

124



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

" CUIDADOS A PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA DE REVASCULACIÓN CORONARIA APLICANDO LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON. "

248568

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DIANA JULIETA LUGO ESCOBEDO



*M. E. Rosa María Cstiguin Melendez*

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M. E. ROSA MARÍA CSTIGUIN MELENDEZ



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de Servicio Social

MEXICO D F FEBRERO DEL 2001



## **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 está 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A ESTEFANI:**

*La mayor ilusión de mi vida*

**A VICTOR:**

*Mi compañero incondicional*

**A MIS PADRES:**

*Por brindarme su apoyo*

**A MI MAMA RITA:**

*Por haberme dado la vida*

**A MI FAMILIARES:**

*Por estar a mi lado siempre*

**A LA MTRA. ROSA MARIA OSTIGUIN:**

*Por ser un ejemplo de dedicación  
laboral para mí*

## INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO GENERAL .....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
METODOLOGÍA .....	5
MARCO TEORICO .....	6
I. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO CIRCULATORIO .....	6
1. Corazón .....	6
2. Riego Sanguíneo .....	11
3. Arterias.....	12
II. FISIOPATOLOGIA DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA .....	14
1. Concepto .....	14
2. Consecuencias fisiológicas y bioquímicas de la isquemia.....	16
III. CUADRO CLÍNICO .....	17
IV. DIAGNÓSTICO .....	18
1. Exámenes de laboratorio.....	20
2. Electrocardiograma .....	20
3. Pruebas de esfuerzo.....	21
4. Coronariografía .....	21
V. TRATAMIENTOS.....	22
VI. CUIDADOS POSOPERATORIOS DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIACA.....	23
MODELOS ATENCIÓN ENFERMERÍA DE VIRGINIA Henderson .....	25
1. Generalidades.....	25
2. Componentes del Proceso Atención Enfermería .....	26
3. Conceptos básicos .....	29

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	30
I. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	30
II. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA .....	31
1. Antecedentes hereditarios y familiares.....	31
2. Antecedentes personales.....	31
3. Padecimiento actual.....	32
III. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	33
1. Aparatos y sistemas .....	33
2. Inspección general .....	34
RESUMEN CLÍNICO EN LA FASE POST QUIRÚRGICA.....	37
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	39
Oxigenación.....	39
Termorregulación .....	40
Higiene y protección de la piel.....	42
Nutrición.....	43
Moverse y mantenerse en buena postura.....	44
Evitar los peligros.....	45
CONCLUSIONES .....	47
BIBLIOGRAFÍA .....	48
ANEXOS.....	50
Historia clínica	
Exploración física	

## **I N T R O D U C C I Ó N**

Actualmente en México la tercer causa de muerte de la población es la cardiopatía isquémica y constituye un problema de gran importancia ya que son ocasionados por los cambios culturales, económicos, políticos y sociales que son extremadamente acentuados, afectando al individuo sin respetar sexo, raza y edad llevando a un deterioro precoz en la época productiva, teniendo prevalencia en el varón de más de 40 años.

Las características de la cardiopatía isquémica deben ser valoradas por personal capacitado ya que de una buena valoración dependerá el tratamiento que se podrá ofrecer y el nivel de vida que llevará después del tratamiento.

En el Instituto Nacional de Cardiología donde labora personal altamente calificado, a todo paciente desde que entra algún servicio se le ofrece una alternativa de vida y se valora perfectamente bien el tratamiento al que será sometido.

Para los pacientes los cuales su diagnóstico médico es: Cardiopatía Isquémica, una de las opciones es la cirugía de Revascularización coronaria.

El personal de enfermería guiado por un modelo de atención es quien brinda los cuidados indispensables para la recuperación del individuo aplicando sus conocimientos prácticos, teóricos y de investigación.

El presente Proceso Atención de Enfermería es aplicado a un paciente post operado de Revascularización Coronaria siguiendo el modelo de Virginia Henderson, ya que es un modelo completo en todos sus aspectos y que sería difícil que aplicando éste se descuidara alguna necesidad no sólo vital sino también humana del paciente.

En el presente trabajo se describe el objetivo que se persigue, la metodología llevada a cabo y posteriormente un Marco teórico en el que se describe la anatomofisiología del corazón, la fisiopatología de la Insuficiencia cardiaca y los cuidados mediatos en el paciente post operado de Revascularización coronaria.

Como parte de la aplicación del Proceso Atención Enfermería, describe el caso, se realiza la valoración de enfermería, los diagnósticos de enfermería y por supuesto la aplicación del plan de atención y la evaluación del mismo. Las conclusiones a las que se llegaron y las referencias bibliográficas.

Es la intención del autor que el presente proceso muestre una forma eficaz en la aplicación de un modelo, estando seguro que la persona que lo lea, se verá entusiasmada en cubrir los aspectos humanos de todos aquello que los rodea e inevitablemente de sus pacientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

**APLICAR EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA CON LA  
FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON, EN UN PACIENTE POST OPERADO  
DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA**



## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Elaborar un plan de cuidados individualizado que cubra las necesidades de un paciente post-revascularizado.
2. Proponer estrategias que puedan mejorar la calidad de atención de enfermería en el paciente post operado de revascularización coronaria
3. Aplicar aspectos conceptuales y metodológicos en el cuidado de enfermería.

## **METODOLOGÍA**

Para poder aplicar el presente Proceso de Atención Enfermería, se seleccionó a un paciente que fue llevado a Revascularización Coronaria en el "Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez", a quien se le pidió autorización para poder presentar su caso explicándole la importancia de la realización del presente, quien verbalmente dio su autorización y coopero en todo aquello que se considerará pertinente, posteriormente se realizó una historia clínica completa en donde se identificaron factores de riesgo que pudieran llevarle a una insuficiencia cardíaca, posteriormente se realizaron los diagnósticos de enfermería identificados a partir de las necesidades evidenciadas, para en un siguiente momento aplicar un programa de trabajo, jerarquizando necesidades y cubriéndolas de manera objetiva con intervenciones de enfermería, todo bajo la perspectiva de Virginia Henderson.

## MARCO TEÓRICO

### I. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO CIRCULATORIO

#### 1. Corazón

“El corazón es un órgano muscular hueco, situado en la parte media de la cavidad torácica por encima del diafragma y entre los dos pulmones. Tiene la forma de un cono aplanado y el tamaño aproximado de un puño, se encuentra suspendido por los dos grandes vasos de tal manera que el extremo más ancho, o base, mira hacia arriba, atrás y a la derecha, y el extremo delgado o ápex, señala hacia abajo, adelante y a la izquierda, el corazón tiene una forma oblicua y el lado derecho esta casi enfrente del izquierdo.”<sup>1</sup>

El impulso del corazón contra la pared torácica se siente en el espacio intercostal entre la quinta y sexta costilla un poco por debajo del pezón izquierdo y a unos 8 cm. a la izquierda de la línea media.

El corazón está cubierto por un saco membranoso llamado pericardio que consta de dos partes:

- a) Una porción fibrosa externa y,
- b) Una porción serosa interna

“El pericardio fibroso externo esta compuesto por tejido fibroso y se inserta en su borde superior a los grandes vasos que emergen del corazón a los cuales forma una cubierta por una distancia de 3.5 a 4.0

---

<sup>1</sup> CLIFFORD, Diana. *Manual de Anatomía y Fisiología*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México Pág. 314

cm. y termina por fundirse con sus vainas propias; el borde inferior se adhiere al diafragma; la cara anterior está adherida al esternón".<sup>2</sup>

La parte serosa interna del pericardio forma un saco completamente cerrado; rodea al corazón y tapiza al pericardio fibroso. Sin embargo, el corazón no se encuentra en el interior de la cavidad del saco cerrado.

"La capa del pericardio seroso que lo tapiza está íntimamente adherida al corazón y se llama porción visceral; la parte restante del pericardio seroso, es decir, la que tapiza al pericardio fibroso se denomina porción parietal. Las hojas visceral y parietal de esta membrana serosa están en contacto con toda su superficie".<sup>3</sup>

Entre ellas se encuentra una pequeña cantidad de líquido pericárdico que impide la fricción de sus caras; ya que constantemente se deslizan una sobre la otra al influjo del latido constante del corazón.

"El endocardio es la túnica interna del corazón, es una membrana delgada y transparente que recubre por dentro las cavidades cardiacas, cubre válvulas, rodea las cuerdas tendinosas y se continua con la membrana de revestimiento de los grandes vasos sanguíneos. La inflamación de este se le conoce como endocarditis".<sup>4</sup>

"El miocardio es la masa muscular que forma la parte principal del corazón y este tejido comprende los haces musculares de:

Las aurículas,

Los ventrículos y,

El Haz de His o auriculoventricular.

---

<sup>2</sup> Ibidem. Pág. 314

<sup>3</sup> Ibidem. Pág. 315

<sup>4</sup> KIMBER, Stackpole. *Manual de Anatomía y Fisiología*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. Pág. 98.

Los haces principales de las aurículas irradian de área que rodea el orificio de desembocadura de la vena cava superior, uno de los haces; el ínterauricular conecta las caras anteriores de las dos aurículas, las fibras propias están dispuestas en forma de anillos alrededor de los orificios venosos, en tanto que otras en forma de asa, recorren las diferentes paredes de la aurícula".<sup>5</sup>

"El corazón se divide en dos mitades derecha e izquierda por medio de una pared muscular, el tabique interventricular que se extiende desde la base de los ventrículos hasta la punta del corazón derecho y el corazón izquierdo, el tabique ínterauricular, por su escaso espesor, no es muy visible. Los dos lados del corazón no se comunican entre sí después del nacimiento".<sup>6</sup>

El lado derecho del corazón contiene sangre venosa y el lado izquierdo sangre arterial, cada mitad se subdivide en dos cavidades la superior llamada aurícula y la inferior llamada ventrículo.

Las paredes de las aurículas son más delgadas que las de los ventrículos, la pared del ventrículo derecho es más delgada que la del izquierdo ya que la proporción es aproximadamente de 1 a 3.

