciones del paciente relativos a su estado de salud.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS, trata de identificar un área amplia de interés que requiere intervención de enfermería. Como nutrición, excreción o información incorrecta o inadecuada.

Después de que se selecciona el área problemática amplia, se elige un enunciado más específico del problema a partir de los enunciados desarrollados por la NANDA.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, es la actividad final del proceso de diagnóstico. La definición de un diagnóstico de enfermería establece que los problemas que la enfermera debe afrontar se encuentran dentro del campo legal de enfermería.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

REALES: Se define como un problema existente en el presente, es decir, que existe en realidad.

ALTO RIESGO: Es un juicio clínico de que es más probable que un individuo, una familia o una comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.

POSIBLES: Enumera varios diagnósticos o descarta según la naturaleza de la necesidad.

ESCRITURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FORMATO PES

DIAGNÓSTICO

DE

ENFERMERÍA

P + E + S

=

Problema

Etiología

Signos y síntomas

Mediante esta fórmula la enfermera selecciona primero el diagnóstico de enfermería, aprobado por la NANDA y lo relaciona con la causa o etiología. Debe haber características definitorias críticas para poder establecer el diagnóstico.³

c) PLANEACION:

La fase de planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería.

El plan se desarrolla con el objetivo de individualizar la atención de enfermería para el paciente y a fin de hacerlo realista dados el hospital o el entorno de atención en casa. Se aplican habilidades de resolución de problemas y de toma de decisiones para tratar los problemas identificados del paciente. El plan de atención enfermería resultante está diseñado para ayudar a los pacientes y familiares en los siguientes aspectos:

Mantener su nivel actual de salud y funcionamiento, si se identifican que están en riesgo de presentar problemas.

Evitar lesiones o enfermedades.

Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.

Mejorar el nivel de salud y funcionamiento.

Ajustarse a un nivel de salud y funcionamiento reducido cuando no es posible la mejora.

Ajustarse a nivel progresivamente decreciente de funcionamiento en caso de enfermedad terminal.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuales son más urgentes. Debe

³ Mary Allen, Murray, El Proceso de Atención de Enfermería, "Diagnóstico", trad., Roberto Palacios, 5a. ed., M-exico D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, 1996, pp. 33 - 47.

definir los objetivos inmediatos, y a largo plazo o las metas por las que debe esforzarse. Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señalados explícitamente en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser aplicado u empleado por ningún otro paciente, con su elaboración termina la fase de planeación.⁴

d) EJECUCION :

Si un plan no se pone en acción, no es útil; por lo tanto, una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan.

Ejecución es brindar realmente cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidados de enfermería comprensivos porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planeé sus propios cuidados.

⁴ Ann. Marriner, El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque Científico, "Planeación", trad., Alfonso Tellez Vallejo, 2a.ed., México D.F.: El Manual Moderno, 1983, pp. 98 - 107.

e) EVALUACION :

Es la fase final pero continúa del proceso de enfermería, es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados.

La finalidad es decidir si el paciente ha alcanzado los objetivos seleccionados durante la fase de planeación. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación del cuidado que debería haber proporcionado enfermería y el equipo de salud, el paciente o la familia, según se señalo en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica los problemas que fueron resueltos, y cuales requieren revaloración y replaneación.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándar.⁵

1.3. ESPECIFICACIONES GENERALES DEL MODELO DE ATENCION DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en esa época no era motivo de especulación. Lo que la llevo a desarrollar su trabajo fué la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevarón a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras, que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionará una identidad profesional propia.

⁵ Ob. cit. 1

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro THE NATURE OF NURSING, en el que define la función propia de la enfermera en la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí misma si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y apartir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Cada individuo se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

Necesidad de oxigenación.

Necesidad de nutrición e hidratación.

Necesidad de eliminación.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Necesidad de descanso y sueño.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Necesidad de termoregulación.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Necesidad de evitar Los peligros.

Necesidad de comunicarse.

Necesidad de vivir, según sus creencias y valores.

Necesidad de trabajar y realizarse.

Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.

Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien, cada persona, en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. El estudio por separado de cada una de ellas de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad, sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

LA SALUD. INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considerará que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece dependencia, la cual debe especificar las causas, las cuales pueden ser falla orgánica de conocimientos o falta de voluntad.

Independencia, puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicas y únicas para cada individuo.

Dependencia, puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de cada persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).⁶

⁶ Carmen, Fernández, El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Barcelona, España: Mason - Salvat, 1995, pp. 1 - 15.

1.4. PATOLOGÍA

1.4.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO (CORAZÓN)

El corazón se localiza en el mediastino medio apoyado en el diafragma. De forma cónica, tiene inclinación de su vértice hacia la izquierda y abajo, en el 5to. espacio intercostal en intersección con la línea media clavicular izquierda, en donde normalmente puede ser palpable. Esta estructura es hueca y forma cuatro cavidades con función de bomba: 2 aurículas y 2 ventrículos.

El corazón está situado libremente en el saco pericárdico con sólo fijaciones en sus extremos venoso y arterial.

En la clínica, el término corazón derecho hace referencia a la aurícula y ventrículo derecho. El corazón derecho impulsa la sangre venosa a la circulación arterial pulmonar (presión baja); el corazón izquierdo, que incluye aurícula y ventrículo, pulsa la sangre a la circulación arterial sistémica.

En el corazón normal no hay comunicación sanguínea entre corazón derecho e izquierdo.⁷

CARA ANTERIOR

Visto de frente la mayor parte de la superficie del corazón está formada por el ventrículo derecho en forma triangular. Arriba y a la derecha del V.D, se puede observar la aurícula derecha con una estructura en forma de orejuela que cabalga sobre la raíz de la aorta. El surco entre la aurícula y el ventrículo derecho (surco coronario), se encuentra lleno de grasa y ocupada por la arteria coronaria derecha. Arriba de la aurícula derecha se

⁷ José Fernando, Guadalajara, Cardiología, "Anatomía Clínica del Corazón", 4a.ed., Mendez Editores, 1996, pp. 19 - 37.

observa la vena cava superior que entra a la aurícula a través del pericárdio. La vena cava inferior yace sobre la superficie diafragmática del corazón y penetra a la aurícula derecha por su cara posterior. La cara anterior del corazón revela sólo una pequeña parte del ventrículo izquierdo que yace a la izquierda del V.D, formando la punta del corazón. El surco interventricular a menudo contiene grasa y está ocupado por la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda. La única porción de la aurícula izquierda visible desde el frente es la orejuela izquierda, la cual yace arriba del ventrículo y se curva alrededor del lado izquierdo del origen del tronco pulmonar.

CARA IZQUIERDA

El ventrículo y la aurícula izquierda ocupan la mayor parte de la superficie del corazón. El surco interventricular posterior separa el V.I por arriba del V.D que está por abajo. El surco auriculoventricular corre casi verticalmente en ésta posición, separando el V.I de la A.I. El seno coronario y la rama de la circunfleja de la coronaria izquierda yacen en éste surco.

CARA POSTERIOR

El torso del corazón descansa primordialmente sobre el diafragma y está ocupado de manera principal en su mayoría por la aurícula y el ventrículo izquierdo, más porciones de la aurícula y ventrículo derecho. El lugar donde las cuatro cámaras se reúnen posteriormente, se llama la cruz, debido al patrón en forma de cruz de los vasos sanguíneos, que yacen de la unión del surco interventricular posterior y el surco auriculoventricular. Los vasos que forman la cruz, son el seno coronario y la arteria coronaria descendente posterior.

CARA DERECHA

La aurícula y el ventrículo derechos ocupan la mayor parte de ésta superficie. Las venas cavas superior e inferior penetran la aurícula en el dorso, y la aorta corre hacia arriba desde la mitad del corazón. La zona de expulsión del V.D y tronco pulmonar forman el borde superior del corazón en ésta posición.

GRANDES VASOS

Tronco pulmonar, corre hacia arriba y a la izquierda enfrente de la aorta dejando el saco pericárdico, antes de dividirse en sus ramas derecha e izquierda. La rama izquierda continúa arqueándose sobre la línea del tronco principal, mientras que la rama derecha se divide lateralmente atrás de la aorta ascendente y de la vena cava superior para alcanzar el hilio del pulmón derecho. La bifurcación de la arteria pulmonar yace sobre el techo de la aurícula izquierda, por arriba del bronquio principal izquierdo.

