



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACION DE LA
PERFUSION TISULAR A NIVEL MIOCARDICO (IAM)

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MAGDALENA PALACIOS BARREIRO

No. DE CUENTA: 400107761

DIRECTORA DEL TRABAJO
M.C.E. ARACELI JIMENEZ MENDOZA



MÉXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios creador del universo y dueño de mi vida que me permite construir otros mundos mentales posibles.

A mis padres, Catalina Barreiro y Jacinto Palacios. por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera.

A mi hija, la razón de mi vida y quien ha participado conmigo regalándome su tiempo de juegos por permitirme estudiar.

A mi esposo David porque sin su apoyo no hubiera podido lograr complementar este ciclo y por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mi.

A mis hermanos porque siempre me alientan a seguir esforzándome.

Es difícil dar las gracias a todos aquellos que han colaborado en la realización de la tesis, pues la ayuda ha venido de varias partes. Es por esto, que damos gracias por la atención y el apoyo de nuestros amigos, profesores y profesionales que, directa e indirectamente, ayudaron.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I JUSTIFICACIÓN	3
II OBJETIVOS	4
III METODOLOGÍA DE TRABAJO	5
IV MARCO TEÓRICO	
4.1 Modelo Conceptual Para Enfermería	7
4.2 Proceso Atención de Enfermería	8
4.3 Modelo de Virginia Henderson	34
4.4 Alteración de la perfusión tisular a nivel miocárdico (IAM)	38
4.6.1. Intervenciones de Enfermería	
4.5 Aspectos Generales Del Envejecimiento	45
4.2.1. Intervenciones de Enfermería	
4.6 Hipertensión Arterial	49
4.3.1. Intervenciones de Enfermería	
4.7 Diabetes Mellitus	54
4.4.1. Intervenciones de Enfermería	
4.8 Hiperuricemia	57
4.5.1. Intervenciones de Enfermería	
V APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
5.1 Presentación Del Caso Clínico	58
5.2 Valoración de las necesidades del modelo de Virginia Henderson	60
5.3 Diagnósticos de enfermería	67
5.4 Plan de atención de enfermería	69
5.5 Rehabilitación cardíaca	78
5.6 Plan de alta	79
VI EVALUACIÓN DEL PROCESO	80
VII CONCLUSIONES	81
VIII SUGERENCIAS	82
GLOSARIO	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo al miocardio (IAM) es una de las primeras causas de muerte en los países industrializados, la mayoría de los pacientes suele tener uno o más factores de riesgo de enfermedad coronaria, tales como tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, edad avanzada.

La mejora en los resultados de la supervivencia dependerá de una instauración más agresiva de las medidas preventivas, una mejor educación, concientización social y un diagnóstico y tratamiento más rápidos.

El presente trabajo se elaboró con base a un paciente en etapa de senectud gradual donde se plantea la justificación sobre la importancia de un estudio de un paciente con alteración de la perfusión tisular a nivel miocárdico (IAM). Se plantearon los objetivos generales y específicos de una forma real.

Posteriormente en la metodología del trabajo se expone la forma mediante la cual se realizó el Proceso Atención de Enfermería y sus etapas.

Se realizó una investigación documental para la elaboración del Marco teórico, considerando el Modelo conceptual para enfermería de Virginia Henderson, se menciona el Proceso Atención de Enfermería, alteración de la perfusión tisular a nivel del miocardio (IAM), aspectos generales del envejecimiento, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus e hiperuricemia.

Posteriormente la aplicación del Proceso Atención de Enfermería esta integrado por la presentación del caso clínico, que es una presentación detallada, con base en las Necesidades de Virginia Henderson, la cual deduce que para ella el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física todos son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades esta condicionada por los aspectos, biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose con las respuestas de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta a las demás constituye la negación de la totalidad de la persona.

Con base en los Diagnósticos de la NANDA, se jerarquizaron las necesidades y se expone como se realizó la ejecución del plan, las intervenciones de enfermería y la evaluación de la misma, se hace mención de una rehabilitación cardíaca y un plan de alta.

La evaluación nos permite determinar el desarrollo del plan hasta su término.

En las conclusiones se menciona la importancia del Proceso Atención de Enfermería y su utilidad para la atención individualizada. En las sugerencias se habla de la utilización de este método de trabajo en los servicios de salud.

Se presenta la bibliografía que es el acervo documental del trabajo, prosiguiendo con el glosario donde se presenta la terminología utilizada en el proceso; en los anexos se integraron los formatos e instrumentos empleados durante el trabajo de investigación.

I. JUSTIFICACIÓN

Desde la Revolución Industrial ha habido cambios importantes en la mortalidad y morbilidad de las poblaciones de los países desarrollados, con el resultado de un importante aumento de la esperanza de vida al nacer.

Paralelamente a la baja de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades infecciosas, se han desarrollado nuevas patologías dominantes llamadas degenerativas, ligadas a los hábitos alimenticios, a las condiciones de vida y de trabajo y a la contaminación del medio ambiente.