"Existen unas columnas carnosas llamadas pilares que nacen en la cara interna de los ventrículos, son de tres ordenes, las de primer orden están adheridas a lo largo de toda su extensión y forman crestas o columnas; las de segundo orden están adheridas por sus extremidades pero libres en su parte media; las de tercer orden forman los llamados músculos papilares y dan origen a cordones fibrosos llamados cuerdas tendinosas que se insertan en los bordes de las válvulas auriculoventriculares".<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Ibidem. Pág. 99

<sup>6</sup> CLIFFORD, D. Op.cit. Pág. 316

<sup>7</sup> KIMBER, S. Op.cit. Pág. 99

Los orificios cardíacos comprenden los aurículo ventriculares derecho e izquierdo y los que corresponden a los 8 grandes vasos sanguíneos conectados con el corazón.

Del lado derecho del corazón las venas cavas superior e inferior y el seno coronario se abren en la aurícula y la arteria pulmonar abandona del lado izquierdo del corazón cuatro venas pulmonares que descargan en la aurícula correspondiente, y la aorta deja del ventrículo. Existen unas aberturas más pequeñas que reciben el nombre de agujero oval y reciben sangre directamente del tejido cardíaco, en condiciones normales este agujero se cierra poco después del nacimiento.

Entre cada aurícula y cada ventrículo se encuentra una abertura un poco estrecha; el orificio ínteraurículo ventricular que está reforzado por anillos fibrosos y protegido por válvulas. Las aberturas que dan lugar a las arterias aorta y pulmonar también están provistas de válvulas.

En el orificio aurículo ventricular derecho está situada la válvula tricúspide constituida por tres valvas de forma triangular de donde deriva su nombre. Las valvas están formadas por fibras fibrosas tapizadas por el endocardio. En sus bases se continúan una con la otra y forman una membrana en forma de anillo alrededor de las aberturas auriculares; cada válvula corresponde a una de las paredes del ventrículo de las cuales parten músculos papilares que van a insertarse por medio de sus cuerdas tendinosas a la valva correspondiente de la tricúspide.

El orificio aurículo ventricular izquierdo está ocupado por la válvula bicúspide o mitral que se compone de dos valvas. Se inserta de la misma manera que la tricúspide, a la que se parece mucho en sus estructura, excepto en que es más voluminosa y en todas sus partes es más resistente.

"Las válvulas tricúspide y bicúspide permiten el paso libre de la sangre, de las aurículas a los ventrículos. Ello se debe a que los bordes libres de las valvas van en dirección de la corriente sanguínea y en cambio cualquier corriente que se dirija en sentido inverso se introduce entre las valvas y las paredes de los ventrículos y empuja a las valvas hacia arriba, las cuales, al encontrarse por sus bordes libres, se unen para formar una verdadera división transversal entre las aurículas y los ventrículos, como su movimiento esta restringido por las cuerdas tendinosas, además por la adaptación de sus bordes, las válvulas resisten cualquier presión de la sangre que, de no ser así podría vencer abriendo las válvulas y forzan su paso hasta las aurículas; al mismo tiempo los músculos papilares y las cuerdas tendinosas que de ellos arrancan para insertarse en el borde de las válvulas, se contraen y acortan constituyendo puntos de amarre para las mismas, en el momento del cierre.

"El orificio entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar esta ocupado por la válvula pulmonar y el orificio entre el ventrículo izquierdo y la aorta, por la válvula aórtica.

Estas dos válvulas se llaman semilunares o sigmoides, y están compuestas por tres valvas en forma de media luna, cada una de las cuales están adherida por su borde convexo al interior de la arteria donde ésta se une al ventrículo mientras que su borde libre se dirige hacia la luz del caso".<sup>8</sup>

Unas pequeñas estructuras nodulares, llamadas nódulos de Arancio, están situadas en el centro del borde libre de cada valva. Al contrario de las válvulas, la aorta presenta discretas dilataciones llamadas senos Aórticos o senos de Valsalva.

---

<sup>8</sup> Ibidem. Pág. 100

“Las válvulas semilunares no ofrecen resistencia al paso de la sangre del corazón a las arterias ya que sus bordes libres se proyectan en el interior del vaso, pero forman una barrera completa al paso de la sangre en dirección opuesta, cada valva se llena de sangre en los bordes libres y estos se abren y distienden de modo que se juntan en el interior del vaso.”<sup>9</sup>

## 2. Riego sanguíneo

Exactamente por arriba de los bordes fijos de la válvula aórtica, la aorta da dos ramas llamadas arterias coronarias derecha e izquierda, que se denominan así porque rodean al corazón como una corona. El riego sanguíneo cardíaco se hace a través de ellas, ya que la sangre que está contenida en las cavidades del corazón sólo dan nutrición al endocardio, la sangre distribuida por las coronarias, después de pasar por el seno del músculo cardíaco, regresa por dos grupos de venas: **a)** las que vierten la sangre al seno coronario, conducto venoso dilatado que se abre en la aurícula derecha y, **b)** tres o cuatro pequeñas venas que vierten la sangre directamente a la aurícula derecha. Existen además unas cuantas venas de muy pequeño calibre que terminan en las aurículas y en los ventrículos.

“El corazón está inervado por dos grupos de fibras nerviosas motoras, uno de los cuales alcanza al corazón por medio del nervio vago del sistema cráneo-sacro. Los impulsos nerviosos que viajan en estas fibras tienen tendencia para detener o hacer más lenta la contracción cardíaca, por lo que se denominan inhibidores. El otro grupo alcanza al corazón por medio de la médula espinal, de los nervios cardíacos superior, medio e inferior y por fibras viscerales de los cinco primeros nervios raquídeos torácicos del sistema toracolumbar; aceleran y aumentan la contracción

---

<sup>9</sup> Ibidem. p



cardíaca y por tal razón se denominan aceleradores. Ambos grupos de fibras se originan en el bulbo raquídeo y, por medio de este centro, es posible estimular a cualquiera de ellos.<sup>10</sup>

Además de estos sistemas, el corazón tiene fibras nerviosas aferentes; un grupo, proveniente del arco aórtico, se denomina depresor; el otro, que procede del lado derecho del corazón se llama presor. Ambos grupos de fibras aferentes se dirigen al centro cardíaco situado en el bulbo, por medio del nervio vago.

Los impulsos de la fibras depresoras producen la inhibición refleja del corazón; reflejo aórtico de Marey. Los impulsos de las fibras presoras producen la aceleración refleja del corazón.

### 3. Arterias.

\* Las arterias son tubos que llevan sangre del corazón a los capilares, están formadas por tres capas:

- a) Una capa externa (túnica externa o adventicia) del tejido conjuntivo o aerolar en la que se encuentran diseminadas células musculares que en ocasiones se disponen en forma de haces de dirección longitudinal. En todas las arterias, a excepción de las más pequeñas esta capa contiene tejido elástico.
- b) Una capa media (túnica media) de tejido muscular y elástico. El tejido muscular está formado por finos haces de fibras musculares lisas dispuestas en capas y dispuestas en círculos que rodean al vaso.
- c) Una capa interna (túnica íntima) que consta de tres estructuras: Una capa de células endoteliales, una capa de tejido conjuntivo delgado que sólo se encuentra en los vasos de mayor calibre, y una capa

---

<sup>10</sup> CLIFFORD, D. Op. cit. Pág. 318

elástica la cual vista al microscopio, aparece como llena de agujeros, en ocasiones también es llamada membrana fenestrada."<sup>11</sup>

En virtud de la estructura de la capa media, las arterias son extensibles y elásticas. El funcionamiento adecuado de las arterias depende, sobre todo de su extensibilidad y elasticidad.

La gran extensibilidad de las arterias las adapta para recibir la cantidad adicional de sangre que es impelida en su interior en cada latido del corazón. Su elasticidad le permite expulsar la sangre y recuperar su diámetro original al tiempo de recibir la sangre que es lanzada por el corazón en el siguiente latido, la fuerza de una arteria depende en gran parte de su capa externa; es la que se rompe o rasga con menor facilidad que las otras capas y ayuda a resistir una expansión anormal del vaso.

Las arterias no se colapsan estando vacías y si una arteria se corta, su orificio externo permanece abierto. Sin embargo la capa muscular se contrae en cierta proporción en la vecindad de la abertura, además, las fibras elásticas hacen que la arteria se retraiga algo en el interior de su vaina de modo que se disminuya su calibre y se facilite que un coágulo de sangre tapone el orificio. Estas propiedades de una arteria coartada constituyen factores importantes en la detención de la hemorragia. La mayor parte de las arterias van acompañadas por un nervio y una o dos venas formando el paquete basculo nervioso envuelto por una vaina de tejido conjuntivo.

Las arterias grandes del organismo que son la aorta y la pulmonar, miden más de tres centímetros de diámetro en el lugar donde se unen con el corazón, estas arterias dan ramificaciones que se dividen y subdividen en ramas más y más finas, las arterias más pequeñas se denominan arteriolas; en sus terminaciones distales donde solo persiste la capa interna, empiezan los capilares.

---

<sup>11</sup> Ibidem. Pág. 320

La sangre que fluye a lo largo de las arterias sólo aporta la nutrición de la capa íntima. La capa externa tiene arterias, capilares y venas llamadas Vasa Vasorum, o sea los vasos nutricios que se distribuyen por las paredes de las arterias y las venas.

## **II. FISIOPATOLOGIA DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.**

### **I. Concepto.**

En realidad no existe un concepto óptimo pero se trata de un estado fisiopatológico en que una anomalía de la función cardíaca determina la incapacidad del corazón para aportar sangre a los tejidos, o lo hace sólo bajo una presión de llenado elevada tanto en reposo como en ejercicio.

Existen grados de insuficiencia cardíaca, los cuales pueden variar desde el inicio de la enfermedad, continuar con una fase preclínica en donde existen anomalías hemodinámicas pero no síntomas, hasta la fase florida con múltiples signos y síntomas, que pueden llegar hasta el edema agudo pulmonar.