La aorta surge desde lo profundo del corazón y su porción proximal está cubierto por la orejuela derecha. Corre hacia arriba junto con la vena cava superior antes de dar su primera rama, la más grande (el tronco braquiocefálico), la cual se divide poco después de haber nacido en la arteria carótida común y arteria subclavia derecha. El arco aórtico pasa atrás y a la izquierda, dando origen a la arteria carótida común izquierda y subclavia izquierda antes de cruzar a la arteria pulmonar izquierda.

CÁMARAS DEL CORAZÓN

AURÍCULAS:

Son cámaras de pared delgada, ya que además de bomba funcionan como reservorio y su vaciamiento hacia los ventrículos encuentra mínima o nula resistencia.

La aurícula derecha normal recibe a las venas cavas y al seno coronario, cuyo contenido sanguíneo confluye a la región posterior y lisa de la aurícula. El piso de las aurículas la forma el esqueleto fibroso, y la comunicación con el V.D es a través de la válvula tricúspide.

La aurícula izquierda se caracteriza por ser lisa. Recibe cuatro venas pulmonares, su comunicación con el ventrículo izquierdo es a través de la válvula mitral.

VENTRÍCULOS.

Ambos ventrículos bombean sangre contra la resistencia vascular sistémica. El grosor muscular de ambos ventrículos es similar.

El ventrículo derecho tiene una masa menor que el izquierdo. El grosor de sus paredes es de cuatro a cinco milímetros, cuenta con ciertas características para diferenciarlo del izquierdo:

Cripta supraventricular - Formación muscular que separa la cámara de entrada de la de salida.

Músculo papilar único o predominante - El V.D tiene un sólo músculo papilar en contra posición con el V.I.

Banda moderadora - Estructura muscular que conecta el septum interventricular con la pared libre que del V.D, al que atraviesa en forma transversal cerca de la región apical; lleva los estímulos eléctricos de la rama derecha del Haz de his hacia la red de Purkinge.

La porción traveculada del septum que es la que mira a ésta cavidad.

El V.D recibe sangre de la A.D a través de la tricúspide. El contenido es expulsado por vía de una cámara de salida, a través de la válvula pulmonar.

Las cámaras de entrada y de salida son limitadas entre sí en su porción superior por un músculo grueso llamado cresta supraventricular.

Ventrículo izquierdo, el grosor de sus paredes es de nueve a once milímetros. El septum es liso y las demás paredes son traveculares, llamada también arañada.

Cámara de entrada - La apertura de la válvula mitral.

Cámara de salida - La apertura de la válvula aórtica.

VÁLVULAS CARDIACAS

La válvula tricúspide es una estructura delgada tripartita diafona con valvas anterior, posterior y medial. Las cuerdas tendinosas anclan en el borde libre de la válvula tricúspide a los músculos papilares. Las cuerdas se ramifican una o dos veces antes de insertarse en el borde libre de la superficie ventricular de la válvula.

La válvula mitral que es más gruesa que la tricúspide, tiene dos cúspides y forma de sombrero de obispo (mitra), en la cual la cúspide anterior es más larga y ancha que la superficie posterior. Las cuerdas tendinosas se originan en la parte anterointerna y posterointerna de los músculos papilares, y se ramifican una o dos veces antes de fijarse al borde libre y a la superficie ventricular de la válvula mitral. Las cuerdas tendinosas se ramifican en forma de abanico a nivel de las comisuras.

Las válvulas semilunares (aórtica y pulmonar) tienen configuración semejante a las anteriores. Sus valvas semejan nidos de golondrinas. El área normal de apertura aórtica es aproximadamente de tres centímetros cuadrados y el de la pulmonar se encuentra similar al de la aorta. La válvula pulmonar se encuentra colocada adelante y a la izquierda de la válvula aórtica como consecuencia de la dirección que tiene la cámara de salida del V.D hacia adelante, arriba y a la izquierda.

SISTEMA DE CONDUCCIÓN

Se llama así a las estructuras formadas por células diferentes a la célula miocárdica contractil, y que corresponde a células P, células transiciones y células de Purkinge. Su función es la de formar impulsos y regular la conducción de estos a todo el corazón.

Para su estudio se dividirá éste sistema en:

Nodo sinusal. Su función es la de iniciar el impulso que activará a todo el corazón. Se encuentra cercano de la unión de la vena cava superior y la porción sinusal de la A.D. Es atravesado por su arteria que parece serle desproporcionalmente grande y se piensa que por ser ésta arteria una ramificación temprana de la aorta vía subcoronaria, el nodo sinusal puede censar la presión sistemática.

Nodo auriculoventricular. También se conoce como el nodo de Aschoff-Tawara. Es la única vía por la cual el estímulo sinusal pasa normalmente a los ventriculos y en la que normalmente sufre un retardo en su velocidad de conducción para dar tiempo a la contracción auricular. Se encuentra debajo del endocardio septal de la aurícula derecha por encima de la tricúspide y delante del seno coronario.

Haz de his. Es la continuación directa del nodo AV en el que las fibras se han alineado en forma de cordón mide de dos a tres centímetros de longitud y su grosor no es mayor de tres milímetros. La porción proximal atraviesa el esqueleto fibroso y después el Haz corre por el margen inferior del septum membranoso montado sobre el septum interventricular muscular del que los separa una banda densa de tejido fibroso al que se encuentra adherido, dando origen a su rama derecha y otra izquierda, que corren por debajo del endocardio septal derecho e izquierdo, respectivamente. La rama derecha de forma tubular, es larga y delgada, se divide cerca del músculo papilar anterior en numerosos haces que se

distribuyen por todo el endocardio ventricular derecho en donde terminan en fibras de Purkinje.

La RIHH es plana tiene dos subdivisiones, una anterior dirigida al músculo papilar anterolateral y otra posterior que se dispersa como abanico en dirección del músculo papilar posteromedial.

Haces internodales. Conectan al nodo sinusal con el nodo AV. Son tres haces denominados anterior (Bachman), medio (Wenkebach) y posterior (Thorel).

Haces anómalos. Son puentes de tejido muscular especializado que permiten la estimulación prematura de los ventrículos. Haces de Kent, comunican músculo banal auricular con ventricular, pasando por el surco auriculoventricular.

Haz de James, es extensión de los tractos internodales que hacen conexión directa con las regiones caudales del nodo AV y Haz de his.

Haz de Mahaim, está constituido por fibras cortas que provienen del Haz de his para hacer conexión con la cima del septum interventricular.

ARTERIAS Y VENAS CORONARIAS

Detrás de las valvas de la aorta, la pared de éste vaso tiene tres dilataciones llamadas senos de Valsalva. En la pared de los senos de Valsalva se originan el ostium coronario de las arterias coronarias derecha e izquierda.

Coronaria derecha, se dirige hacia adelante y a la derecha, pasa por debajo de la orejuela derecha en dirección del surco A-V por el que corre. En el 90 % de los casos se divide en dos ramas, descendente posterior que baja por el surco interventricular posterior en dirección del apex, y la obtusa marginal que sigue por el surco auriculoventricular.

Coronaria izquierda, desde su origen de la aorta hasta su división se le conoce como tronco de la coronaria izquierda. Se divide en dos ramas

terminales, en la descendente anterior y la circunfleja que se dirige a la izquierda y corre por el surco auriculoventricular.

Drenaje venoso, una parte de éste y proveniente de la AD primordialmente, se hace directamente de las cavidades derechas por las pequeñas venas de Tebesio, que drenan cerca de los tabiques. Otra vía de mayor calibre, es el de las venas cardíacas anteriores que corren paralelas a las ramas de la C.D y que fluyen en una sola vena colectora que desemboca por el borde inferior de la orejuela derecha a la A.D, el drenaje venoso del V.I se lleva a cabo primordialmente por las venas tributarias del seno coronario.⁸

1.4.2. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El miocardio es un tejido eminentemente aerobio ya que su función depende de la oxigenación de los sustratos para producir energía. El metabolismo intrínseco del corazón representa sólo una mínima porción del consumo de oxígeno necesario para que el corazón realice su actividad eléctrica. Por el contrario, la actividad mecánica de la contracción miocárdica, la frecuencia con que se realizó dicha contracción y la fuerza que tiene que vencer para contraer son las determinantes más importantes de consumo de oxígeno cardíaco.

CONCEPTO:

Enfermedad miocárdica consecutiva a isquemia por el déficit del riego coronario.

Desde el punto de vista bioquímico se puede decir que la isquemia miocárdica se inicia en el momento que la cantidad de oxígeno que llega a

⁸ Maurice, Sokolow, *Cardiología Clínica*, "Anatomía y Fisiología del Sistema Circulatorio", trad., Jorge Mérito Jane, 5a.ed., México D.F.: El Manual Moderno, 1996, pp. 1 - 10.

la miofibrilla es insuficiente para permitir un metabolismo celular aeróbico y éste se convierte en anaerobio.