Las estadísticas de las que se dispone sobre las causas de defunción en México como en la mayoría de los países industrializados muestran encabezando la lista a las enfermedades cardiovasculares (el infarto al miocardio y los accidentes vasculares).

Las mismas estadísticas las ubican como un grave problema de salud pública, comprometiendo al equipo de salud a dar mayor énfasis en el primer nivel de atención y en el manejo de instrumentos que apoyen esta labor.

Por lo tanto, la herramienta de la enfermera que construye una estructura para cubrir las necesidades individualizadas del paciente, la familia y la comunidad es el Proceso Atención de Enfermería, ya que permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática, con base en el modelo de virginia Henderson.

II OBJETIVOS

GENERAL.

Proporcionar cuidados de enfermería individualizados y sistematizados a través del Proceso Atención de Enfermería a un paciente con alteración de la perfusión tisular a nivel del miocardio.

ESPECÍFICOS.

- Proporcionar atención de enfermería constante durante la etapa crítica del infarto.
- Brindar atención de enfermería en las actividades de la persona en etapa de senectud gradual.
- Evitar al máximo las arritmias cardíacas en el paciente.
- Ayudar a reestablecer la confianza y la autoestima del paciente para que se integre a su núcleo familiar y social.
- Proporcionar información y recursos de la rehabilitación cardíaca para reintegrar al paciente a su vida laboral.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se realizó un proceso de atención de enfermería a una persona del sexo masculino en la etapa de senectud gradual considerando las cinco etapas fundamentales del Proceso de Atención de Enfermería, como son la valoración, planeación, diagnóstico de enfermería, ejecución y evaluación.

Se inició la recolección de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes.

Esta se llevó a cabo mediante la observación que consiste en la utilización de los sentidos para la obtención de la información tanto de la persona, como de cualquier otra fuente significativa.

La exploración física, en la etapa en la que se utilizaron cuatro técnicas que son: inspección, palpación, percusión y auscultación, al terminar esta, se organizó la información iniciando con datos de identificación, datos culturales y socioeconómicos, historia de salud, valoración física y patrones funcionales de salud.

Posteriormente se realizó un diagnóstico que es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales o potenciales.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Los diagnósticos se realizaron mediante la identificación del problema, los diagnósticos utilizados en este proceso serán los autorizados por la NANDA con base en las necesidades que maneja el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Se realizó la planificación de los cuidados de enfermería ya que dicho plan está estructurado por el diagnóstico, objetivo, intervenciones de enfermería y observaciones.

Se llevaron a cabo los cuidados de enfermería, que llevaron al paciente a reducir o eliminar los problemas detectados.

La ejecución del plan se realizó con el paciente en el HGZ # 194 en el servicio de UCI durante 5 días.

La enfermera tiene la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia. En esta fase se realizaron todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la solución de problemas y las necesidades asistenciales.

Con base en la evaluación de las acciones de enfermería se plantea rehabilitación cardíaca y plan de alta.

IV MARCO TEÓRICO

4.1 MODELO CONCEPTUAL PARA ENFERMERÍA

El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencia, docente, administrativa e investigadora.

Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

1. -Teóricos
2. -Empíricos

Los modelos empíricos son una réplica de la realidad.

Los modelos teóricos son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son:

- ❖ El concepto de hombre.
- ❖ El concepto de salud.
- ❖ El concepto de entorno.
- ❖ El concepto de rol profesional o enfermería.

Destacadas enfermeras, así como organismos profesionales de enfermería, sitúan las funciones de enfermería en tres áreas: independientes, interdependientes y dependientes.

1. -Independientes

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

2. -Interdependientes

Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

3. -Dependientes

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas.

De igual manera, se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera, para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación."¹

¹ GARCÍA, M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson..... p. 9

4.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración:

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

0

Ejecución

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También :

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

EL DESARROLLO DEL PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- ❖ Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- ❖ Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- ❖ Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- ❖ Participación en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejora la calidad de la atención.
- ❖ Para la enfermera:
 - ❖ Se convierte en experta.
 - ❖ Satisfacción en el trabajo.
 - ❖ Crecimiento profesional.

Las características:

- ❖ Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- ❖ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

- ❖ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ❖ Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ❖ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ❖ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- ❖ Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- ❖ Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- ❖ Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- ❖ Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- ❖ Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- ❖ Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen

inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- ❖ Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- ❖ Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- ❖ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- ❖ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ❖ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ❖ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- ❖ Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)
- ❖ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- ❖ Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- ❖ Capacidad creadora.
- ❖ Sentido común.
- ❖ Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- ❖ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- ❖ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ❖ Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- ❖ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

1. **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
2. **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
3. **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- ❖ **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- ❖ **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- ❖ **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- ❖ El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ❖ La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ❖ Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- ❖ Expresiones faciales,
- ❖ La forma de estar y la posición corporal,
- ❖ Los gestos,
- ❖ El contacto físico,
- ❖ La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía

Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez

Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto

Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción

Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ❖ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- ❖ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- ❖ Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- ❖ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es, debemos asegurarnos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontandolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- ❖ Datos de identificación.
- ❖ Datos culturales y socioeconómicos.