“La cardiopatía isquémica se produce cuando es insuficiente la perfusión de una porción del miocardio, es preferible la designación de cardiopatía isquémica a otros términos ampliamente usados, como cardiopatía arteriosclerótica, cardiopatía coronaria y enfermedad arterial coronaria, porque identifica al miocardio como el sitio de la deficiencia fisiológica, pero también puede cardiopatía isquémica sin síntomas o manifestarse como angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia congestiva o muerte súbita.”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> HARRISON, et-al. Principios de medicina interna. T II, México, Ed. McGraw Hill, 1983. Pág. 2353

La sangre que fluye a lo largo de las arterias sólo aporta la nutrición de la capa íntima. La capa externa tiene arterias, capilares y venas llamadas Vasa Vasorum, o sea los vasos nutricios que se distribuyen por las paredes de las arterias y las venas.

## **II. FISIOPATOLOGIA DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.**

### **1. Concepto.**

En realidad no existe un concepto óptimo pero se trata de un estado fisiopatológico en que una anomalía de la función cardíaca determina la incapacidad del corazón para aportar sangre a los tejidos, o lo hace sólo bajo una presión de llenado elevada tanto en reposo como en ejercicio.

Existen grados de insuficiencia cardíaca, los cuales pueden variar desde el inicio de la enfermedad, continuar con una fase preclínica en donde existen anomalías hemodinámicas pero no síntomas, hasta la fase florida con múltiples signos y síntomas, que pueden llegar hasta el edema agudo pulmonar.

“La cardiopatía isquémica se produce cuando es insuficiente la perfusión de una porción del miocardio, es preferible la designación de cardiopatía isquémica a otros términos ampliamente usados, como cardiopatía arteriosclerótica, cardiopatía coronaria y enfermedad arterial coronaria, porque identifica al miocardio como el sitio de la deficiencia fisiológica, pero también puede cardiopatía isquémica sin síntomas o manifestarse como angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia congestiva o muerte súbita.”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> HARRISON, et al. Principios de medicina interna. T II, México, Ed. McGraw Hill, 1983. Pág. 2353

Por isquemia se entiende la falta de oxígeno debido a una perfusión insuficiente, a consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. La causa más frecuentemente de isquemia miocárdica es la aterosclerosis de las arterias coronarias epicárdicas. La reducción de la luz de las arterias coronarias da lugar a una disminución absoluta de la perfusión del miocardio en estado basal o limita el incremento apropiado de la perfusión cuando aumenta la demanda del flujo, el flujo coronario también puede verse limitado por trombos, espasmos y raras veces, por émbolos coronarios, así como por estrechamiento de los orificios coronarios debido a aortitis.

El miocardio guarda un equilibrio delicado entre el flujo sanguíneo y la perfusión que por unidad de masa requiere para su actividad metabólica. Durante la sístole ocurre obliteración de los vasos intramurales de tal manera que la mayor parte del flujo sanguíneo coronario ocurre durante la diástole, por tanto el flujo coronario depende, de la presión de perfusión que existe durante la diástole, una de las características de la circulación coronaria normal es su capacidad de mantener, para un mismo grado de actividad metabólica, un flujo sanguíneo coronario constante a pesar de variaciones amplias de la presión diastólica aórtica, a ésta propiedad se le denomina autorregulación y es mediada por la variación de la resistencia de vasos precapilares, la cual es controlada metabólicamente.

Desde el punto vista clínico, es de gran utilidad tener el concepto de la relación constante entre la demanda metabólica y el aporte de sus tratos. Los principales determinantes de la demanda metabólica del corazón son la tensión desarrollada, la frecuencia cardíaca y el estado contráctil, mientras que el aporte de oxígeno depende de los niveles de

hemoglobina, la saturación de ésta y sus características de disociación, la capacidad de extracción de oxígeno y el flujo sanguíneo coronario.

La caída de presión a lo largo de una estenosis es poco significativa con obstrucciones hasta de 50%; una vez que la obstrucción alcanza un 70% se considera una lesión crítica.

“Una oclusión arterial coronaria es el incidente más común y más fácilmente explicado que precipita el comienzo de la fase asintomática. La oclusión de la arteria coronaria derecha ocurre más frecuentemente sin infarto que la oclusión de la arteria coronaria izquierda.”<sup>15</sup>

## 2. Consecuencias fisiológicas y bioquímicas de la isquemia.

El corazón depende de un suministro suficiente de oxígeno y de sustrato metabólico para poder generar la energía para su contracción. Si el riego sanguíneo se reduce por una obstrucción parcial en una arteria coronaria principal, el corazón extrae más oxígeno de la sangre arterial, y la saturación de oxígeno en el drenaje venoso se vuelve bajo.

Este mecanismo compensatorio es de limitado valor debido a que en condiciones de reposo, el corazón extrae ya un 75% del oxígeno contenido en la sangre arterial, y por lo tanto se dispone de poco oxígeno adicional que pueda ser extraído en casos urgentes.

“Los sustratos principales utilizados por el corazón son la glucosa, los ácidos grasos y el lactato. En circunstancias anormales, la glucosa es convertida en pirúvato el cual entra en el ciclo de Krebs de lo cual se produce ATP y otros compuestos que contienen fósforo los cuales se utilizan en la contracción. El lactato también se convierte en pirúvato y se oxida en el ciclo de Krebs, sin embargo en ausencia de oxígeno, disminuye el fósforo y por ello la fosforilación oxidativa del pirúvato

---

<sup>15</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2356

disminuye y puede incluso invertirse de modo que el corazón produce lactato.”<sup>14</sup>

El metabolismo anaeróbico de la glucosa a través de pirúvato a lactato produce depósitos de energía en forma de ATP, pero la energía producida a partir de una molécula es mucho menor que en el caso del metabolismo aeróbico.

Las consecuencias fisiológicas de esta anormalidad bioquímica son una reducción en la contractilidad de la porción afectada del corazón. El proceso isquémico también altera la electro fisiología del corazón; los cambios iniciales más característicos del electrocardiograma son el proceso de repolarización, manifestado por inversión de las ondas T y posteriormente por el desplazamiento del segmento S-T, las derivaciones del segmento S-T se observan clínicamente en asociación con angina de pecho y también en las etapas iniciales del infarto al miocardio.

Una segunda e importante consecuencia de la isquemia del miocardio es la irritabilidad ventricular, que puede causar sistoles ventriculares prematuras, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular. En la mayoría de los pacientes que mueren bruscamente de cardiopatía isquémica la causa es una arritmia ventricular, originada en un foco irritable producido por la isquemia.

### III CUADRO CLÍNICO

“Con frecuencia a la exploración física puede haber signos de anemia, enfermedad tiroidea y manchas de nicotina en las yemas de los dedos por el tabaco. La palpación puede mostrar engrosamiento o ausencia de las arterias periféricas, signos de agrandamiento cardíaco o una

---

<sup>14</sup> Ibidem. Pág. 2358

disminuye y puede incluso invertirse de modo que el corazón produce lactato.<sup>14</sup>

El metabolismo anaeróbico de la glucosa a través de pirúvato a lactato produce depósitos de energía en forma de ATP, pero la energía producida a partir de una molécula es mucho menor que en el caso del metabolismo aeróbico.

Las consecuencias fisiológicas de esta anomalía bioquímica son una reducción en la contractilidad de la porción afectada del corazón. El proceso isquémico también altera la electro fisiología del corazón; los cambios iniciales más característicos del electrocardiograma son el proceso de repolarización, manifestado por inversión de las ondas T y posteriormente por el desplazamiento del segmento S-T, las derivaciones del segmento S-T se observan clínicamente en asociación con angina de pecho y también en las etapas iniciales del infarto al miocardio.

Una segunda e importante consecuencia de la isquemia del miocardio es la irritabilidad ventricular, que puede causar síntomas ventriculares prematuras, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular. En la mayoría de los pacientes que mueren bruscamente de cardiopatía isquémica la causa es una arritmia ventricular, originada en un foco irritable producido por la isquemia.

### III CUADRO CLÍNICO

“Con frecuencia a la exploración física puede haber signos de anemia, enfermedad tiroidea y manchas de nicotina en las yemas de los dedos por el tabaco. La palpación puede mostrar engrosamiento o ausencia de las arterias periféricas, signos de agrandamiento cardíaco o una

---

<sup>14</sup> Ibidem. Pág. 2358



contracción anormal de la punta cardiaca. El examen de fondo de ojo puede mostrar un aumento del reflejo a la luz y cruces arteriovenosos como signos de hipertensión y la auscultación puede mostrar soplos arteriales, un tercer y cuarto tonos cardíacos y, si la isquemia aguda o infarto previo han alterado la función de los músculos papilares un soplo sistólico apical por regurgitación mitral".<sup>15</sup>

Estos signos auscultatorios se aprecian mejor con el paciente en decúbito lateral izquierdo, además cabe recordar que deben descartarse estenosis y regurgitación aórtica, hipertensión pulmonar y miocardiopatía hipertrófica, ya que estas enfermedades pueden producir angina incluso en ausencia de enfermedad coronaria.

#### IV DIAGNÓSTICO.

La descripción que el paciente con angina de pecho hace de sus síntomas es de la mayor importancia para hacer el diagnóstico de esta entidad, ya que habitualmente el paciente con cardiopatía isquémica no suele tener una exploración física que sea rica en hallazgos positivos. Nunca está por demás insistir que el tiempo invertido en escuchar la descripción espontánea que el paciente hace de sus síntomas y después llevar a cabo un interrogatorio dirigido, será siempre la clave para la conducta diagnóstica y terapéutica a seguir.