FACTORES DE RIESGO:

Existen factores de riesgo independientes ya establecidos como son la edad avanzada, sexo masculino, tabaquismo, DM, hipercolesterolemia e hipertensión arterial y factores potenciales de riesgo como la obesidad, sedentarismo, hipertrigliceridemia e hiperuricemia. La combinación de hipercolesterolemia, HAS, tabaquismo; proporciona un riesgo ocho veces mayor para cardiopatía isquémica.

CAUSAS (Etiología):

Aterosclerosis (oclusión arterial por placa ateromatosa)

Arteritis (por sífilis, enfermedad Takayasu, lupus, etc.)

Espasmos coronarios

Embolismo a las arterias coronarias (por traumatismo a la placa ateromatosa)

Anomalías congénitas de las arterias coronarias

Desproporción entre el aporte y demanda de oxígeno en miocardio, por ej.: estenosis aórtica, insuficiencia aórtica, HAS prolongada, etc.

Trastornos hematológicos, por ej.: por tromboortosis, Sx. de hipercoagulabilidad, Sx. de anticuerpos fosfolípidos

Misceláneos: Abuso de cocaína, contusión miocárdica, complicación de cateterismo cardíaco

FISIOPATOLOGÍA:

En 90 % de los casos con IAM se demuestra una oclusión total de la arteria coronaria relacionada con el infarto. La oclusión coronaria es la vía final común de una interacción dinámica y compleja entre aterosclerosis coronaria y rotura, erosión o fisura de la placa aterosclerosa. Las llamadas

placas blandas, con un contenido elevado de lípidos, son particularmente susceptibles de romperse, episodio que en general ocurre en la unión de la placa con la íntima normal o en el centro de la placa por acúmulo de lípidos extracelulares que lleva a poner la colágena y la activación insitu de mecanismos trombógenos, activación plaquetaria, liberación de ADP, serotonina, trombina y tromboxano A₂. Esta serie lleva a la formación de un trombo. El trombo agregado a una placa aterosclerosa altera su forma e incrementa el grado de obstrucción; el infarto sobreviene cuando el flujo sanguíneo distal a la obstrucción, se impide en forma repentina y total. La secuencia de sucesos es: detención del flujo sanguíneo coronario - disminución en la disponibilidad del oxígeno - alteraciones en la relajación miocárdica - alteraciones en la contracción - cambios metabólicos miocárdicos - incremento de las presiones de llenado - cambios electrocardiográficos - dolor torácico.

Las alteraciones originadas guardan relación con la cantidad de masa muscular ventricular izquierda necrosada: con el 8 % de necrosis de V.I disminuye la distensibilidad del mismo, con necrosis del 10 al 15 % se reduce la fracción de expulsión y se incrementan la presión y el volumen telediastólico del V.I, con necrosis del 25 % aparece insuficiencia cardiaca, y cuando la necrosis afecta más del 40 % de la masa ventricular izquierda sobreviene el choque cardiogénico.

CUADRO CLÍNICO:

En la mitad de los pacientes con IAM no es posible detectar un factor precipitante, a menudo se relacionan con ejercicio moderado a intenso y estrés emocional. Otras situaciones asociadas a infarto incluyen: procedimientos quirúrgicos vinculados a pérdida importante de sangre, infecciones respiratorias, embólismo pulmonar, hipoxemia de cualquier

origen, hipoglucemia, ingesta de medicamentos que contienen algún derivado ergonóvico, alergias, etc.

SEMIOLÓGÍA DEL DOLOR DE INFARTO:

Frecuentemente se refiere como una opresión, sensación de compresión con el puño cerrado sobre la región retroesternal “apretujamiento”, estrangulamiento o hasta dolor quemante, sensación de odinagia o de vacío retroesternal.

Localización: De manera típica se localiza en la cara anterior del hemitórax izquierdo con irradiación hacia hombro izquierdo, maxilar inferior, cara interna del brazo y antebrazo izquierdo, muñeca y dedos de la mano izquierda.

Intensidad: Puede variar, aunque habitualmente es un dolor muy intenso, insoportable, que mantiene al paciente inquieto, sin encontrar alivio en ninguna posición; con frecuencia el enfermo refiere sensación de muerte inminente.

Duración: Dura más de treinta minutos, hasta variar horas y no cede con la administración de NTG e isosorbide sublingual.

Síntomas acompañantes: En la mitad de los pacientes ocurre náusea y vómito, disnea, palpitaciones, debilidad, sensación de desvanecimiento, mareos, angustia y otros pacientes refieren sensación o deseo de evacuar.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Inspección general

Angustia, inquietud, diaforesis, palidez, polipnea, náuseas, vómitos y cianosis periférica.

Signos vitales

Evidencia de exceso de estimulación simpática, manifestado por taquicardia e HAS (IAM anterior). Se puede presentar bradicardia, PAS menor a 100 mm/Hg y arritmias auriculoventriculares (IAM inferior).

El paciente con IAM suele ser normotenso, con disminución de la presión del pulso, frecuencia respiratoria elevada y depende del grado de congestión pulmonar. Pueden desarrollar fiebre debido a respuesta específica a la necrosis miocárdica.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de IAM incluye la presencia de signos y síntomas característico de infarto, aunado a los datos aportados por el electrocardiograma, laboratorio y gabinete.

Electrocardiograma: Elevación del segmento ST mayor a 0.1 mV en cuando menos dos derivaciones contiguas. Hay situaciones en las cuales el diagnóstico puede ofrecer ciertas dificultades como: BRIHH o BRDHH, el infarto con ondas Q, modificaciones en ondas P y alteraciones mayores en el segmento ST.

Laboratorio: Cuando existe daño grave celular, con destrucción y rotura de sus membranas (necrosis celular), se liberan algunas enzimas al torrente sanguíneo, que pueden determinarse y ser de gran utilidad en el diagnóstico de infarto o necrosis miocárdica.

Fosfoquinasa de creatina (CPK). Comienza a elevarse de cuatro a ocho horas después del inicio del infarto, alcanza su pico máximo a las 24 horas, y disminuye a valores normales en tres a cuatro días.

Deshidrogenasa láctica (DHL). Comienza a elevarse de veinticuatro a cuarenta y ocho horas después del inicio de los síntomas del infarto, alcanza niveles máximos en tres a seis días y disminuye a valores normales en ocho a catorce días.

Nota: También se eleva en pacientes con hemólisis, congestión hepática, enfermedad renal, anemias, leucemias, embólismo pulmonar, miocarditis y estado de choque.

Mioglobina sérica. Se encuentra en cantidades importantes en el músculo cardíaco y esquelético. Pueden detectarse elevaciones en una hora y media después de los síntomas de infarto, con elevaciones máximas en seis a siete horas, su eliminación es renal en veinticuatro horas desapareciendo completamente.

Gabinete:

Rayos X. Se utiliza para valorar la repercusión del infarto, como son: hipertensión venocapilar y cardiomegalia (por aumento de la presión telediastólica del V.I).

Ecocardiografía. Valora la movilidad segmentaria, valoración de la función ventricular y detección de complicaciones mecánicas, tales como ruptura papilar y del tabique interventricular, trombos intracavitarios.

TRATAMIENTO:

Medidas generales

Dieta - En un IAM no complicado, se recomienda ayuno inicial de seis a ocho horas siguientes, a partir de ellas se inicia una dieta blanda rica en residuos y de 20 a 30 calorías por kilogramo de peso, el contenido en grasas, carbohidratos y sodio se individualiza.

Laxantes - La estancia en cama puede predisponer a la constipación, debe evitar el esfuerzo defecatorio con el uso de laxantes tipo agarol, agiolax u otros similares.

Reposo absoluto en semifowler.

Oxígeno binasal de dos a cuatro litros minuto.

MEDIDAS ESPECÍFICAS:

Analgésicos: Meperidina de 25 a 50 mg IV cada 15 minutos con vigilancia de cifras tensionales y reacciones secundarias.

Ansiolíticos: Benzodiacepinas como lexotan, diazepam, clorazepam u otro similar, por vía oral cada 12 ó 24 horas.

Nitratos: Debe de iniciarse la administración de NTG sublingual con determinación previa de TA. Los efectos hemodinámicos de los nitratos son vasodilatación de vasos coronarios, disminución de la presión telediastólica del V.I, incremento del flujo sanguíneo a través de la circulación colateral y por su efecto venodilatador, disminuye el retorno venoso y con ello el consumo miocárdico de oxígeno.