- ❖ Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- ❖ Valoración física
- ❖ Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- ❖ Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- ❖ Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad. Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- ❖ Prueba de carácter legal
- ❖ Permite la investigación en enfermería
- ❖ Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal», «regular», etc.
- D. Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- E. La anotación debe ser clara y concisa.
- F. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1. - Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas

Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- ❖ Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- ❖ Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- ❖ Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- ❖ Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- ❖ Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

- ❖ Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
- ❖ Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- ❖ identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- ❖ Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- ❖ Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- ❖ Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional

- ❖ Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- ❖ Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- ❖ Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- ❖ Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- ❖ Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- ❖ Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- ❖ Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- ❖ Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- ❖ Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- ❖ Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- ❖ F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- ❖ F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- ❖ F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- ❖ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- ❖ Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ❖ Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ❖ De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- ❖ De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ❖ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ❖ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- ❖ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- ❖ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ❖ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ❖ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ❖ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- ❖ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ❖ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- ❖ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- ❖ Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- ❖ Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
 - Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.
 - Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
 - Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- ❖ Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.
- ❖ Documentación y registro

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- ❖ Dirigir los cuidados.
- ❖ Identificar los resultados esperados.
- ❖ Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- ❖ Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- ❖ Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- ❖ Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- ❖ Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- ❖ Elaborar objetivos cortos.
- ❖ Hacer específicos los objetivos.
- ❖ Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- ❖ Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ❖ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ❖ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ❖ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- ❖ **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- ❖ **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- ❖ **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- ❖ Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- ❖ Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- ❖ Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- ❖ **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- ❖ **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- ❖ **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- ❖ Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- ❖ Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- ❖ Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- ❖ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ❖ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ❖ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ❖ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ❖ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ❖ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- ❖ Promoción de la salud.
- ❖ Prevenir las enfermedades,
- ❖ Restablecer la salud
- ❖ Rehabilitación.
- ❖ Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- ❖ Definir el problema (diagnóstico).
- ❖ Identificar las acciones alternativas posibles.
- ❖ Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- ❖ Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- ❖ Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- ❖ Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- ❖ Consulta y remisión a otros profesionales.
- ❖ Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- ❖ Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) es:

- ❖ Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- ❖ Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y

- ❖ Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- ❖ La fecha.
- ❖ El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- ❖ Especificación de quién (sujeto).
- ❖ Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- ❖ Las modificaciones a un tratamiento estándar
- ❖ La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- ❖ Los cuidados individualizados,
- ❖ La continuidad de los cuidados,
- ❖ La comunicación, y
- ❖ La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- ❖ Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- ❖ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- ❖ Ordenes de enfermería (actividades),
- ❖ Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- ❖ Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- ❖ Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ❖ Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre,

M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- ❖ Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- ❖ Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- ❖ Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- ❖ Evitar la repetición de los datos.
- ❖ Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- ❖ Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- ❖ Eliminación del papeleo.
- ❖ Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- ❖ Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

EJECUCIÓN :

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ❖ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ❖ Realizar las actividades de enfermería.
- ❖ Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- ❖ Dar los informes verbales de enfermería,
- ❖ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. - Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3 . - Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades.

- Observación directa durante la realización de la actividad

5. - Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6. - Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- ❖ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ❖ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- ❖ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ❖ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ❖ Con relación a los objetivos marcados.
- ❖ Como resultado de la intervención enfermera
- ❖ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. ²

4.3 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

“Es una enfermera norteamericana. Nació en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería de la Armada en Washington D. C. Graduándose tres años más tarde.

Inicio su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regreso a la universidad, donde obtuvo el grado de Maestra en

² ENEO UNAM. El proceso de enfermería . pp 67-93

Artes con especialización en Docencia de Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y practica clínica, por el periodo de 1930-1948.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harmer, que se publicó en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica y Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El Modelo de Enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de La Enfermería Humanística, por que considera a la Profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.

SUPUESTOS PRINCIPALES DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar y comodidad, del cual nos hacemos más concientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

“Cada individuo es una totalidad compleja, que requiere satisfacer necesidades fundamentales, la jerarquía de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer termino estas, para poder acceder a las demás áreas”.

VALORES

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su practica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es capaz de ofrecerlo como la enfermera. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios”.

CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Esta es la contribución de la enfermera a la conservación o la recuperación de la salud, asistencia en lo que el paciente o su familia, no pueden hacer, pero hacerlo de tal manera que el paciente y su familia sean independientes con la mayor brevedad.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

14 NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Moverse y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar.
- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades miedos y opiniones.
- Ejercer culto a Dios de acorde a la religión
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

PERSONA

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.

SALUD

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

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

FUERZA

La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

VOLUNTAD

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

CONOCIMIENTO

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

ENTORNO

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.

“La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.”³

³ IBIDEM p. 11-14

4.4 ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR A NIVEL DEL MIOCARDIO (IAM)

Es posible que en algún momento la enfermera clínica deba dar asistencia a un paciente con IAM, teniendo en cuenta que en nuestro país la enfermedad coronaria es la segunda causa de muerte. En la fase aguda el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo o en una unidad de cuidado coronario para mantenerlo bajo monitorización continua en un periodo variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

La intervención de la enfermera es importante, ya que debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones.

La intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería como son: observación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación.⁴

"Se denomina infarto del miocardio a la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón que es consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio".

La causa de la oclusión coronaria total es debida a la trombosis consecutiva a la fractura de una placa de ateroma intracoronaria independiente del grado de obstrucción que causaba antes de la ruptura.