"El diagnóstico clínico de angina de pecho requiere recopilar la información relativa a la calidad de molestia, su localización, el área que abarca, los sitios de irradiación, factores que la provocan, factores que la alivian y los síntomas acompañantes".<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2362

<sup>16</sup> URIBE, Esquivel Misael. Tratado de Medicina Interna. T. 1, Ed. Panamericana, 1995. Pág. 285

contracción anormal de la punta cardiaca. El examen de fondo de ojo puede mostrar un aumento del reflejo a la luz y cruces arteriovenosos como signos de hipertensión y la auscultación puede mostrar soplos arteriales, un tercer y cuarto tonos cardíacos y, si la isquemia aguda o infarto previo han alterado la función de los músculos papilares un soplo sistólico apical por regurgitación mitral".<sup>15</sup>

Estos signos auscultatorios se aprecian mejor con el paciente en decúbito lateral izquierdo, además cabe recordar que deben descartarse estenosis y regurgitación aórtica, hipertensión pulmonar y miocardiopatía hipertrófica, ya que estas enfermedades pueden producir angina incluso en ausencia de enfermedad coronaria.

#### IV DIAGNÓSTICO.

La descripción que el paciente con angina de pecho hace de sus síntomas es de la mayor importancia para hacer el diagnóstico de esta entidad, ya que habitualmente el paciente con cardiopatía isquémica no suele tener una exploración física que sea rica en hallazgos positivos. Nunca está por demás insistir que el tiempo invertido en escuchar la descripción espontánea que el paciente hace de sus síntomas y después llevar a cabo un interrogatorio dirigido, será siempre la clave para la conducta diagnóstica y terapéutica a seguir.

"El diagnóstico clínico de angina de pecho requiere recopilar la información relativa a la calidad de molestia, su localización, el área que abarca, los sitios de irradiación, factores que la provocan, factores que la alivian y los síntomas acompañantes".<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2362

<sup>16</sup> URIBE, Esquivel Misael. Tratado de Medicina Interna. T. 1, Ed. Panamericana, 1995. Pág. 285

Hay que hacer notar que nos referimos a la angina de pecho como molestia y no necesariamente como dolor, ya que muchas veces el paciente no la describe como tal y si se inquiere dolor, se obtendrán respuestas negativas, como sucede en ocasiones y entonces el paciente corregirá diciendo que no se trata de dolor sino completamente de una sensación molesta.

La localización en la mayoría de las veces es retroesternal aunque también es común la localización precordial y con poca frecuencia se limita a la región pectoral derecha; otros sitios comunes son la base anterior del cuello, hombros, brazos y epigastrio, menos frecuentemente, aunque no raro, puede ser limitado a los antebrazos, mandíbula o a las muñecas, es muy rara su localización en cara posterior de tórax y cuando lo hace se ha descrito que afecta la región interés capulovertebral, siendo útil tener como regla en tales casos investigar siempre la posibilidad de aneurisma disecante de la aorta. Otra localización rara, pero bien descrita, es un hipocondrio derecho y generalmente se ve en situaciones en que existe el antecedente de vías biliares.

La isquemia miocárdica puede ser de muy breve duración o ser prolongada, sin embargo, los pacientes tienden a percibir la molestia como de mayor duración al tiempo que en realidad transcurrió desde que señala el inicio y el fin del episodio anginoso. La duración habitualmente referida oscila de dos a cinco minutos, cuando las molestias son fugaces como: piquetes o punzadas, la descripción prácticamente excluye el diagnóstico de angina.

“Los factores que provocan la aparición de angina de pecho, son todos aquellos que pueden aumentar el consumo miocárdico de oxígeno como el ejercicio, la alimentación abundante, exposición al frío, taquiarritmias

y, de la misma importancia, situaciones de tensión emocional, sin embargo, es muy frecuente para el paciente isquémico el tener en algún momento de su evolución, episodios de angina en reposo”.<sup>17</sup>

El alivio de la molestia con el reposo, la administración sublingual de nitritos o nifedipina, también sirve para apoyar la posibilidad de angina de pecho, cabe recalcar que el alivio habitualmente se logra en tres minutos o menos, y por otro lado, que el dolor retroesternal de origen esofágico también puede ser aliviado con estos medicamentos.

### **1o. Exámenes de laboratorio**

Aunque el diagnóstico de cardiopatía isquémica puede establecerse con bastante seguridad por la historia clínica, puede ser útil realizar una serie de pruebas de laboratorio sencillas, hay que estudiar la orina para descartar diabetes mellitus y enfermedades renales, ya que ambas pueden acelerar la aterosclerosis, de la misma forma el estudio de sangre debe comprender la determinación de los lípidos, glucosa, creatinina hematocrito y en caso de ser necesario la función tiroidea, también es importante la radiografía de tórax, ya que puede demostrar las consecuencias de la cardiopatía isquémica, es decir, aumento de tamaño del corazón; aneurisma ventricular o signos de insuficiencia cardíaca.

### **2o. Electrocardiograma**

“El electrocardiograma de 12 derivaciones es normal en aproximadamente la mitad de los pacientes, con angina típica, pero pueden observarse signos de antiguo infarto. Aunque las alteraciones de

---

<sup>17</sup> URIBE. Op. cit. Pág. 285

la repolarización, es decir, los cambios de la onda T y del segmento ST, así como las alteraciones de la conducción intraventricular en reposo son indicativos de cardiopatía isquémica no son específicos, ya que pueden producirse en enfermedades pericárdicas, miocárdicas y valvulares, y en la ansiedad cambios de posición, administración de fármacos y enfermedades esofágicas".<sup>18</sup>

Son más específicos los cambios típicos del segmento ST y onda T que acompañan a los episodios de angina y desaparecen después.

### **3o. Prueba de esfuerzo**

La prueba más utilizada para el diagnóstico de la cardiopatía isquémica consiste en el registro electrocardiográfico de doce derivaciones, antes, durante y después del ejercicio en una cinta sin fin o utilizando una bicicleta ergométrica. La prueba consiste en un aumento progresivo de la carga de trabajo externo, mientras se vigilan en forma continua el electrocardiograma, los síntomas y la presión arterial en el brazo, la prueba suele interrumpirse ante la aparición de los síntomas de molestias torácicas, disnea importante, mareos, fatiga o la depresión del segmento ST en más de 0.2 mV, la disminución de la presión arterial sistólica superior a 10 mmHg o taquiarritmias ventriculares.

### **4o. Coronariografía**

Este método muestra la anatomía coronaria y puede utilizarse para detectar o excluir la anatomía coronaria y puede utilizarse para detectar o excluir una aterosclerosis coronaria. De esta forma se puede evaluar la gravedad de las lesiones obstructivas cuando se combina con la

---

<sup>18</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2375

angiocardiografía del ventrículo izquierdo y la función regional y la global del ventrículo.

“La coronariografía está indicada en:

- 1º Pacientes con angina crónica estable o inestable, con sintomatología grave a pesar del tratamiento médico, en los que se considera la revascularización, es decir la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) a la cirugía de injerto de derivación arterial coronaria.
- 2º Pacientes con síntomas completos que presentan dificultades diagnósticas en los que es necesario confirmar o descartar el diagnóstico de otra patología.
- 3º Pacientes con altos riesgos de padecer episodios coronarios sostenidos por la presencia de signos de isquemia grave en las pruebas no invasoras, sin tener en cuenta la existencia o gravedad de los síntomas”.<sup>19</sup>

## **V. TRATAMIENTO**

En cada paciente se evaluarán sus expectativas y objetivos, el control de los síntomas y la prevención de las consecuencias clínicas adversas tales como el infarto al miocardio y la muerte prematura.

Aunque el tratamiento básico de un paciente con una afección de por vida, como lo es la cardiopatía isquémica es médico, muchos enfermos mejoran con los procedimientos de revascularización coronaria, ya que

---

<sup>19</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2375

angiocardiografía del ventrículo izquierdo y la función regional y la global del ventrículo.

“La coronariografía está indicada en:

- 1º Pacientes con angina crónica estable o inestable, con sintomatología grave a pesar del tratamiento médico, en los que se considera la revascularización, es decir la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) a la cirugía de injerto de derivación arterial coronaria.
- 2º Pacientes con síntomas completos que presentan dificultades diagnósticas en los que es necesario confirmar o descartar el diagnóstico de otra patología.
- 3º Pacientes con altos riesgos de padecer episodios coronarios sostenidos por la presencia de signos de isquemia grave en las pruebas no invasoras, sin tener en cuenta la existencia o gravedad de los síntomas”.<sup>19</sup>

## **V. TRATAMIENTO**

En cada paciente se evaluarán sus expectativas y objetivos, el control de los síntomas y la prevención de las consecuencias clínicas adversas tales como el infarto al miocardio y la muerte prematura.

Aunque el tratamiento básico de un paciente con una afección de por vida, como lo es la cardiopatía isquémica es médico, muchos enfermos mejoran con los procedimientos de revascularización coronaria, ya que

---

<sup>19</sup> HARRISON. Op. cit. Pág. 2375

la intervención es relativamente inocua, con una mortalidad inferior al 1% cuando se realiza por un equipo quirúrgico con experiencia y en paciente con función normal del ventrículo izquierdo.

Las indicaciones de la cirugía de derivación arterial coronaria suelen basarse en la gravedad de los síntomas, en la anatomía coronaria y en la función del ventrículo izquierdo. El candidato ideal es un varón menor de 75 años sin otras enfermedades con síntomas molestos o incapacitantes que no se controlan adecuadamente con el tratamiento médico, que desea llevar una vida más activa y padece una estenosis grave de varias arterias coronarias epicárdicas con signos objetivos de isquemia miocárdica como causa de molestias primordiales.

La insuficiencia cardíaca congestiva, la disfunción del ventrículo izquierdo o ambas, se acompañan de una mayor mortalidad perioperatoria y en otra época se consideraban contra indicaciones para la cirugía coronaria.

## **VI. CUIDADOS POSOPERATORIOS DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIACA.**

La evolución de la cirugía cardiovascular ha sido tan impresionante que, con excepción del choque cardiogénico de cualquier causa, el resultado esperado de una intervención es satisfactorio. A pesar de ello, la cirugía significa una agresión generalizada a un organismo que, desde el punto de vista cardiovascular, mantiene su función en valores limitrofes gracias a una compensación habitualmente inadecuada.



la intervención es relativamente inocua, con una mortalidad inferior al 1% cuando se realiza por un equipo quirúrgico con experiencia y en paciente con función normal del ventrículo izquierdo.