El uso de infusión continua de NTG ofrece la ventaja de un fácil control sobre modificaciones de dosis y sus efectos hemodinámicos. Se recomienda iniciar de 5 a 15 mcg/min, con límites máximos de 200 mcg/min.

Antiagregantes plaquetarios: Aspirina 162.5 mg/día, e iniciando con 325mg en la fase aguda.

Trombolisis: Actualmente la mortalidad del infarto es de seis a ocho por ciento, cuando se utilizan trombolíticos durante las seis primeras horas de inicio de síntomas.

Streptoquinasa. La dosis es de 1.5 millones de unidades en infusión intravenosa por una hora.

rTPA. Dosis de 15 mg bolo IV, seguido de 0.75 mg/Kg para 30 minutos, sin pasar de 30 mg, y después 0.5 mg/Kg para los siguientes 60 minutos. Dosis total no mayor a los 100 mg.

Anticoagulantes: Heparina. Bolo inicial de 5000 UI, se continúa con una infusión intravenosa permanente de 1000 U/hr, con mediciones de TTP para mantenerlo entre 60 y 80 seg. Los efectos benéficos de la heparina

son: mantener la permeabilidad de la arteria relacionado con el infarto post-trombolisis, disminuir la tasa de reoclusión, reincidir la incidencia de trombos intramurales del V.I, abatir la TVP.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Se recomienda el uso de IECA por vía oral a dosis bajas progresivas e incluso durante las primeras 24 horas.

Bloqueadores Beta: Dentro de sus efectos benéficos están la disminución de las demandas de oxígeno al reducir la TA, la FC y con ello la contractilidad; también reducen el tamaño del infarto, la isquemia cardiaca y probablemente disminuye la incidencia de rotura cardiaca.

Metoprolol: 5 mg IV; repetir cada 5 min. hasta completar 15 mg. Seguido de 25 a 50 mg cada 6 ó 12 horas.

Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP):

ACTP PRIMARIA O DIRECTA, es la dilatación de la estenosis u obstrucción de la arteria relacionada con el infarto en la fase aguda, como tratamiento inicial (sin trombolisis).

ACTP INMEDIATA, es aquella que se realiza en la fase aguda del infarto, en los siguientes 90 a 120 min. despues del inicio de trombólisis.

ACTP DIFERIDA O RETARDADA, es aquella que se realiza después de 48 h. de la trombólisis, con dilatación de todas las lesiones susceptibles y con estenosis significativas. .

ACTP ELECTIVA, es aquella que se realiza durante la hospitalización, una vez que se documentó isquemia.

ACTP DE RESCATE, es aquella que se realiza posterior a trombólisis fallida.

Cirugía de revascularización coronaria .

Habitualmente los pacientes sometidos a ella son:

Aquellos con choque cardiogénico y lesiones coronarias no susceptibles a angioplastia.

Pacientes con enfermedad del tronco de la coronaria izquierda (mayor al 50%) o su equivalente (lesión proximal de la DA y CX).

ACTP, fallida con gran cantidad de miocardio en riesgo.

Pacientes con lesiones coronarias complejas para ACTP y persisten con inestabilidad hemodinámica apesar del tratamiento médico adecuado, incluyen balón intraaórtico de contrapulsación.⁹

⁹ José Fernando, Guadalajara, Cardiología, "Cardiopatía Isquémica", 4a.ed., México, D.F.: Mendez Editores, 1996, pp. 827 - 930.

José Luis, Leiva, Manual de Urgencias Cardiovasculares, "Infarto Agudo del Miocardio", México, D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, 1996, pp. 90 - 109.

CAPITULO II

2.1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La historia clínica de enfermería, es un formato sistemático por lo común en forma de cuestionario o de lista para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. El centro de interés de la historia clínica es la reacción o la respuesta del paciente a problemas de salud reales o potenciales. Como parte de esto, la enfermera revisa los antecedentes de salud del sujeto y los métodos que han sido eficaces o ineficaces para resolverlos. Los datos relativos al modo de vida del enfermo pueden ayudar a identificar factores de riesgo para la salud.

La comunicación planeada y deliberada (interrogatorio), que el personal de enfermería utiliza para ayudar a identificar y satisfacer las necesidades de cuidados de salud del paciente se denomina comunicación terapéutica.¹⁰

¹⁰ Ann Marriner, El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque Científico, "Planeación", trad. Alfonso Tellez Vallejo, 2a. ed., México, D.F.: El Manual Moderno, 1983, pp. 98 - 107.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____ SERVICIO: _____
No DE CAMA: _____ FECHA DE INGRESO: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____
RELIGION: _____ NACIONALIDAD: _____
LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
DOMICILIO: _____
PERSONA RESPONSABLE: _____
OCUPACIÓN: _____
DOMICILIO: _____

PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

HABITACIÓN:

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS (ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, ETC.) _____

PROPIA , FAMILIAR , RENTADA , OTROS _____

TIPO DE CONSTRUCCIÓN _____

No DE HABITACIONES _____

ANIMALES DOMÉSTICOS _____

SERVICIOS SANITARIOS:

AGUA (INTRADOMICILIARIA,HIDRANTE PÚBLICO , OTROS) _____

CONTROL DE BASURAS _____

ELIMINACIÓN DE DESCHOS (DRENAJE , FOSA SÉPTICA , LETRINA , OTROS) _____

ILUMINACIÓN _____

PAVIMENTACION _____

VÍAS DE COMUNICACION :

TELEFONO _____

MEDIO DE TRANSPORTE _____

RECURSOS PARA LA SALUD _____

HABITOS HIGIÉNICOS

ASEO:

BAÑO (TIPO,FRECUENCIA) _____

DE MANOS _____

BUCAL _____

CAMBIO DE ROPA PERSONAL (PARCIAL, TOTAL Y FRECUENCIA) _____

ALIMENTACION :

DESAYUNO (HORARIO,ALIMENTOS) _____

COMIDA(HORARIO, ALIMENTOS) _____

CENA (HORARIO , ALIMENTOS) _____

ALIMENTOS QUE ORIGINEN:

PREFERENCIA _____

DESAGRADO _____

INTOLERANCIA _____
ELIMINACION (HORARIO Y CARACTERISTICAS)
 VESICAL _____
 INTESTINAL _____

DESCANSO (TIPO Y FRECUENCIA) _____
 SUEÑO (HORARIO Y CARACTERISTICAS) _____
 DIVERSIÓN Y/O DEPORTES _____
 ESTUDIO Y/O TRABAJO _____

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

PROBLEMA O PADECIMIENTO POR EL QUE SE PRESENTA _____
 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS _____
 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS _____
 COMPRENSIÓN Y/O COMENTARIO ACERCA DEL PROBLEMA O PADECIMIENTO _____
 PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA DEL DIAGNÓSTICO , TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN _____

EXPLORACION FISICA

INSPECCION :

ASPECTO FÍSICO _____
 ASPECTO EMOCIONAL (ESTADO DE ÁNIMO , TEMPERAMENTO , EMOCIONES) _____

PALPACIÓN: _____

PERCUSIÓN: _____

AUSCULTACIÓN: _____

MEDICIÓN: _____

EXAMENES DE LABORATORIO : _____

EXAMENES DE GABINETE : _____

ELABORO:

2.1.1. INTERROGATORIO O ENTREVISTA

El interrogatorio es una forma estructurada de comunicación para coleccionar datos y aprender acerca de las personas en una forma intencionada y dirigida hacia un fin. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permitan identificar sus necesidades, tanto inmediatas como a largo plazo. La información obtenida se incorpora al plan de cuidados de enfermería.

La calidad de la entrevista es influida por el ambiente que se crea la enfermera. La enfermera debe escoger el momento y lugar apropiado para lograr una comunicación óptima, tomando en cuenta condiciones de color, ventilación, humedad, olor, ruido y mobiliario. Debe mantenerse un clima privado y confidencial. La entrevistadora debe mostrar interés en el paciente y sus problemas, transmitiendo de que el paciente es lo único que le importa durante la entrevista. Las preguntas deben ser preparadas en forma que fluyan con facilidad, de preferencia en forma abierta o directa, permitiendo que el paciente hable con libertad.

Una entrevista debe iniciarse con preguntas relativamente generales, seguidas de preguntas cada vez más específicas.

ESCUCHAR

El escuchar en forma adecuada es la clave de una entrevista exitosa, de una comunicación terapéutica y de que se le considere una conversación estimulante. El escuchar es una habilidad difícil de aprender.