La isquemia aguda y total o casi total comienza a producir áreas de necrosis en el subendocardio dentro de la primera hora posterior a la falta de sangre en la región. Después de las primeras tres horas posteriores a la oclusión coronaria comienzan a aparecer extensiones de la necrosis hacia el tercio medio de la pared en la región isquémica. El infarto subendocárdico es consecuencia de una oclusión incompleta de la arteria coronaria.

El infarto del miocardio afecta principalmente al ventrículo izquierdo, pero sin embargo, entre 25 y 40% de los infartos que afectan la cara diafragmática comprometen al ventrículo derecho.

⁴ ARIZA O. *Atención de enfermería al paciente con infarto...* p. 35

NECESIDADES DESCUBIERTAS DURANTE UN EVENTO DE IAM

El síntoma característico es el dolor retroesternal (85% de los casos), opresivo, intenso, con sensación de muerte inminente, con irradiación al cuello, hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo. Con frecuencia se irradia al dorso.

Habitualmente dura más de 30 min. , puede prolongarse por varias horas. Aparece en reposo o durante el esfuerzo y no se alivia ni con el reposo ni con los vasodilatadores. Generalmente se acompaña con reacción adrenérgica o vagal.

La reacción adrenérgica se debe a la liberación de catecolaminas en respuesta a la agresión aguda y sus manifestaciones son: taquicardia sinusal, aumento del gasto cardiaco y de las resistencias periféricas por vasoconstricción que elevan la presión arterial. En la piel se produce palidez, piloerección y diaforesis fría.

La reacción vagal se debe a la liberación de acetilcolina y ocurre principalmente en el infarto de la cara diafragmática por fenómeno reflejo (reflejo de Bezold-Jarisch). Se manifiesta por: bradicardia, bajo gasto cardiaco, vasodilatación periférica con hipotensión arterial, salivación excesiva, náuseas y frecuentemente broncoespasmo.

El 15% de los casos de infarto miocárdico ocurre sin que el paciente sufra dolor, lo que es más frecuente en diabéticos o ancianos y en estos casos el infarto puede manifestarse por signos de bajo gasto cardiaco (choque, síncope, hipotensión postural), por insuficiencia cardiaca (edema pulmonar) o por muerte súbita.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente con infarto agudo del miocardio suele estar inquieto, angustiado, aprensivo y se queja de intenso dolor retroesternal. Puede haber palidez, rasgos afilados, ligera cianosis ungueal. Frecuentemente existe diaforesis profusa y fría o bien náusea, cialorrea y broncoespasmo. La presión arterial suele ser normal o baja

En la etapa aguda del infarto puede auscultarse frote pericárdico. Durante la evolución del infarto puede aparecer soplo sistólico intenso mesocárdico, lo que sugiere ruptura del septum interventricular. Asimismo la localización apical del soplo sistólico puede deberse a disfunción o ruptura de un músculo papilar con producción de insuficiencia mitral aguda.

La presencia de taquipnea puede sugerir la existencia de insuficiencia cardiaca. La auscultación pulmonar puede mostrar crepitantes si existe edema pulmonar.⁵

⁵ PAC Infarto del miocardio p. 48-49

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE ECG.

“Electrocardiograma: Permite hacer el diagnóstico de infarto agudo al miocardio en la inmensa mayoría de los casos. Signo de necrosis miocárdica es la aparición de ondas Q anormales. Durante las primeras horas de evolución del infarto, el hallazgo más importante es la elevación del segmento ST-T (lesión subepicárdica) en la fase aguda de la evolución de un infarto en los días siguientes aparecen las ondas Q de necrosis, disminuye la lesión subepicárdica y aparece isquemia subepicárdica (ondas Tm negativas y simétricas) en el curso de las primeras semanas.

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

El dato fundamental es la elevación en la concentración de enzimas plasmáticas y las más frecuentemente estudiadas son: la creatinfosfoquinasa (CPK), la transaminasa glutámico oxaloacética (TGO) y la deshidrogenasa láctica (DHL).

La enzima que se eleva más tempranamente es la CPK, lo hace en las primeras 8 horas alcanzando su máximo a las 24 horas y regresando a cifras normales en 2 o 3 días.

La TGO se eleva a las 8 o 12 horas alcanzando su máxima las 24 o 48 horas y se normaliza entre 3 y 5 días.

COMPLICACIONES

Ruptura cardíaca de la pared libre: ocurre hasta en un 10 % de los pacientes que fallecieron en la evolución de un infarto. Es más frecuente en mujeres y pacientes de edad avanzada e hipertensos. Puede presentarse en ambos ventrículos, se asocia con infarto transmural y el cuadro se caracteriza por hemopericardio, taponamiento, disociación electromecánica y muerte inmediata.

Ruptura del tabique intraventricular: Ocurre en infarto transmural anteroseptal. Aparece en forma súbita un soplo olosistólico áspero e intenso paraesternal izquierdo y radiado en barra que se acompaña de insuficiencia cardíaca progresiva.