Las indicaciones de la cirugía de derivación arterial coronaria suelen basarse en la gravedad de los síntomas, en la anatomía coronaria y en la función del ventrículo izquierdo. El candidato ideal es un varón menor de 75 años sin otras enfermedades con síntomas molestos o incapacitantes que no se controlan adecuadamente con el tratamiento médico, que desea llevar una vida más activa y padece una estenosis grave de varias arterias coronarias epicárdicas con signos objetivos de isquemia miocárdica como causa de molestias primordiales.

La insuficiencia cardíaca congestiva, la disfunción del ventrículo izquierdo o ambas, se acompañan de una mayor mortalidad perioperatoria y en otra época se consideraban contra indicaciones para la cirugía coronaria.

## **VI. CUIDADOS POSOPERATORIOS DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIACA.**

La evolución de la cirugía cardiovascular ha sido tan impresionante que, con excepción del choque cardiogénico de cualquier causa, el resultado esperado de una intervención es satisfactorio. A pesar de ello, la cirugía significa una agresión generalizada a un organismo que, desde el punto de vista cardiovascular, mantiene su función en valores limítrofes gracias a una compensación habitualmente inadecuada.

**Al ingreso del paciente a la unidad de cuidados postoperatorios se debe:**

- Colocar monitorización electrocardiográfica inmediata.
- Verificar colocación adecuada del tubo endotraqueal y funcionamiento del ventilador.
- Revisar el funcionamiento adecuado del marcapaso a demanda.
- Disponer de un catéter arterial para monitorización de presión pulmonar y toma de muestra.
- Contar con registro adecuado de presión pulmonar con catéter de flotación.
- Adecuar infusión de soluciones y medicamentos intravenosos.
- Conectar tubos torácicos a aspiración.

## **MODELO ATENCIÓN ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

### **1. Generalidades**

“Virginia Avenell Hendersson nació el 30 de noviembre de 1897 en una numerosa y extensa familia de 8 hijos, establecidos en el condado de Bedford, en el estado de Virginia, en Estados Unidos.

La experiencia que tuvo Virginia en el área de salud pública se desarrolló en el West Side de Nueva York, esa unidad estaba dirigida por una enfermera competente e incluso las enfermeras veteranas de la división la visitaban acompañadas de las estudiantes.”<sup>20</sup>

Henderson fue una de las primeras autoras que intentó aclarar la naturaleza de la enfermería en 1955 y su definición de la misma es tal vez la mejor que se conoce:

“La única función de una enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, para realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, que él mismo haría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Además lo ayudará a ganar independencia tan rápido como sea posible.”

“De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados de enfermería, así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14

---

<sup>20</sup> HENDERSON Nite. Enfermería Teórico Práctica. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1985. Pág. 56

necesidades básicas que debe satisfacer para mantenerse íntegro y promover su desarrollo y crecimiento.

Necesidad de:

- Oxigenación
- Nutrición e hidratación
- Eliminación
- Moverse y mantener una buena postura
- Descanso y sueño
- Usar prendas de vestir adecuadas
- Termorregulación
- Higiene y protección de la piel
- Evitar los peligros
- Comunicarse
- Vivir según sus creencias y valores
- De trabajar y realizarse
- Jugar y participar en actividades recreativas
- Aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con la finalidad de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.<sup>21</sup>

## 2. Componentes del Proceso Atención Enfermería.

“Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El proceso de atención de

---

<sup>21</sup> MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. México, Ed. El Manual Moderno. 1983 Pág. 87

enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería.”<sup>22</sup>

El objetivo de un proceso es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.

Para desarrollar un proceso de atención de enfermería, deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera. El cliente puede ser un individuo, la familia o la comunidad y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso. La enfermera requiere capacidades técnicas intelectuales y de relación para poder utilizar el proceso en beneficio del cliente.

“El proceso de atención de enfermería se puede considerar como una serie de cuatro y cinco fases. Cuando el proceso se define en cuatro fases son: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. Mientras que los que consideran un proceso de atención de cinco fases el análisis no lo realizan en la valoración sino en cualquiera de las fases.”<sup>25</sup>

“1. Valoración: Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtienen de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en las siguientes fases. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

---

<sup>22</sup> Ibidem. Pág. 89

<sup>25</sup> Ibidem. Pág. 92

2. **Diagnóstica:** Es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o un diagnóstico de enfermería, el cual, constituye una relación de las alteraciones actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente. El análisis lleva implícita una afirmación sobre las respuestas del cliente que las enfermeras estén autorizadas a tratar.
  
3. **Planificación:** Implica una serie de fases, en las cuales la enferma establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros de el equipo de salud. En colaboración con el cliente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.
  
4. **Ejecución:** Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados durante la fase, la enferma continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recolección continua de información esencial, no solo para descubrir los cambios en el estado del cliente, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente fase.
  
5. **Evaluación:** Se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad."

La enfermera debe ser creativa al utilizar el proceso de atención enfermería y no guiarse por respuestas estándar, sino aplicar sus

capacidades para resolver problemas, la creatividad, el pensamiento crítico y su propio conocimiento y habilidad para cuidar al cliente.

Ventajas del proceso:

- a) Es un proceso importante tanto para la enferma como para el cliente.
- b) Calidad y continuidad en el cuidado.
- c) Participación de ambas partes en el cuidado de la salud.
- d) Educación constante y sistemática de la enfermera.
- e) Satisfacción en el trabajo.

### 3. Conceptos básicos.

“Enfermería: Es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que ayudan al cliente a recuperar su salud las cuales el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza de voluntad o el conocimiento necesarios.”<sup>24</sup>

“Salud: Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.”<sup>25</sup>

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Independencia: Es la capacidad del individuo para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades.

---

<sup>24</sup> LEDDY, Susan et.al. Bases conceptuales de la enfermería profesional. México, Ed. OPS, Pág. 113

<sup>25</sup> MARRINER, A. Op. cit. Pág. 93

**Dependencia:** Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las necesidades.

**Falta de fuerza:** Tomamos como fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas o capacidad intelectual.

**Falta de conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**Falta de voluntad:** Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.<sup>26</sup>

El modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**

### **I. PRESENTACIÓN DEL CASO.**

La paciente a la cual fue aplicado el presente proceso, tiene 61 años de edad, su peso es de 85.700 kgs, y su talla 1.53 cm, actualmente no realiza ninguna actividad fuera de su domicilio, sus 3 hermanos hombres

---

<sup>26</sup> Ibidem. Pág. 96



**Dependencia:** Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las necesidades.

**Falta de fuerza:** Tomamos como fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas o capacidad intelectual.

**Falta de conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**Falta de voluntad:** Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.<sup>26</sup>

El modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**

### **I. PRESENTACIÓN DEL CASO.**

La paciente a la cual fue aplicado el presente proceso, tiene 61 años de edad, su peso es de 85.700 kgs, y su talla 1.53 cm, actualmente no realiza ninguna actividad fuera de su domicilio, sus 3 hermanos hombres

---

<sup>26</sup> Ibidem. Pág. 96

viven en Celaya, Guanajuato por lo que no frecuentan a la paciente y únicamente se comunican por teléfono de una a dos veces por año. Su única hermana mujer radica en Estados Unidos en el estado de Texas y desde hace un poco más de 5 años no tiene contacto con ella.

Tiene una empleada de confianza de entrada por salida que es quien realiza las labores domésticas, ella es quien sale de la casa para ir a comprar lo que se necesite y sobre todo la comida ya preparada para que la señora consuma durante el día.

## **II. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **1. Antecedentes hereditarios y familiares.**

Su madre falleció hace 35 años por descompensación de la diabetes mellitus e hipertensión arterial secundaria, su padre falleció hace aproximadamente 45 años por enfermedad cardíaca no especificada, su hermano mayor de 74 años padece diabetes mellitus desde hace 11 años, su segundo hermano de 73 años padece diabetes mellitus desde hace 8 años y su tía materna falleció de una enfermedad cardíaca no especificada hace 16 años.

### **2. Antecedentes personales.**

Originaria y residente de Oaxaca, terminó el sexto año de primaria, actualmente se dedica al hogar llevan una vida sedentaria consumiendo una dieta rica en grasas y carbohidratos.

Tabaquismo, alcoholismo y alguna otra toxicomanía negados, refiere tener su esquema de inmunizaciones completo.

Desde hace 15 años con obesidad haciendo caso omiso de la misma, diabetes mellitus tipo II de 8 años de evolución, actualmente con tratamiento a base de Bieglucon 1 por 3.

Tratamiento quirúrgico hace 18 años por histerectomía y oforectomía bilateral más resección de ganglios por cáncer, transfusionales positivos al momento de las cirugías antes mencionadas sin presentar alergia.

### 3. Padecimiento actual.

Asintomática cardiovascular hasta hace 9 meses que inició con dolor precordial opresivo de intensidad 5/10 asociado a esfuerzos moderados con duración de 10 a 15 minutos, aliviado completamente con el reposo, asociado a diaforesis fría. El dolor lo presentaba ocasionalmente en el transcurso de los nueve meses y han aumentado en frecuencia con esfuerzos mínimos y aún en reposo.

Consultó con médico cardiólogo quien el día 6 de septiembre del 2000 le realiza una prueba de esfuerzo durante la cual en el minuto con 30 segundos se suspende por dolor precordial, su último episodio de dolor fue el día de hoy 14 de septiembre del 2000 cuando por la mañana al dirigirse al Instituto Nacional de Cardiología, presenta dolor con duración de 10 a 20 minutos con calificación de 2 a 3 asociado a diaforesis.

Al acudir al Instituto sus signos vitales son:

Tensión arterial: 130/80 mmHg

Frecuencia Cardiaca: 70 por minuto

Frecuencia respiratoria: 12 por minuto, y

Temperatura: 37°C

## EXPLORACIÓN FÍSICA

### I. Aparatos y sistemas.

**Respiratorio:** Tórax; simétrico, expansible sin circulación colateral ni uso de músculos accesorios ni tiraje intercostal.

Pulmones; bien ventilados, murmullo vesicular normal, no ruidos agregados.

Región precordial; ápex no visible ni palpable, no levantamientos paraesternales bajos, a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos.