COMUNICACION NO VERBAL

El lenguaje no verbal puede ser accidental o deliberado y nosotros comunicamos nuestros verdaderos sentimientos, a través de él. Los ademanes corporales, los movimientos, la postura, la marcha, las expresiones faciales y la apariencia ofrecen indicios. Estos movimientos por lo regular acompañan a las palabras.

Una enfermera se comunica con el paciente por la forma en que lo toca mientras satisface sus necesidades, el tono de voz del paciente puede indicar su bienestar.¹¹

2.1.2. EXAMEN FISICO

La actividad final de la colecta de datos, es el exámen físico completo. Antes de comenzar el proceso físico del exámen, se establece una relación con el paciente. Siempre explica antes el procedimiento y solicita al enfermo autorización para proceder; respetando la intimidad de la persona. Se puede elegir una valoración corporal total o concentrarse en una o más áreas específicas como sonidos pulmonares, hériada quirúrgica o un drenaje.

Al colectar esta información, se debe utilizar un enfoque sistemático para evitar omisiones. Este debe ser metódico y de aplicación constante para obtener un alto grado de habilidad. Cabe seguir un método cefalo-caudal (de cabeza a pies) avanzando en sentido descendente. Otra opción consiste en un enfóque por aparatos y sistemas.

Cualquier enfóque metodológico es aceptable siempre y cuando satisfaga las necesidades de reunir datos relevantes que ayuden a identificar problemas de salud que requieran la intervención de enfermería.

¹¹ Mary Allen, Murray, *El Proceso de Atención de Enfermería*, "Valoración", trad., Roberto Palacios, 5a. ed., México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, 1996, pp. 20 - 26.

Durante el exámen físico, el proceso de enfermería utiliza sus sentidos y habilidades para reunir información sobre el paciente.

El exámen físico, se debe realizar mediante los siguientes aspectos: inspección, auscultación, palpación y percusión.

Inspección, es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista. Sus objetivos son: detectar características físicas significativas y observar y discriminar en forma precisa, los hallazgos anormales.

La inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

Según la región a explorar.

Local - Inspección por segmentos.

General - Inspección de conformación, actitud, movimiento, marcha, etc.

Según en que forma se realiza.

Directa: Simple o inmediata. Se efectúa mediante la vista.

Indirecta: Instrumental armada o indirecta.

Una observación se debe realizar de lo general a lo específico, de cabeza a pies, de afuera hacia adentro, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Estructura musculoesquelética .

Características de la piel .

Tipo de vestido .

Marcha (equilibrio , actitud y posición) .

Facies (edad y sexo) .

Características de uñas y cabello .

La palpación, es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Sus objetivos son: detectar la presencia o ausencias de masas,

dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

La palpación se divide en dos:

Directa - o inmediata por medio del tacto y la presión.

Indirecta - armada o instrumental mediante el empleo de instrumentos que permiten explorar conductos o cavidades naturales o accidentales (sonda acanalada, catéteres, estiletes, etc).

Se deben seguir las siguientes normas para la palpación:

Colocar al paciente en posición cómoda.

Favorecer la relación muscular de la región.

Evitar tensión emocional.

La temperatura de las manos del explorador debe ser similar a la del paciente.

Percusión, es un método de exploración física, que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento, cualquier segmento del cuerpo. Sus objetivos son: producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente, y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.

La percusión se divide en:

Directa o inmediata, se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poco intenso.

Digitodigital, se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar.

NORMAS GENERALES PARA LA PERCUSIÓN

Utilizar dedos índice con el medio y anular.

Golpear con la yema de los dedos.

Detectar dolor, movimientos, ruidos.

NOTA: Los órganos sin aire producen sonidos mate, los huecos producen sonidos timpánicos y el pulmón emite sonidos claros y resonantes.

d) *La auscultación*, es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído. Sus objetivos son: valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, etc.), y detectar anomalías en los ruidos y sonidos fisiológicos mencionados.

La auscultación se puede realizar de dos tipos:

Directa o inmediata

Indirecta o instrumental, por medio de un estetoscopio.

NORMAS GENERALES PARA LA AUSCULTACIÓN

Efectuar auscultación directa.

Utilizar en forma adecuada el estetoscopio durante la auscultación.¹²

¹² Susana, Rosales, Fundamentos de Enfermería, "Valoración del estado de salud individual", México D.F.: El Manual Moderno, 1991, pp. 134 - 147.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Abel Hernández Ramírez SERVICIO: Unidad Coronaria
No DE CAMA: 208 FECHA DE INGRESO: 27 - XI - 98
EDAD: 49 años SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado
ESCOLARIDAD: Vocacional OCUPACION: Comerciante de ropa
RELIGION: Católica NACIONALIDAD: Mexicana
LUGAR DE PROCEDENCIA: México D.F., radicando en el Edo. de México
DOMICILIO: Plaza purificación No. 4; Barrio de purificación de San Juan
Teotihuacan, México
PERSONA RESPONSABLE: Martha Sánchez Gómez
OCUPACIÓN: Comerciante
DOMICILIO: El mismo

PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

HABITACIÓN:

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS (ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, ETC.)

Cuenta con servicios adecuados de luz, iluminación, espacio

PROPIA , FAMILIAR , RENTADA , OTROS: Propia

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: Rural, lámina asbesto y madera

No DE HABITACIONES: Tres

ANIMALES DOMÉSTICOS: Perros (2), Gallinas (8)

SERVICIOS SANITARIOS:

AGUA (INTRADOMICILIARIA,HIDRANTE PÚBLICO , OTROS): Hidrante e intradomiciliaria

CONTROL DE BASURAS: Camión colector, una vez a la semana

ELIMINACIÓN DE DESECHOS (DRENAJE , FOSA SÉPTICA , LETRINA , OTROS) Drenaje

ILUMINACIÓN: Intra y extradomiciliaria

PAVIMENTACION: Únicamente por vías de comunicación más transitadas

VÍAS DE COMUNICACION :

TELEFONO: Públicos, propio no

MEDIO DE TRANSPORTE: Autobuses, colectivos y taxis

RECURSOS PARA LA SALUD: Ninguno

HABITOS HIGIÉNICOS

ASEO:

BAÑO (TIPO,FRECUENCIA): Total, cada tercer día

DE MANOS: Las veces que sean necesarias

BUCAL: Una vez al día

CAMBIO DE ROPA PERSONAL (PARCIAL, TOTAL Y FRECUENCIA): Total, cada tercer día

ALIMENTACION :

DESAYUNO (HORARIO,ALIMENTOS): 07:00 hrs. Café, pan y leche

COMIDA(HORARIO, ALIMENTOS): 13:00 hrs. Productos que venden en las plazas; sopes, carnes, barbacoa, etc.

CENA (HORARIO , ALIMENTOS): Carnes: rojas, de pollo, verduras y tortillas

ALIMENTOS QUE ORIGINEN:

PREFERENCIA: Carnes rojas y pastas

DESAGRADO: Mariscos

INTOLERANCIA: Ninguna

ELIMINACION (HORARIO Y CARACTERISTICAS)

VESICAL: Más de 5 veces diarias, según la ingesta de líquidos

INTESTINAL: Regularmente una vez al día, por cuestiones de constipación

DESCANSO (TIPO Y FRECUENCIA): Una vez a la semana, permanece en su hogar, en compañía de su familia

SUEÑO (HORARIO Y CARACTERISTICAS): De las 22:00 a las 06:00 hrs. Con descansos adecuados y sueño profundo

DIVERSIÓN Y/O DEPORTES: Ninguno

ESTUDIO Y/O TRABAJO: Comerciante de ropa usada en plazas cercanas a su comunidad

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Padre (Paciente)	49 años	Comerciante	100 %
Madre	50 años	Hogar	0 %
Hija (1)	20 años	Estudiante	0 %
Hijo (2)	13 años	Estudiante	0 %

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

PROBLEMA O PADECIMIENTO POR EL QUE SE PRESENTA:

Cardiopatía isquémica. Infarto agudo al miocardio anterior de fecha no precisada. Hace tres días empieza con dolor torácico tras estar fumando en horas de noche asociado a falta de aire y ortopnea, síntomas que no _____ revierten y fué llevado al I.N.C."Ignacio Chávez".

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Hace tres años le diagnostican Diabetes Mellitus - sin ingesta medicamentosa, e infarto silente sin especificar localización

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS: Madre fallecida por complicación de Diabetes Mellitus

COMPRESIÓN Y/O COMENTARIO ACERCA DEL PROBLEMA O PADECIMIENTO: Tiene factores importantes (edad, sexo, DM y fumador) para ser portador de cardiopatía isquémica

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA DEL DIAGNÓSTICO , TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN: Siendo que la sintomatología no revierte, la familia con ayuda de una opinión médica, decide traer al paciente al I.N.C.I.Ch.