Aneurisma ventricular: Se presenta en 12 a 15 % de paciente que sobrevive a infarto de miocardio. Generalmente afecta el ventrículo izquierdo en el Apex y la pared anterior.

Choque cardiogénico: Constituye la más grave y comúnmente fatal complicación del infarto agudo del miocardio. Aparece entre 5 a 15% de los casos, y clínicamente se manifiesta por hipotensión, piel fría, sudorosa, palidez, obnubilación mental y oliguria (mortalidad mayor de 80%).

Pericarditis: Se puede producir pericarditis local en la zona infartada en 50% de los casos usualmente aparece en infarto transmural. Esta complicación ocurre generalmente entre el 2° y 4° día del infarto.

Síndrome de Dressler: Ocurre a las 2 a 10 semanas del infarto y se caracteriza por presencia de hipertermia en ocasiones eosinofilia y dolor torácico en pacientes que han sufrido IAM.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El objetivo principal de las intervenciones de enfermería en el IAM es prevenir la muerte del enfermo, evitar la necrosis del miocardio isquémico en riesgo y la extensión del mismo, impedir la aparición de complicación o dar tratamiento a ellas si ya se han presentado.

1. Llevar al paciente aun centro hospitalario con la mayor brevedad posible.
2. Canalizar de inmediato una vena.
3. Calmar el dolor.
4. Limitar el área de infarto (trombolisis coronaria o angioplastia primaria)
5. Prevención de complicaciones.
6. Tratamiento de complicaciones.
7. Rehabilitación de complicaciones.

TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO

Esta bien establecido que la mayoría de las muertes por infarto del miocardio ocurren dentro de la primera hora del inicio y que la causa habitual es la fibrilación ventricular. De ahí la importancia del transporte inmediato del paciente a un centro hospitalario, preferentemente en una ambulancia equipada con monitoreo electrocardiográfico y desfibrilador, oxígeno y drogas cardiovasculares principalmente para el tratamiento y prevención de arritmias

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1.- Administración de aspirina. Sea que el paciente se someta a trombolisis o angioplastia deberá recibir aspirina ya que el efecto antiplaquetario es fundamental para evitar la reobstrucción coronaria, especialmente en pacientes sometidos a trobólisis en los que el mismo efecto farmacológico estimula significativamente la agregación plaquetaria.

2.- Heparina. Cuando termina la administración del trombolítico se administra heparina por vía IV en infusión continua en un intento de mantener el tiempo de coagulación al doble de los valores normales. La administración de heparina deberá prolongarse por 5 a 7 días dependiendo de la evolución del paciente.

3.- Nitroglicerina . Terminada la trombolisis o la angioplastia primaria conviene administrar nitroglicerina por vía IV, ya que disminuye la actividad vascular, evita el espasmo coronario, reduce la aparición de angina y aún cuando no se ha demostrado efectos sobre la mortalidad, mejora la evolución clínica.

4.- Betabloqueadores. La administración de estos fármacos esta indicada especialmente en presencia de IAM cuando hay reacción adrenérgica, en ausencia de insuficiencia cardiaca. En estos casos el fármaco reduce la frecuencia cardiaca, la presión arterial, por lo tanto la isquemia miocárdica. Estos efectos mejoran o evitan la angina de pecho, hacen más rápida y completa la relajación ventricular con lo que disminuye la presión telediastólica ventricular y con ello la hipertensión venocapilar y la disnea, evitan la extensión del infarto del miocardio. Puede utilizarse propanolol, metoprolol o esmolol.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

"La única forma eficaz para prevenir las complicaciones del infarto del miocardio es la de reperfundir la arteria coronaria obstruida, evitar que el infarto se forme transmural, evitar la extensión del infarto y la isquemia residual."⁶

⁶ Op Cit p.50

GUÍA DE ACTIVIDADES

- 1.- "Seguir las instrucciones del médico sobre la reanudación de las actividades
- 2.- Empezar paulatinamente y en forma mesurada las actividades durante las primeras semanas.
- 3.- Suspender las actividades en caso de fatiga extrema, falta de aire, mareos o dolor torácico.
- 4.- Investigar con el paciente las actividades impuestas por el entorno laboral y las modificaciones que quizá sea necesario llevar a cabo.
- 5.- Comentar la reanudación de la actividad sexual.
 - a) Suele ser posible iniciar nuevamente las actividades sexuales de 3 a 4 semanas después de un infarto del miocardio.
 - b) Explicar que la energía que se gasta durante la actividad sexual equivale a subir 2 tramos de escalera y que rara vez hay problemas cardíacos durante el coito.
 - c) La depresión o la ansiedad después de un infarto suelen afectar la libido. Informar al médico si persisten los problemas.
 - d) Recomendaciones
 1. Adoptar las posiciones más cómodas.
 2. Tomas nitroglicerina antes del coito.
 3. Descansar antes del coito.
 4. Evitar el coito después de una comida abundante, en caso de fatiga extrema, presión por el tiempo o en temperaturas extremas.
 - e) Advertir que el sexo con un compañero desconocido puede ser mas estresante.
 - f) Informar el médico si se presentan síntomas como fatiga, dolor torácico o disnea después del coito.