**Digestivo:** Abdomen; globoso por panículo adiposo, sin circulación colateral, ruidos gastrointestinales normales, leve dolor a la palpación profunda, se percibe una zona no bien delimitada, de bordes mal definidos, no visceromegalia.

**Urinario:** Diuresis aproximada en 24 horas, 6 a 7 veces de características macroscópicas normales, refiere no tener dolor lumbar ni nunca haber expulsado cálculos.

**Hemolinfático:** Refiere nunca haber padecido anemias ni adenopatías.

**Endocrino:** Obesidad de más de 30 Kg., más diabetes mellitus de 8 años de evolución.

**Sistema nervioso:** Refiere haber disminuido su autoestima a raíz de su obesidad, y sentir angustia por su padecimiento actual.

**Osteo-muscular:** Refiere cansancio al movimiento, por lo que prefiere estar todo el día en reposo.

**Tegumentos:** Mucosas hidratadas, ligera palidez tegumentaria, pelo bien implantado, uñas normales, refiere no tener prurito ni micosis.

**Síntomas generales:** Escalos fríos y diaforesis cuando presenta dolor y adinamia anormalmente durante el día y la noche.

**Exámenes previos:** Prueba de esfuerzo el día 6 de septiembre del 2000, que se suspendió a los 90 segundos por dolor precordial.

**Diagnósticos previos:** El día 6-sep-00 le diagnostican:  
**CARDIOPATIA ISQUEMICA, ANGINA INESTABLE.**

## **2. Inspección general.**

Edad aparente igual a la cronológica, con facie de cansancio postura a elección, con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, conciente orientada en sus tres esferas, con disnea a menores y grandes esfuerzos.

**Cabeza:** Normocéfala, cabello bien implantado, ojos simétricos, pupilas isocóricas, fotorreactivas, escleras y conjuntivas normales, conductos auditivos y tímpanos normales, nariz simétrica, fosas nasales permeables, boca simétrica, labios y mucosas húmedas sin lesiones.

**Cuello:** Cilíndrico simétrico, no masas ni ganglios palpables, tiroides no palpable, ni soplos, pulsos carotídeos normales.

**Tórax:** Simétrico, expandible, sin circulación colateral, no uso de músculos accesorios ni tiraje intercostal, no presencia de nódulos musculares, glándulas mamarias simétricas, pezón retraído, con presencia de ligeros estertores sobre todo en región basal derecha, con voz clara y fuerte.

**Región precordial:** Ápex no visible, ni palpable, no levantamientos paraesternales bajos, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

**Abdomen:** Globoso, sin circulación colateral, peristalsis presente, no visceromegalias.

**Miembros superiores:** Simétricos movibles, sin deformaciones óseas, tono y masa muscular normal, pulsos presentes, reflejos presentes.

**Miembros inferiores:** Simétricos movibles, sin deformaciones óseas, tono y masa muscular normal, pulsos un poco disminuidos, con presencia de cianosis distal y reflejos lentos.

**Impresión diagnóstica, médica:**

**CARDIOPATIA ISQUEMICA, ANGINA INESTABLE, HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA controlada, DIABETES MELLITUS TIPO II y probable DISLIPIDEMIA.**

**Estudios solicitados:**

**CATETERISMO CARDIACO**

**(El cuál nunca se realizo porque se metió a cirugía de urgencias)**

**Principales problemas:**

**INSUFICIENCIA CORONARIA.**

**FECHA: 14-sep-00**

**REALIZO LA HISTORIA  
DIANA LUGO ESCOBEDO**

**REVISO LA HISTORIA  
DRA. BOSQUET**

## **RESUMEN CLÍNICO EN LA FASE POST QUIRÚRGICA**

Paciente femenina de 61 años de edad, cursando sus primeras horas post Revascularización coronaria con hemoductos de la Arteria Mamaria Interna Izquierda a la Descendente Anterior y con un hemoducto venoso de la Safena Interna Izquierda a la Descendente posterior con safenectomía parcial izquierda con puentes cutáneos, quien se encuentra bajo efectos de anestesia general de poco más de 4 horas de evolución, con palidez de tegumentos, conjuntivas ictéricas, resequedad de la piel, con sonda nasogástrica cerrada, con cánula orotraqueal conectada a ventilador Bennet en modalidad "Ventilación mecánica controlada", con frecuencia respiratoria de 14 por minuto, sensibilidad de 1, relación 1 a 2 y flujo de 85, con un catéter trilumen permeable a infusión de Dopamina a 2.3 gamas y Dobutamina a 3.4 gamas y a Solución Hartman, por misma vía con catéter de Swan Ganz con último Gasto cardiaco de 7.8 litros con un Índice Cardiaco de 6.5 mililitros con una Presión Capilar Pulmonar de 22 ml de H<sub>2</sub>O, su herida quirúrgica media, esternal, longitudinal cubierta con apósito limpio y seco, con un drenaje retroesternal y un drenaje pleural derecho drenado regular cantidad de líquido serohemático, con un cable epicárdico profiláctico. Al monitor se observa en ritmo sinusal; sus campos pulmonares con estertores en ambas bases, su abdomen blando, depresible con peristalsis disminuida. En miembro superior izquierdo con línea arterial dando buen retorno sanguíneo y buena curva al monitor con tendencia a la hipotensión, en promedio durante las primeras 4 horas con una presión arterial media de 59 a 65 mmHg, su gasometría con hipersoxemias con un PO<sub>2</sub> 270 ; en miembro superior izquierdo con una venoclisis periférica permeable a solución Hartman para cargas, con sonda foley drenando a cistoflo un volumen urinario de 200 ml en 8 hrs. características macroscópicas



normales, en miembro inferior izquierdo con herida de safenectomía cubierta con gasas y con vendaje, miembro inferior derecho con vendaje y ambos miembros con buen llenado capilar y con pulsos distales presentes.

## **PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**NECESIDAD:** Oxigenación

**DIAGNÓSTICO:** Dificultad para respirar relacionado con efectos de anestesia que se manifiestan por total dependencia del ventilador, abundantes secreciones y pérdida del automatismo respiratorio.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza.

**OBJETIVO:** Eliminar la dificultad para respirar.

### **INTERVENCIONES:**

Intentar mantener despierta a la paciente hasta que recupere la función respiratoria, estimulándolo verbalmente, durante las siguientes 24 horas después de la cirugía.

( Interdependientes )

Destetar a la paciente del ventilador de acuerdo a la respuesta ventilatoria siendo nuestra meta llevarlo a una modalidad de CPAP, con una presión soporte de 6 a un  $\text{FiO}_2$  40%.

( Interdependientes )

### **EVALUACIÓN:**

1. El paciente logró recuperar el automatismo respiratorio dentro de las siguientes 24 horas a la cirugía.
2. Se logró realizar una pronta extubación con gasometrías aceptables.

**NECESIDAD:** Termorregularización.

**DIAGNÓSTICO:** Calofríos relacionados con hipotermia que se manifiestan con temperatura axilar de 35°C.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza.

**OBJETIVO:** Eliminar los escalos fríos.

**INTERVENCIONES:**

Colocar mantas y cobijas al paciente por el tiempo que sea necesario y hasta que el paciente alcance una temperatura de 36 a 37.5°C.

( Dependientes)

Vigilar durante la primer hora posquirúrgica cada 15 minutos la temperatura axilar; durante la siguiente hora cada 30 minutos y posteriormente cada hora, dependiendo de la evolución de la paciente.

( Dependientes)

Colocarle al paciente el calefactor a una temperatura de 37°C.

( Dependientes)

**EVALUACIÓN:**

El paciente logró mantenerse normotérmico durante todo su postoperatorio mediato, eliminando los calofríos.

**NECESIDAD:** Oxigenación

**DIAGNÓSTICO:** Hipotensión arterial relacionada a hemorragia que se manifiesta con salida de líquido hemático por el drenaje retroesternal.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza.

**OBJETIVO:** Disminuir la hipotensión arterial.

## INTERVENCIONES:

Constatar el TP, TPT, plaquetas y hemoglobina.

( Dependiente )

Ministrar protamina 25 mg intravenosa en 2 dosis, esperando que a los 20 minutos disminuya la hemorragia vigilando que los niveles de INR se mantengan en 1 a 2.

( Dependiente )

Ministrar concentrados plaquetarios; 1 unidad por cada 10 Kg de peso, de forma continua vigilando que las plaquetas se encuentren en constante movimiento y esperando que el nivel de plaquetas se mantenga en 130-400.

( Dependiente )

Ministrar plasma fresco congelado; de 2 a 4 unidades sólo si la hemorragia no cede con las acciones anteriores y vigilar los niveles con la toma de una nueva Biometría Hemática.

( Dependiente )

Ministrar un paquete globular vigilando que sea el correcto y esperando que en las próximas 5 horas el nivel de hemoglobina aumente alcanzando los niveles de 12.2 a 18.1.

( Dependiente )

Si la hemorragia no cede y el paciente sigue hipotenso se debe considerar nuevamente reintervenir.

( Dependiente )

## **EVALUACIÓN:**

La hemorragia se logro disminuir y con esto la hipotensión teniendo una Presión Arterial media de 80 mm Hg siendo únicamente necesario constatar los niveles de TP y TPT, administrar un paquete globular y dos plasmas frescos.

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel.

**DIAGNÓSTICO:** Alto riesgo de formación de escaras relacionado a falta de movimiento manifestado por zonas enrojecidas por presión en la región coccígea.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza

**OBJETIVO:** Disminuir el riesgo de formación de escaras.

## **INTERVENCIONES:**

Cambiar de posición a la paciente cada 2 horas vigilando que este lo más cómodo posible y procurando que no se ejerza presión en región torácica y miembro pélvico izquierdo colocando apoyo con almohadas suaves, cubiertas con ropa fresca, y limpia.

( Dependientes )

Realizar correctamente el tendido de camas no dejando arrugas entre las sábanas y sin ningún objeto que ejerza presión en la piel.