EXPLORACION FISICA

INSPECCION :

ASPECTO FÍSICO: Paciente masculino con edad aparente a la cronológica luce enfermo, disneico, palido, decaido, conciente y en estado de angustia, con adecuada marcha

ASPECTO EMOCIONAL (ESTADO DE ÁNIMO , TEMPERAMENTO , EMOCIONES): Con adecuado estado de ánimo, cooperador al manejo, emocionalmente completo

PALPACIÓN: Sin evidencias generales de adenomegalias, visceromegalias y masas musculares a excepción de plétora yugular grado III

PERCUSIÓN: Ruidos timpánicos y mate en órganos abdominales y pulmonares

AUSCULTACIÓN: Ruidos cardíacos R1 y R2 disminuidos, sin soplos ni frote. Abdomen blando, depresible, peristalsis adecuada. Tórax simétrico con retracciones intercostales y supraclaviculares, estertores crepitantes hasta el segundo tercio y sibilancias

EXAMENES DE LABORATORIO : Q.S. y Bh.

TIPO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
Hb	12.2 - 18.1	10.6	Anémico
Leucos	4.5 - 10.0	16.5	Leucocitosis
Glucosa	70 - 110 mg/dl	1041	Hiperglicemia crónica
C.P.K.	22 - 269 u/l	723	
D.H.L.	91 - 180 u/l	1927	
T.G.O.	10 - 42 u/l	1182	
K	3.5 - 5.3 meq	3.8	

EXAMENES DE GABINETE : Rx AnteroPosterior

TIPO	OBSERVACIONES
Rx AP	Con evidencia de congestión pulmonar

ELABORO: González Angeles Francisco

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

Necesidad de Oxigenación

Necesidad de Nutrición e Hidratación

Necesidad de Eliminación

Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura

Necesidad de Descanso y Sueño

Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de Termorregulación

Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Necesidad de Comunicarse

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Necesidad de Oxigenación

Necesidad de Eliminación

Necesidad de Termorregulación

Necesidad de Nutrición

Necesidad de Descanso y Sueño

Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura

Necesidad de Comunicación

3.4. PLAN DE CUIDADOS (EJECUCIÓN)

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX de ENFERMERÍA: *Dificultad respiratoria aguda, debido a el acúmulo excesivo de líquido a nivel pulmonar manifestado por cianosis ungueal, aerofagia, retracción xifoidea y desesperación.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Administración de oxígeno a través de puntas nasales.</p>	<p>En todo paciente con dichas características, está indicada la administración de oxígeno con puntas nasales. Si se tiene en cuenta que la hipoxemia es una consecuencia obligada de la alteración ventilación/perfusión provocada por la oclusión vascular pulmonar.</p>	<p>El apoyo terapéutico de oxigenación a través del catéter binasal, fué insuficiente para las necesidades fisiológicas del paciente, ya que continuó disneico y con cianosis periungueal, y con ello se optó por otro tipo de apoyo respiratorio.</p>
<p>Administración de oxígeno húmedo a través de mascarilla.</p> <p>Monitorización y evaluación del apoyo oxigenador, a través de parámetros gasométricos.</p>	<p>La mascarilla de venturi está diseñada para administrar en forma precisa concentraciones de oxígeno controladas bajas. La mascarilla está constituida de tal manera que haya corriente constante de aire circulante mezclado con una concentración fija de oxígeno. Se usa principalmente para aumentar la comodidad y la eficiencia respiratoria del enfermo con enfermedad pulmonar crónica.</p> <p>Este método conserva una concentración baja de oxígeno necesario para mejorar la hipoxia del enfermo con compromiso ventilatorio.</p>	<p>El reflejo de los parámetros gasométricos, aún no mostraban mejoría, ya que aún existía hipoxemia (PO₂ 48) y saturación no mayor al 84 %, con ello se decide el apoyo total ventilatorio (Ventilación mecánica asistida a través de cánula orotraqueal).</p>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Preparación psicológica al paciente para el proceso de intubación endotraqueal, a través de la comunicación verbal.	La explicación adecuada, acerca del procedimiento que se le va a aplicar al paciente, ayuda a asegurar su cooperación, especificando las probables molestias durante su realización.	A través de la comunicación acerca del procedimiento a realizar, el paciente se mostro más tranquilo, aunque ello tuvo de la necesidad de utilizar medicamentos relajantes, para que el procedimiento fuera menos traumático que por su naturaleza implica.
Administración de medicamentos (relajantes musculares) como preámbulo del proceso de intubación endotraqueal.	Se aplican medicamentos de relajación muscular e inductores del sueño, del tipo del Pavulón y Midazolam como parte de medicación preanestésica, y con ello evitar la sensibilidad del paciente ante tal traumatismo y obtener una cooperación adecuada, para su mejor realización como parte de su tratamiento.	
Asistencia y participación en el proceso de intubación endotraqueal (Ventilación mecánica asistida). Verificación de eficiencia respiratoria a través de parámetros gasométricos (Toma de gasometría)	El paciente que está respirando con su propio esfuerzo, pero que tiene ventilación inadecuada, se coloca en el ventilador para aumentar el volumen de ventilación pulmonar. Este procedimiento permite la ventilación a breve plazo, por lo regular durante 48 a 72 horas, cuando se requiere oxígeno suplementario, se usa con frecuencia en situaciones de urgencia como paro u obstrucción respiratorias; en el edema pulmonar cuando está indicado un ventilador y en el quirófano justo antes de la cirugía.	Dicho procedimiento no tuvo ninguna complicación y con ello mejoró considerablemente el estado respiratorio del paciente, ya que en su control gasométrico mostró Ph - 7.43, PCO2 -33, PO2 - 88, HCO3 - 22, Sat. - 96 %.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Limpieza de vía aérea, a través de la aspiración de secreciones por vía endotraqueal y bucal.</p> <p>Vigilar datos de sangrado endotraqueal, como consecuencia del proceso de intubación y aspiración de secreciones.</p> <p>Vigilar características de las secreciones.</p>	<p>Este procedimiento ayuda a conservar la vía aérea permeable con objeto de fomentar el intercambio óptimo de oxígeno y bióxido de carbono entre los pulmones y el exterior; y también se utiliza como tratamiento preventivo para neumonía, que surge como consecuencia de acumulación de secreciones.</p>	<p>La aspiración de secreciones endotraqueales ayuda a mejorar la oxigenación aportada por el ventilador, y sus características aportan datos importantes para su tratamiento posterior (en caso de infección de vías respiratorias bajas), en tal caso no mostraba alteración en ellas, ya que eran de características hialinas.</p>
<p>Extracción de muestra sanguínea (arterial) para verificar la eficacia ventilatoria mecánica.</p>	<p>La sangre es el medio para transportar oxígeno y eliminar, productos de desecho, por lo cual es útil para evaluar problemas cardíacos o respiratorios reales o potenciales.</p> <p>El análisis de gases en la sangre se realiza para determinar la presión parcial de oxígeno y de bióxido de carbono en ella. Una presión parcial de oxígeno (PO₂) baja, o una presión parcial de bióxido de carbono (PCO₂) alta, confirmará el diagnóstico previo de un estado hipoxico; un Ph bajo (acidosis) y la medición de los niveles de bicarbonato y de ácido, ayudarán a descubrir el origen del problema y determinar si es metabólico o respiratorio.</p>	<p>La monitorización continua de los gases arteriales en paciente con apoyo ventilatorio mecánico, nos permite evaluar la eficacia del tratamiento que se está aplicando, tomando en cuenta los cambios que implicarían dichos resultados en los parámetros ventilatorios.</p>

Fuente: Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.