TRATAMIENTO DEL DOLOR TORÁCICO

1. Explicar que la persona esta especialmente pendiente de cualquier molestia y le preocupa que sea el corazón
2. Ayudar al paciente a diferenciar el dolor torácico por isquemia del miocardio de otro dolor.
3. Instruir al enfermo para que identifique y anticipe los factores que precipitan el dolor.
4. A la mayoría de las personas, el médico les indica que tomen nitroglicerina en caso de molestia torácica. Comenzar las instrucciones siguientes:
 - a) Colocar la tableta de nitroglicerina bajo la lengua y dejarla disolver. No deglutirla ni ingerir líquidos en tanto se disuelve.
 - b) La tableta debe causar una sensación de ardor, de lo contrario, es posible que el medicamento ya no sea efectivo.
 - c) Seguir las instrucciones del médico sobre el número de tabletas que deben tomarse. Normalmente se recomienda una tableta cada 3 a 5 min. Si no se alivia en las molestias después de tomar 3 tabletas en un lapso de 15 min., llamar una ambulancia.
- 5.- Revisar con el paciente los signos comunes de infarto:
 - a) Presión incomoda, o presión o dolor en el torax durante mas de unos cuantos minutos que no se alivia con nitroglicerina.
 - b) Dolor que irradia a hombro, cuello, mandíbula o brazos.
 - c) Síntomas concurrentes de mareo, sudación, nauseas y disnea.
- 6.- La negación es una respuesta psicológica común.
- 7.- La atención inmediata puede minimizar los daños y salvar vidas."⁷

⁷ LUCKMANN, J. Op Cit p. 1031

4.5 ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

"Significa el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias.

El envejecimiento no solo tiene consecuencias biológicas, sino también médicas, psicológicas y socioeconómicas.

EDADES DE INTERÉS GERIÁTRICO.

En el estudio de la geriatría y la gerontología, necesita establecer una definición de anciano, y en general, de las edades que interesan a estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta.

1.-Edad intermedia: abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representa una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo de medidas preventivas.

2.-Senectud gradual: Es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, requieren diagnósticos y tratamientos oportunos.

3.-Senilidad o vejez declarada: Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.⁸

ENVEJECIMIENTO DEL ORGANISMO

"Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional.

Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequeidad."⁹

⁸ DE NICOLA P, Geriatria p. 2

EL ANCIANO SANO

“Por lo que se comento acerca del envejecimiento del organismo, es obvio que también en ancianos sanos se presentan numerosas alteraciones morfológicas y funcionales en los órganos y tejidos. No se trata de problemas patológicos en un sentido estricto, pero por su fisiología ya no es normal. Son alteraciones en el límite entre lo normal y lo patológico cuyo grado varia en los distintos órganos y tejidos, que aparecen en diferentes épocas, es decir, con una cronología variable de un individuo a otro durante el envejecimiento.

En ancianos hay una adaptación gradual y progresiva de la capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento.

IMPORTANCIA DE LA EDAD CRITICA

La edad intermedia también suele llamarse edad crítica, porque en este periodo se manifiestan los primeros signos del envejecimiento en ambos sexos, aparte del síndrome que caracteriza a la menopausia en la mujer.

Estas alteraciones se encuentran en el límite entre lo normal y lo patológico, todavía no aparecen como enfermedades clínicas pero siempre son importantes para predecir su posible evolución; por ejemplo, aterosclerosis, diabetes, gota, trombosis, insuficiencia cardíaca o respiratoria.”¹⁰

OBJETIVOS DE LA ENFERMERA GERIÁTRICA

“Proporcionar cuidados de enfermería si los cambios son lentos y a la postre desmejorando, cuando la medición de los cambios es difícil, y cuando la muerte es inevitable y previsible, requiere sabiduría especial, amar el ejercicio profesional y vocación de trabajo. Estas enfermeras necesitan estar conscientes de la energía que pierden y de la necesidad de conservar una visión vital y fresca y con experiencia basada en conocimientos actuales.

Las enfermeras tienen que estar a la avanzada de los cuidados de la salud en este campo en que la enfermería es un componente tan importante.”¹¹

⁹ IBIDEM p. 3

¹⁰ IBIDEM p. 14-16

¹¹ CARNEVALLI, D. Tratado de Enfermería Geriátrica p. 709

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DOMICILIO

“Además de la asistencia hospitalaria, en residencias y casas de estancia, es decir institucionalizada o en asilos, existe la abierta que es la forma más moderna y actual de asistencia a los ancianos. Es más económica y agradable para los ancianos , que permanecen en su hogar con su familia.

La asistencia abierta comprende la domiciliaria y la intermedia, en forma de centros y hospitales diurnos. Se ha difundido en los últimos años por los crecientes costos en asilos y para que los ancianos permanezcan en el ambiente familiar, en su hogar, pero recibiendo toda la asistencia necesaria.