( Dependientes )

Sentar a la paciente en el reposet una vez que esto sea posible y durante el tiempo que tolere su organismo subiéndolo nuevamente a recostar, esperando que después de las 48 horas tolere estar todo el día en el

reposit o deambulando y únicamente por la noche se encuentre acostado.

( Interdependientes )

Lubricar la piel del paciente con aceite o crema lubricante dando masajes circulares en todo el cuerpo 3 veces al día.

( Dependiente )

Realizar movimientos pasivos de flexión y extensión en miembros superiores y en miembro inferior derecho cada 4 horas.

( Dependiente )

#### **EVALUACION:**

La piel de la paciente logro mantenerse hidratada, no se formaron escaras y disminuyeron las zonas de presión y el movimiento de miembros pélvicos y torácicos se recupero en 4 días posteriores a la cirugía.

**NECESIDAD:** Nutrición.

**DIAGNÓSTICO:** Alto riesgo de hiperacidez estomacal, relacionada a largos periodos de ayuno que se manifiestan por salida de líquido gástrico, de color verde, de olor ácido en abundante cantidad por la sonda nasogástrica.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza

**OBJETIVO:** Disminuir la hiperacidez estomacal.

**INTERVENCIONES:**

Realizar lavado gástrico 2 veces al día, con agua de irrigación, dejando 20 ml. en cavidad para ayudar a la peristalsis.

( Dependiente )

Ministrar Ranitidina 50 mg. Intravenosa cada 8 horas durante 2 días.

( Dependiente )

Vigilar diariamente mediante la auscultación que no disminuya el peristaltismo.

**EVALUACIÓN:**

Cada una de las intervenciones ayudo a la desaparición de la acidez estomacal logrando que el paciente tolerara con agrado sus primeros alimentos post cirugía y no refiriera molestias.

**NECESIDAD:** Moverse y mantener una buena postura.

**DIAGNOSTICO:** Diaforesis profusa relacionada a dolor en herida quirúrgica que se manifiesta con taquicardia, y ardor tipo punzante en la región esternal.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD:** Fuerza.

**OBJETIVO:** Eliminar la diaforesis.

**INTERVENCIONES:**

Ministrar analgésico de acción rápida como:

- a) Tradol 100 mg diluidos en 10 ml de solución inyectable pasándolos lentamente durante 20 minutos por vía intravenosa vigilando previamente a su administración que no exista hipotensión.

b) Dolac 10 mg diluidos en 10 ml de solución inyectable pasándolos por vía intravenosa directamente, teniendo precaución de que el paciente no tenga daño renal.

( Dependientes )

#### EVALUACIÓN:

La diaforesis fue eliminada y de esta manera la taquicardia ya que a la ministración de tradol 100 mg Intravenoso cada 8 horas.

NECESIDAD: Evitar los peligros

DIAGNÓSTICO: Obesidad relacionada a consumo excesivo de grasas y carbohidratos en la dieta que se manifiesta con un exceso del 30% de masa corporal ya que la paciente tiene una talla de 1.53 cm., con un peso de 85,700 Kg

CAUSA DE LA DIFICULTAD: Conocimiento.

OBJETIVO: Disminuir el peso.

#### INTERVENCIONES:

Seguir las instrucciones del personal médico y de enfermería, y preguntarle a personal capacitado cualquier duda acerca de la dieta que debe consumir.

( Independiente )

Brindar orientación sobre una dieta para adulto mayor baja en grasas y carbohidratos.



- a) Consumir verduras: Lechuga, acelgas, espinacas, pepino y todas aquellas verduras de hojas verdes, por lo menos 5 veces a la semana.
- b) Consumir frutas: Todo tipo de frutas, sobre todo las que se consumen con cáscara, por lo menos una pieza pequeña diario.
- c) Consumir carnes blancas: Pescado y pollo por lo menos tres veces a la semana y de preferencia asados o cocidos.
- d) Consumir líquidos: En abundante cantidad por lo menos 1.5 litros diario, y de preferencia sin azúcar o con sacarina.
- e) Disminuir el consumo de sal, siendo únicamente una cápsula de sal diario ( la cápsula vacía se le proporciona por el departamento de dietas).

( Independiente )

#### EVALUACIÓN:

La orientación nutrimental que se le brindó a la paciente, la hizo reflexionar sobre sus hábitos alimenticios y decidió comprometerse a disminuir su peso, esperando lograr un mejor nivel de vida.

## **CONCLUSIONES**

La aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería guiado por un modelo de atención permite brindar un mejor cuidado a los aspectos físicos, sociales y espirituales de los pacientes.

La paciente a la cual fue aplicado el presente Proceso Atención de Enfermería, se le fueron brindando cuidados de acuerdo a sus necesidades, las cuales previamente habían sido jerarquizadas en relación a su importancia brindando una atención eficaz y resolviendo cada uno de los problemas que se iban presentando, ayudando a su pronta recuperación y entusiasmándola a llevar una mejor calidad de vida.

Durante la aplicación de este Proceso de Atención de Enfermería me pude dar cuenta que es indispensable para la enfermera contar con los conocimientos acerca de las patologías de cada paciente rigiéndose por un modelo de atención que cubra todas las necesidades del individuo brindando una atención de calidad a todo paciente.

El modelo de atención de Henderson nos permite ver al paciente de una forma holística, cuidando no sólo su aspecto físico y biológico sino también espiritual y psicológico ya que la profesión de Enfermería no se encarga únicamente de cubrir necesidades sino también de brindar alternativas a todo individuo para vivir de manera plena equilibrando todo su entorno.

## BIBLIOGRAFIA

- CLIFFORD, Diana y Gray Carolyn. *Manual de anatomía y fisiología*. México, Ed. La Prensa Médica. ed. 9 1977 Pp. 778
- ESPEJO Solá, Jaime. *Manual de dietoterapia de las enfermedades del adulto*. Argentina, Ed. El Ateneo, 1984 Pp. 549
- HAMILTON Klusek, Helen, et-al., *Enfermedades Cardiovasculares*. México, Ed. Científica PLM, S.A. de C.V., 1985. Pp. 192
- HARRISON, et-al. *Principios de Medicina Interna*. T II, México, Ed. McGraw Hill, 1983 Pp. 3073
- HENDERSON, Nite. *Enfermería teórico práctica*. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1988 Pp. 392
- KIMBER, Stackpole. *Manual de Anatomía y Fisiología*. México Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1985 Pp. 197
- LEDDY, Susan; Pepper J. Mae. *Bases conceptuales de la Enfermería profesional*. México, Ed. OPS, 1989 Pp. 365

LEIVA, Pons, José. *Manual de urgencias cardiovasculares*. México, Ed. McGraw Hill, 1996 Pp. 507

MARRINER, Ann. *El Proceso de Atención de Enfermería*. México, Ed. El Manual Moderno, 1983 Pp. 254

URIBE, Esquivel Misael. *Tratado de Medicina Interna*. Tomo I México Ed. Panamericana 1995 Pp. 1168

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

A N E X O S



# INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE \_\_\_\_\_

**X** 61 años  
SEXO M. F. EDAD \_\_\_\_\_ SERVICIO Unidad Terapia Intensiva

### I. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

( Padres, hermanos, cónyuges, hijos, abuelos, colaterales, convivientes: causas de muerte, edades y estado de salud )

Alcoholismo, toxicomanías, diabetes, sífilis, tuberculosis, alergia, neumopatías, artropatías, hemopatías.

**CARDIOPATIAS, HIPERTENSION, ARTERIOESCLEROSIS.**  
Accidentes vasculares.

Embarazos maternos, abortos, partos prematuros, muertes neonatales, intoxicaciones, medicamentos, traumatismos, infecciones, edad de los padres en la procreación, consanguinidad, radiaciones, nutrición.

Su madre falleció de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, su padre falleció de enfermedad cardiaca no especifica, 2 hermanos padecen Diabetes Mellitus una tia materna falleció de enfermedad cardiaca no especificada.

Hija 4 de 5 embarazos, todos de término aún vivos, niega intoxicaciones por parte de los padres, edad de la madre 30 y el padre 34 en la procreación ambos grupo de sangre O Rh+, buena nutrición en cantidad y calidad.

### II. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Peso al nacer, anomalías perinatales, Lugar de nacimiento y residencia. Escolaridad. Ocupaciones: tipo y lugar, exposición a agentes patógenos. Deportes. Desarrollo físico y mental. Edades de dentición, hablar, caminar. Habitación. Hábitos dietéticos. Tabaquismo, alcoholismo. Drogas. Inmunizaciones: antivariolosa, B.C.G., D.P.T., Polio, Seroterapia. Integración familiar.

Originaria y residente de Oaxaca, grado de estudios primaria completa. Se dedica al hogar, vida sedentaria refiere siempre haber tenido un buen desarrollo físico y mental, dieta rica en grasas y carbohidratos. Tabaquismo, alcoholismo y drogas negadas, esquema de inmunizaciones completo. Refiere tener buena integración familiar.

b) Infecciones en la infancia.  
**FIEBRE REUMATICA, COREA, CARDIOPATIAS, ARTERIOESCLEROSIS, ACCIDENTES VASCULARES, HIPERTENSION ARTERIAL, FLEBITIS, VARIACIONES, PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS. OBESIDAD, DIABETES,** gota, endocrinopatías, hiperlipidemia. Infecciones y parasitosis, paludismo. Ulcera péptica, hernia hiatal, hemorroides, hepatitis. Padecimientos neurológicos. Alergia. Uroñeopatías. Antecedentes quirúrgicos, transfusionales, traumáticos, de intolerancia a antibióticos y hormonas. Intoxicaciones. Antecedentes gineco-obstétricos. Cuadros neurológicos y psíquicos.

Desde hace 15 años con obesidad haciendo caso omiso de la misma, Diabetes Mellitus de 8 años de evolución. Tratamiento actual Bieglucon 1x3. Tratamiento quirúrgico hace 18 años por histerectomía y Ooforectomía bilateral más resección de ganglios por cáncer, transfusionales positivos al momento de las cirugías antes mencionadas.