Carpenito, Linda. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería. España, Madrid. 1994.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Dx. de ENFERMERÍA: *Presencia de edema en miembros torácicos y pélvicos, debido al acúmulo de líquido extravascular, manifestado por el engrosamiento de las paredes tegumentarias.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Instalación de Sonda Vesical (Foley)</p> <p>Verificar datos de sangrado como producto de traumatismo en su instalación.</p> <p>Verificar salida de líquido urinario como parte de una instalación adecuada.</p>	<p>Como los aparatos renal y urinario producen, transportan, acumulan y excretan orina, su función anómala suele trastornar el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido base, además de la eliminación de los productos de desecho. Para establecer o facilitar el funcionamiento eficaz de estos aparatos, el tratamiento de los trastornos renales y urológicos suele consistir en inserción de un catéter o tubo urinario.</p> <p>El catéter a permanencia (que se llama también sonda Foley) permanece en la vejiga para producir drenaje continuo de orina.</p>	<p>A través de ello se puede realizar una cunificación de líquidos excretados, tomando en consideración las características físicas del paciente y la requisición de líquidos corporales.</p>

Fuente: Wolff, LuVerne. Curso de Enfermería Moderna. México D.F. 1983.
 Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>TRATAMIENTO MEDICO</p> <p>Administración de medicamentos diuréticos: Furosemide en infusión continúa endovenosa a razón de 40 mg/h.</p> <p>Vigilar cantidad y características de la orina.</p> <p>Toma de productos sanguíneos y verificar control electrolítico.</p> <p>Valoración continua de tensión arterial.</p>	<p>Se utiliza como tratamiento del edema, asociado a insuficiencia cardiaca congestiva con causa de edema agudo pulmonar. Dicho medicamento da lugar a un aumento en la eliminación de agua y electrolitos. Su respuesta diurética es proporcional a la dosis empleada. Por su potente acción diurética, reduce la congestión pulmonar, aún antes de ser apreciable un aumento en el volumen de la orina, se aplica en dosis de 20 - 40 mg/día IV, con aumento progresivo a las dos horas si no hay respuesta, con vigilancia extrema de tensión arterial; tomando en cuenta afección ótica.</p>	<p>La administración de dicho diurético durante su infusión, disminuye el edema considerablemente, con la excreción de líquidos a razón de 60 ml/h, contribuyendo a una mejoría ventilatoria; esperando la acción sinérgica con los demás medicamentos como parte del tratamiento.</p>

Fuente: Rodríguez, Rodolfo. Vademecum Académico de Medicamentos. México D.F. 1995.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DX de ENFERMERÍA: *Presencia de hipotermia, debido a la hipoperfusión tisular y orgánica; manifestado por diaforesis, piloerección y escalofríos.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Toma y registro de temperatura corpórea, vía axilar.	El registro de dicho parámetro vital, representa el equilibrio entre el calor producido por el metabolismo, actividad muscular u otros factores, y el que se pierde a través de la piel, pulmones y excretas corporales. Una temperatura estable fomenta el correcto funcionamiento de células, tejidos y órganos; un cambio en dicho patrón, suele indicar aparición patológica.	A través de dicha acción, el paciente llegó a registrar temperatura de 36.2°C, manteniéndose así la mayor parte de su hospitalización.
HIPOTERMIA (35.5°C) Aplicación de calor seco.	La aplicación de calor seco eleva la temperatura tisular, ya que causa vasodilatación e incrementa la circulación local o generalizada según su aplicación.	

Fuente: Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Toma y registro de presión arterial sistémica.	Dicho parámetro depende de la contracción ventricular, elasticidad de la pared arterial, resistencia vascular periférica, y volumen y viscosidad de la sangre. La medición frecuente de la TA tiene importancia crucial, en cualquier padecimiento que ponga en peligro la estabilidad cardiovascular del individuo.	A pesar del incremento progresivo de la noradrenalina (llegar a 50 mcg/Kg/min) el paciente nunca llegó a obtener una TA adecuada (Máxima 90/48), con ello deteriorándose más de acuerdo a su patología.
<p>Hipotensión arterial 80/40 mm/Hg. TRATAMIENTO MÉDICO Administración de noradrenalina en infusión continua a razón de 5 mcg/Kg/min. a Dosis Respuesta. Toma continua de la TA (prevenir hipertensión). Verificar presencia de pulsos periféricos distales, coloración y temperatura. Monitorizar al paciente y verificar probables arritmias.</p>	La noradrenalina es una amina simpaticomimética que a nivel cardiovascular estimula directamente la fuerza contractil y el marcapasos del corazón; así como la velocidad de conducción y el automatismo; también aumenta la TA sistólica y diastólica y produce un incremento significativo de la resistencia periférica total. Dosis inicial de 2-4 mcg/Kg/min., con incremento hasta obtener la respuesta deseada.	

Fuente: Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.
Rodríguez, Rodolfo. Vademecum Académico de Medicamentos. México D.F. 1995.
Guadalajara, Jorge. Cardiología. México D.F. 1996.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Administración de Dopamina en infusión continua endovenosa a razón de 3 mcg/Kg/min.</p> <p>Vigilar diuresis cantidad y características.</p> <p>Monitorización el paciente (probables arritmias).</p> <p>Toma y registro de la TA en forma continúa.</p>	<p>Siendo la dopamina una catecolamina endógena, precursora inmediata de la noradrenalina, actúa directamente por la liberación de la noradrenalina almacenada, produciendo un efecto inotrópico positivo, con aumento considerable del gasto cardiaco. En dosis del tipo dopaminérgico (1 - 3 mcg/Kg/min), ocasiona un incremento del flujo sanguíneo renal y mesentérico, con aumento del filtrado glomerular. A su administración debe vigilarse efectos adversos como son: taquicardia, ESV, hipotensión, náusea, vómito, disnea.</p>	<p>Se realizó efecto sinérgico con el uso de dopamina y furosemide, para la extracción de líquidos extravasculares, mejorando la filtración renal.</p>
<p>Administración de Dobutamina en infusión continua endovenosa a razón de 7 mcg/Kg/min con aumento progresivo.</p> <p>Vigilar aumento de diuresis.</p> <p>Verificar presencia de taqui-arritmias.</p>	<p>Agente inotrópico con acción predominante y directa sobre los receptores beta del corazón que aumenta la fuerza de contracción y el GC en los pacientes con déficit funcional. A consecuencia de su efecto sobre el GC; aumenta el flujo renal y el volumen urinario. Se administra en infusión continúa a dosis iniciales de 5 - 10 mcg/Kg/min, ajustando paulatinamente de conformidad con la respuesta del paciente.</p>	<p>No hubo cambios relevantes en la cuestión hemodinámica con la infusión de dobutamina, solamente la compensación de temperatura y TA, como consecuencia del aumento en el GC (parámetro máximo de 2 - 6 lt/min).</p>

Fuente: Rodríguez, Rodolfo. Vademecum Académico de Medicamentos. México D.F. 1995.
 Guadalajara, Jorge. Cardiología. México D.F. 1996.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

DX de ENFERMERÍA: *Incapacidad nutricional relacionada a la presencia de aparatos externos y medicamentos (sedantes), manifestado por sueño profundo y obstrucción de la vía enteral.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Administración de soluciones parenterales con aporte calórico. Solución glucosada al 10 %, 1000 cc P/24 hrs. Vigilar vía de infusión (catéter largo). Datos de infección. Datos de infiltrado.	La dextrosa es la fuente principal de la energía en los seres vivos. Las soluciones hipertónicas tienen utilidad al incrementar el aporte energético (Glucosa al 10 %) y ser parte de una alimentación parenteral total. Su indicación queda a consideración del tratante, en cuanto a cantidad y estado del paciente.	Su infusión se realizó sólo para darle aporte calórico a su organismo, durante su estado crítico, ya que no se encontraba en condiciones de iniciar una dieta enteral completa.

Fuente: Rodríguez, Rodolfo. Vademecum Académico de Medicamentos. México D.F. 1995.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DX de ENFERMERÍA: *Ansiedad / Temor del paciente, debido a una situación desconocida, manifestada por desesperación, disnea y taquicardia, y dolor.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Ayudar al paciente a reducir la ansiedad a través de la comunicación.	Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. El paciente puede presentar síntomas debidos al aumento de la tensión muscular u alteración del patrón del sueño. La ansiedad tiende a autoalimentarse, atrapando al paciente en un espiral de mayor ansiedad y dolor psíquico y físico.	A través de la inducción del sueño (sedación), el paciente pierde la ansiedad y el temor, con ello torna menos traumático su tratamiento, contribuyendo con él.
Disminución del temor y la ansiedad, a través de la inducción del sueño (sedación).	Los pacientes con padecimientos isquémicos (críticos), están aprensivos y ansiosos. La administración de sedantes además de aliviar el dolor produce reposo mental y físico (sueño), aliviando la ansiedad. El sueño adecuado es vital para el reposo físico y mental.	