La asistencia domiciliaria no solo comprende servicios médicos y de enfermería, con medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas, sino también en aspectos de rehabilitación, asistencia socioeconómica y psicológica.

La enfermera como miembro del equipo de salud, contribuye a una adaptación física psicológica y social a través del acercamiento científico a cada uno de los pasos del proceso de enfermería.”¹²

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO HOSPITALIZADO CON ENFERMEDAD CRÓNICA

“La persona que padece una enfermedad crónica es única en la complejidad y en la duración de sus cambios en las demandas de adaptación. Durante un periodo de tiempo, cada dimensión, de adaptación de la persona con una enfermedad crónica esta sometida a un obstáculo de situaciones negativas de tensión, estos sucesos o situaciones percibidas como dañinas o amenazantes que inducen a una respuesta emocional y a un intento de adaptación.

¹² IBIDEM p. 23

En una persona que padece una enfermedad crónica las alteraciones suceden como consecuencia de la perturbación de uno o más sistemas.

Tal desorganización de varios sistemas y sus subsiguientes cuidados de salud inician un modelo de alteración en las dimensiones de adaptación que tienen como consecuencia un cambio en las formas de vida, una interrupción en el trabajo, una amenaza en la seguridad de la seguridad económica y la generación de muchas ansiedades para el presente y el futuro.

La hospitalización para un paciente con una enfermedad crónica crea sus propias necesidades especiales de adaptación.

El papel de la enfermera de facilitar los cuidados de salud del adulto ingresado con una enfermedad crónica, comienza con la valoración del estado del paciente dentro de cada una de las cinco dimensiones de la adaptación. El nivel de posibilidades pasado y actual que el acceso a los recursos externos e internos constituyen los datos base a partir de los cuales se pueden formular unos diagnósticos." ¹³

¹³ CARLSON, J. Diagnósticos de Enfermería p. 244, 245

4.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión es un principal factor de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares que, si no se trata, produce como resultado morbilidad y mortalidad graves por enfermedad cerebrovascular, cardíaca, vascular y renal. El potencial de muerte e incapacidad es, sumamente elevado, y representa un grave problema de salud pública.¹⁴

Por tanto es importante la intervención de enfermería en la prevención y control de las complicaciones.

"El abordaje de la hipertensión arterial es biológico ya que es un factor de riesgo para volver a presentar IAM.

DEFINICIÓN

Es una enfermedad de regulación en la que se trastornan los mecanismos que controlan la presión arterial dentro de límites normales. Los principales mecanismos son el SNC, el sistema presor renal y el volumen del líquido extracelular. No se conoce la causa por la que fallan estos mecanismos. La explicación básica es que la presión arterial se eleva cuando aumentan el gasto cardíaco y la resistencia periférica.

Hipertensión esencial se refiere a aquellos pacientes con hipertensión arterial de causa indeterminada.

FISIOLOGÍA NORMAL

Presión arterial normal (normotensión) es la presión de la sangre dentro del sistema arterial general. Varía de 100/60 a 140/90.

Presión sistólica es la presión más alta de la sangre contra la pared de los vasos después de la contracción ventricular.

Presión diastólica es la presión más baja de la sangre contra la pared del vaso después del cierre de la válvula aórtica.

Presión arterial media es la presión promedio que intenta empujar la sangre por el sistema circulatorio.

¹⁴ MICHAEL H. *Diagnostico y tratamiento en cardiología* p 221

FACTORES QUE MODIFICAN LA PRESIÓN ARTERIAL

- Ejercicio
- Reacciones emocionales
- El sueño
- La digestión
- La hora del día

ETIOLOGÍA

No se conoce la causa real pero se asocia a:

- Hiperactividad de los nervios simpáticos vasoconstrictores.
- Gasto cardíaco aumentado seguido de constricción arteriolar.
- Las prostaglandinas afectan los mecanismos reguladores que incluyen el sistema renina-angiotensina, la excreción renal de sodio y agua, y el tono de los músculos lisos vasculares.
- Tendencia familiar.
- El aumento de la presión arterial afecta adversamente al cerebro, el corazón y los riñones.
 - Corazón: infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Riñón: nefrosclerosis, insuficiencia renal.
 - Cerebro: cefaleas, encefalopatía, hemorragia cerebral, accidentes cerebrovasculares.
 - Ojo: edema de la papila o tumefacción de la papila óptica.

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Sobrepeso
- Hábitos alimenticios
- Antecedentes de tabaquismo
- Estrés
- Factores genéticos.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

- Hipertensión primaria o esencial es sin causa aparente.
- Hipertensión secundaria es consecutiva a otras alteraciones, como patología renal, coartación de la aorta, trastornos endocrinos y otros.¹⁵

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería se realizan con bases individuales, dependiendo de la presión arterial, la extensión del daño vascular y si la hipertensión es primaria o secundaria.