## PADECIMIENTO ACTUAL

### Principales síntomas

### Cuadro actual

Cuadro inicial.  
Cronología, descripción, análisis y evolución de los síntomas. No omitir nunca: **DISNEA, DOLOR, PRECORDIAL Y FENOMENOS CONCOMITANTES, PALPITACIONES, EDEMA, MANIFESTACIONES DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y DE INSUFICIENCIA ARTERIAL Y VENOSA, LIPOTIMIAS, VERTIGOS.**

Asintomática cardiovascular hasta 9 meses que inicio con dolor precordial opresivo de intensidad 5/10 asociado a esfuerzos moderados con duración de 10 a 15 minutos, aliviado completamente con el reposo asociado a diaforesis fría. El dolor lo presentaba ocasionalmente en el transcurso de los nueve meses y han aumentado en frecuencia con esfuerzos mínimos y aún en reposo.

Consulta con médico cardiólogo quien le realiza el día 6-09-00 una prueba de esfuerzo a la cual al minuto con treinta segundos se suspende por dolor precordial, su último episodio de dolor fue el día de hoy 14-09-00 por la mañana al dirigirse al Instituto Nacional de Cardiología, el cual fue en reposo con duración de 10 a 20 minutos con calificación de 2 a 3 /<sub>10</sub> asociado a diaforesis.

T/A <sup>150</sup>/<sub>80</sub> mmHg FC = 70 x' FR= 12 x' T=37°

### Aparatos y sistemas

#### RESPIRATORIO

Obstrucción nasal, disfonía, tos, expectoración, hemoptisis dolor, cianosis.

#### DIGESTIVO

Apetito, masticación, tránsito esofágico, disfagia, pirosis, regurgitación, distensión abdominal, dolor, vómito, hematemesis, tránsito intestinal evacuación diarreica, melena, tenesmo, constipación, ictericia, tolerancia a alimentos.

#### URINARIO

Diuresis en 24 hs., número de micciones, caracteres de micción y orina, incontinencia, piuria, hematuria, dolor lumbar, expulsión de cálculos.

Tórax: Simétrico, expandible sin circulación colateral, ni uso de músculos accesorios ni tiraje intercostal. Pulmones: Bien ventilados, murmullo vesicular normal, no ruidos agregados. Región precordial: Ápex no visible, ni palpable, no levantamientos paraesternales bajos, a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: globoso por panículo adiposo, sin circulación colateral, ruidos gastrointestinales normales, leve dolor a la palpación en flanco derecho en donde además a la palpación profunda se percibe una zona no bien delimitada, de bordes mal definidos, no visceromegalia.

Diuresis aproximada en 24 hrs. 6 a 7 veces de características macroscópicas normales, refiere no tener dolor lumbar ni nunca expulsión de cálculos.

#### HEMOLINFATICO

Anemias, hemolisis, tendencia a hemorragia, menor resistencia a infecciones, adenopatías.

Refiere nunca haber padecido anemias ni adenopatías

#### ENDOCRINO

Crecimiento en peso y estatura, perturbaciones somáticas, caracteres sexuales, sensibilidad al calor y al frío. Piel y faneras, exoftalmos, diabetes, acné.

Obesidad de más de 30 Kg. diabetes de 8 años de evolución.

#### SISTEMA NERVIOSO

Pérdidas del conocimiento, parálisis, parestias, temblores, coordinación, convulsiones, atrofas, hipo o hiperestesias, cefaleas, algias, visión, audición, equilibrio, olfato, gustación, sueño. Personalidad, depresión, compulsión, excitación, atención, memoria, cambios en la conducta. Afectividad, nerviosismo, angustia.

Refiere haber disminuido autoestima a raíz de su obesidad y sentir angustia por su padecimiento actual.

#### OSTEO-MUSCULAR

Deformidades óseas, limitación de movimientos, algias, atrofas.

Refiere cansancio al movimiento normal por lo que prefiere estar todo el día en reposo.

#### TEGUMENTOS

Mucosas, piel, pelo, uñas, Prurito, cambios de coloración, alopecia, erupciones, infestaciones, micosis.

Mucosas hidratadas, ligera palidez tegumentaria, pelo bien implantado, uñas normales, no refiere prurito ni micosis.

#### SINTOMAS GENERALES

Fiebre, calosfrío, diaforesis, as-tenia, adinamia. Anorexia, variaciones de peso.

Calosfría y diaforesis cuando presenta dolor y adinamia normalmente durante el día y la noche.

#### EXAMENES PREVIOS

Naturaleza, fechas, resultados.

Prueba de esfuerzo 6-09-00, que se suspendió a los 1:30 minutos por dolor precordial.

#### DIAGNOSTICOS PREVIOS

Fechas y enunciado.

6-09-00 Cardiopatía Isquémica, Angina Inestable.





INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA  
EXPLORACION FISICA

NOMBRE \_\_\_\_\_

SEXO **M.F.** EDAD **61 años** SERVICIO **Unidad Terapia Intensiva**

Peso actual **85.700 Kg.** . Peso habitual **80 -90 Kgs** . . . . . Peso ideal **53 Kg** . . . . . Estatura **1.53 cm.**  
Temperatura **37°** . . . . . Respiraciones **12 x'** . . . . . Pulso **70 x'** . . . . . T. A. **130/80**

**Inspección general**

Edad aparente, biotipo, facies, postura, estado y color de los tegumentos, trastornos respiratorios, movimientos anormales, marcha, estado de conciencia, actitud psicológica.

Edad aparente igual a la cronológica, con facie de cansancio, postura a elección, con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, conciente orientada en sus tres esferas, con disnea a menores y grandes esfuerzos.

**Cabeza**

*Cráneo:* tipo, forma y volumen; pelo, fontanelas. *Caru:* tinte, vello. *Ojos:* conjuntivas, pupilas, reflejos, córnea. *Nariz:* obstrucción, mucosa. *Oídos:* orejas, conducto auditivo, tímpanos. *Boca:* Desviación comisural. Aliento. Labios. Paladar. *Faringe:* úvula, amígdalas, secreciones, adenoides.

Normocefala, cabello bien implantado, ojos simétricos, pupilas isocóricas fotorreactivas, escleras y conjuntivas normales, conductos auditivos y tímpanos normales, nariz simétrica, fosas nasales, permeables, boca simétrica, labios y mocosas húmedas sin lesiones.

**Cuello**

Forma, movilidad, contracturas. Huesos supraclaviculares. **ARTERIAS:** frémitos, pulso, soplos, **VENAS:** ingurgitación, pulso venoso, soplo venoso.

Cilíndrico simétrico, no masas ni ganglios palpables, tiroides no palpable, ni soplos, pulsos carotídeos normales.

## **Tórax**

*Inspección* (anterior y posterior): forma, volumen, simetría, tipo respiratorio, tiro. Red venosa, latidos arteriales. *Palpación*: amplexión y amplexación, puntos dolorosos, vibraciones vocales, nódulos musculares, glándulas mamarias y ganglios satélites, latidos arteriales.

*Percusión*: claridad, submatidez, matidez.

*Auscultación*: Ruidos respiratorios y caracteres, soplos, estertores, sibilancias, frotamientos, zonas de silencio, auscultación de la voz.

**Simétrico, expandible, sin circulación colateral, no uso de músculos accesorios ni tiraje intercostal, no presencia de nódulos musculares, glándulas mamarias simétricas, pezón retraído, con presencia de ligeros estertores sobre todo en región basal derecha, con voz clara y fuerte.**

## **Región precordial**

*Inspección y palpación*: Deformación, red venosa, latido, choque apexiano, vibraciones, dolorimiento.

*Percusión*: Forma y dimensiones del área. Dolorimiento. *Auscultación*: Frecuencia y ritmo. Caracteres de los ruidos y sus componentes. Ruidos añadidos. Soplos con sus caracteres, localización y modificaciones con la respiración y los cambios posturales. Frotamientos.

**Ápex no visible, ni palpable, no levantamientos paraesternales bajos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.**

## **Abdomen**

*Inspección*: forma, volumen, tegumentos, edema, red venosa, pigmentación, vello, latido epigástrico. *Palpación*: ascitis, movilidad, línea blanca, ombligo puntos y zonas dolorosas. Tumores, frémitos, orificios inguinales, reflejos cutáneos y cremasteriano. *Percusión*. *Auscultación*: peristalsis, soplos vasculares.

*Hgado y Bazo*: Área de percusión, caracteres de la viscera y límite inferior, pulsatilidad, dolorimiento.

**Globo, sin circulación colateral, peristalsis presente, no visceromegalias.**

### **Miembros superiores**

Forma, volumen, movimientos, marcha, edema y caracteres. Piel y uñas, dedos y articulaciones. **ARTERIAS:** pulsos arteriales, simetría, frecuencia, amplitud, ritmo. Presión arterial bilateral (oscilometría bilateral). **VENAS:** reflejos tendinosos, tono muscular.

Simétricos movibles, sin deformaciones óseas, tono y masa muscular normal, pulsos presentes, con reflejos presentes.

### **Miembros inferiores**

Forma, volumen, movimientos, marcha, edema y caracteres. Piel y uñas, dedos y articulaciones. **ARTERIAS:** pulsos arteriales, simetría, amplitud, soplos. Presión arterial bilateral, presión a distintos niveles. Oscilometría. **Várices.** Flebitis, úlceras. Micosis. **REFLEJOS:** cremasteriano, rotuliano, aquileano, plantar. Tono muscular.

Simétricos, movibles, sin deformaciones óseas, tono y masa muscular normal, pulso un poco disminuidos, con presencia de cianosis distal, reflejos lentos.

### **Impresión diagnóstica**

Cardiopatía Isquémica, Angina Inestable, HAS controlada, D M II y probable dislipidemia Obesidad.

### **Estudios solicitados**

Cateterismo cardiaco.

### **Principales problemas**

Insuficiencia Coronaria.

14-septiembre-00

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diana Lugo Escobedo

\_\_\_\_\_  
Dra. Bosquet

HIZO LA HISTORIA  
NOMBRE COMPLETO

REVISÓ LA HISTORIA  
NOMBRE COMPLETO