Fuente: Carpenito, Linda. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería. España, Madrid. 1994.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DX de ENFERMERÍA: *Perturbación de imagen corporal debido al uso inadecuado de prendas de vestir.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Mantener y preservar la privacidad individual del paciente a través de la colocación de prendas de vestir (batas y pijamas).	Un hospital es una institución en la que se realizan diversas funciones encaminadas a la resolución de problemas del individuo, ello implica una atención holística, respetando cada uno de los derechos y garantías individuales en las cuales se incluye la privacidad.	Con dicha acción se conserva una de las garantías individuales de cada persona que es la privacidad de su cuerpo, ya que el paciente si se encontrará en estado conciente lo manifestaría, ello forma parte del tratamiento de enfermería.

Fuente: Fernández, Carmen. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona, España. 1995

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DX de ENFERMERÍA: *Deficiencia en la higiene corporal, debido a la incapacidad para asearse por sí mismo, manifestado por olor desagradable y mal aspecto físico.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Realización y aplicación de baño total de esponja.	<p>La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representan una amenaza constante para su salud. Por ello debe realizarse prácticas higiénicas relativas a la limpieza.</p> <p>El baño completo en la cama limpia la piel, estimula la circulación, permite hacer un poco de ejercicio y fomentar su comodidad. Así mismo, permite valorar color y estado de la piel, movilidad articular y fuerza muscular.</p>	<p>El baño contribuye a disminuir el riesgo potencial de infección, ya que el paciente cuenta con medios invasivos que también lo sobreponen. No sólo es el baño, sino el cuidado de la piel a través de la lubricación, además de poner en un ambiente de comodidad a nuestro paciente.</p>
Mantener la integridad de la piel a través del uso de aceites lubricantes del tipo de la glicerina.	<p>Siendo la glicerina una sustancia emoliente, que suaviza y protege la piel, es de utilidad esencial en el paciente con inhabilidad física con riesgo potencial de sufrir alguna alteración en la integridad cutánea.</p>	

Fuente: Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.
 Wolff, LuVerne. Fundamentos de Enfermería. México D.F. 1992.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DX de ENFERMERÍA: *Déficit en la movilidad corporal, debido a la presencia de estado de inconciencia mental, manifestado por mala postura corporal.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Movilización continua del paciente, como parte del cuidado de la piel y mantener su comodidad.	La movilidad es a menudo la primera actividad que se limita o se pierde cuando ataca una enfermedad. La posición y el alineamiento correctos son necesarios en todo paciente, ya que puede fomentar la comodidad, mantener y ayudar a reestablecer las funciones orgánicas, y contribuir a evitar contracturas y úlceras de decúbito. Tales medidas pueden ayudar al sujeto a recobrar la movilidad y en ocasiones abreviar la hospitalización.	A través de dicha acción, se mantuvo intacta la integridad de la piel y la movilidad articulo-muscular, pensando en el término del tratamiento del paciente y su aspecto personal.

Fuente: Hamilton, Helen. Procedimientos de Enfermería. México D.F. 1986.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DX de ENFERMERÍA: *Estado de temor de los familiares, debido a la presencia de situación desconocida y grave, manifestado por angustia y desorientación.*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Comunicación (verbal) Enfermero-Familiar, acerca del estado de salud del paciente.</p>	<p>Una persona con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. Una expresión verbal permite un ambiente de confianza entre ambas personas, reforzando un afrontamiento positivo de la situación. Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control de la persona sobre su respuesta orgánica ante el estrés. Una comunicación abierta ayuda a la gente a sobreponerse al proceso de duelo.</p>	<p>A través de dicha comunicación se torna un ambiente de mayor confianza, con ello contribuyendo a una aceptación con positividad, acerca de la situación de salud del paciente, en cualquiera que fuera su culminación.</p>

Fuente: Carpenito, Linda. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. España, Madrid. 1994.

EVALUACIÓN

El paciente llega en un estado de salud deteriorado por un infarto en el cual no se precisa la fecha, pero que a días pasados de su hospitalización ya se encontraba con dichos síntomas los cuales lo llevó a dicha institución, en estado de choque cardiogénico del cual nunca revirtió; se le brindo apoyo ventilatorio, el que le ayudó a una estabilidad ventilatoria parcial, aunque ello implicaba afección cardiovascular importante; se le proporcionó apoyo con inotrópicos llegando a dosis muy altas (Noradrenalina) nunca obteniendo una TA óptima. Las acciones encaminadas a revertir la sintomatología, fueron positivas pero metabólicamente no se reflejaban, ya que se toma un gasto cardíaco por el método de Fick, mostrando un deterioro funcional significativo G.C. - 2.2, los otros dos que se tomaron posteriormente no mayores a 2.6, ni con el aumento de dobutamina. Dicho deterioro fué progresivo; se busco mejorar con otras medidas terapéuticas, pero no fueron ni tuvieron el resultado que se buscaba en dicho paciente. Durante su tiempo de hospitalización no tuvo mejoría alguna. A las 20 horas de su hospitalización, se dió la máxima manifestación de deterioro funcional, presenta un período de fibrilación ventricular, para después caer en asistolia; se le proporcionan maniobras de reanimación cardio-pulmonar y apoyo medicamentoso, dandose por fallecido a los 35 minutos posteriores; se realiza su preparación para se llevado a la sala del obituario para después ser entregado el cuerpo a los familiares.

CONCLUSIONES

Abordar un caso clínico a través de dicho método (P.A.E.), nos permite conocer en su totalidad los problemas y necesidades por los que cursa un individuo ante un padecimiento de tal naturaleza, con ello contribuyendo en su tratamiento y culminación en cualquiera de sus desenlaces.

A través del P.A.E. podemos sistematizar y jerarquizar cada una de las problemáticas establecidas por el padecimiento, con el fin de brindar una atención óptima y de calidad al paciente que requiera de los servicios de enfermería.

En situaciones críticas de salud, los desenlaces no siempre son positivos, como lo fué en tal caso; en donde se le brindo tratamiento máximo y nunca mostro una mejoría. La máima satisfacción que debe tener el personal de enfermería, es el saber por él mismo, que se realizó el mayor esfuerzo para que tal paciente saliera adelante, y que lo posterior ya es por causa externa.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, Rosalinda. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA. Ed. Doyma, España, 1988.

FERNANDEZ, Carmen. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Ed. Salvat. España, 1993.

CARLSON, Judith. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Ediciones Pirámide. Madrid, 1982.

GUADALAJARA, F.J. CARDIOLOGIA. 3a edición. Ed. Manual Moderno. Mexico, D.F, 1996.

BRAUNWALT, Eugene. TRATADO DE CARDIOLOGÍA. 3a. edición. vol. II, Ed. Interamericana. México, D.F. 1990.

ESPINO, Jorge. INTRODUCCIÓN A LA CARDIOLOGÍA. 12a. edición. Ed. Manual Moderno, México, 1990.

WOLFF, Luverne. CURSO DE ENFERMERÍA MODERNA. 7a. edición, Ed. Harla. México, D.F. 1980.

LEIVA, José Luis. MANUAL DE URGENCIAS CARDIOVASCULARES, Ed. Mc. GRAW-HILL Interamericana, México, D.F. 1996.

ROSALES, Susana. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. 9a. edición, Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1991.

MARRINER, Ann. EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA. Un enfoque científico. 2a. edición. Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1979.

MURRAY, Mary Ellen. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA. 5a. edición. Ed. Interamericana, México 1994.

12.HAMILTON, Helene. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA. Ed. Interamericana, México D.F., 1986.

BRUNNER, Lilian. ENFERMERÍA PRÁCTICA. Ed. Interamericana, México D.F., 1986.

MARRINER, Ann. MÓDELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. 3ra. edición. Ed. Mosby/Doyma, España 1994.

HOLLAND, Jeanne. ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR. PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN. Ed. Limusa, México D.F., 1982.

SOKOLOW, Maurice. CARDIOLOGÍA CLÍNICA. Ed. El Manual Moderno. México D.F., 1995.

RODRÍGUEZ, Rodolfo. VADEMÉCUM ACADÉMICO DE MEDICAMENTOS. 2da. Edición. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México D.F., 1995.

FERNÁNDEZ, Carmen. EL MÓDELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA. Ed. Masson Salvat, Barcelona, 1995.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BRUNNER, Lillian. MANUAL DE LA ENFERMERA. Tomo II, Ed. Mediterráneo. México, 1986.

CANOBBIO, Mary M. TRANSTORNOS CARDIOVASCULARES. Ed. Mosby. España, 1993.

TORTORA, Gerard J. ANAGNOSTAKOS, Nicholas P. PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA. 6ta. edición. Ed. Harla. México, 1993.

CARPENITO, Linda. PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. España, Madrid, 1994.

23. WOLFF, LuVerne. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. 4ta. edición. Ed. Harla. México D.F., 1992.