Informar al paciente la importancia de evitar la ingestión excesiva de grasas y sal en la dieta.

Iniciar un programa de reducción de peso si la obesidad es un problema,

Ayudar al paciente a comprender la importancia de dejar de fumar.

Indicarle que debe aprender a descansar y a participar en un programa diario de ejercicios que corresponda a sus necesidades particulares.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Etapa 1:

- Tiacidas (diuréticos)

Etapa 2:

- Prazocin

Etapa 3:

- Hidralazina

Los fármacos se van evaluando de acuerdo a la respuesta de cada paciente.¹⁶

¹⁵ BRUNNER, L. Manual de la Enfermera p. 434-437

¹⁶ IBIDEM p. 442-443

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Generalidades

- 1.-"Describir el proceso patológico y explicar que en un principio, la hipertensión produce pocos síntomas, hasta que los órganos blancos (corazón, pulmones, riñones, y cerebro) sufren lesiones importantes.
- 2.-Comentar las modificaciones de la dieta; incluir restricciones de sodio, calorías, grasas saturadas y colesterol.
- 3.-Señalar la importancia de comenzar un programa de ejercicio moderado y no interrumpirlo.
- 4.-Describir la ministración apropiada de los medicamentos antihipertensores prescritos, indicar el nombre de cada uno y explicar la necesidad de utilizarlo. Así mismo describir dosis, frecuencia, posibles efectos secundarios y medidas necesarias para minimizar los efectos secundarios.
- 5.- Ayudar a la persona y sus familiares a planear la forma de reducir el estrés y la tensión en casa y el trabajo.
- 6.-Demostrar la técnica apropiada para medir la presión arterial y vigilarla en casa.
- 7.-Insistir en la importancia del seguimiento médico durante toda la vida para controlar la hipertensión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CASA.

- 1.-Indicar a la persona que se administra personalmente los medicamentos que se debe hacer lo siguiente:
 - a. Nunca ajustar la dosis o suspender un fármaco sin consultarlo con el médico porque podría presentarse insuficiencia cardiaca congestiva o rechazo.
 - b. Siempre tomar el medicamento a tiempo; nunca omitir dosis. Incorporar la administración del fármaco a la rutina diaria.
 - c. Informar siempre al medico sobre efectos indeseables.
 - d. No dejar de tomar el medicamento, incluso si se siente mejor.

SATISFACER LA NECESIDAD DE EJERCICIO

1.-Señalar los siguientes beneficios físicos y psicológicos del ejercicio:

- a. El ejercicio beneficia la salud cardiovascular y es un auxiliar para disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- b. Al quemar calorías, el ejercicio ayuda a reducir o evitar el exceso de peso corporal y el porcentaje excesivo de grasa en el cuerpo.
- c. Los programas de ejercicio pueden aumentar la sensación de bienestar de la persona, proporcionar un escape para las tensiones emocionales.

2.-Proporcionar a la persona las instrucciones siguientes para iniciar un programa de ejercicio:

- a. Supervisión médica estrecha.
- b. Iniciar el programa de ejercicios de manera gradual.
- c. No olvidar que los ejercicios más adecuados para estimular la aptitud cardiovascular y respiratoria son caminata, salto, natación y ciclismo.
- d. Evitar levantar objetos pesados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CASA

1.- Informar al paciente las ventajas de vigilar la presión arterial en casa.

- a. La persona que vigila y registra su presión arterial en la casa tiende a participar más en la atención de su enfermedad.
- b. La vigilancia de la presión arterial en casa favorece la adaptabilidad para intervenir y en consecuencia reduce el riesgo de complicaciones.
- c. La vigilancia revela tendencias de la presión arterial del paciente y por consiguiente puede representar el estado del enfermo con mayor precisión que los registros que se obtienen en un consultorio médico.

2.-Enseñar al paciente como obtener el registro de la presión arterial en casa.

- a. Demostrar como:
 - 1) Envolver el manguito en torno al brazo.
 - 2) Colocar el brazo a la altura del corazón.
 - 3) Escuchar los ruidos sistólicos y diastólicos.
 - 4) Anotar las presiones.
- b. Pedir al paciente que demuestre lo aprendido.
- c. Si es económicamente factible pedirle que compre un equipo para tomar la presión arterial con lectores digitales, que se coloca en torno al brazo, se enciende y se registra la cifra que indica.¹⁷

¹⁷ LUCKMANN, J. Cuidados de Enfermería Saunders p. 1009

4.7 DIABETES MELLITUS

La diabetes Mellitus es un mal relativamente frecuente en nuestros días, sin embargo con el avance de la medicina y de las diferentes técnicas que la complementan, puede realizarse un diagnóstico precoz y la intervención de enfermería retrasa o incluso evita la aparición de los efectos colaterales de la diabetes.

Pudiendo tener el individuo un desarrollo psíquico y físico completo.

Una vez detectada la enfermedad, las intervenciones de enfermería van enfocadas a evitar la aparición de complicaciones como nefropatía, retinopatía y arterosclerosis. Estas intervenciones se basan en seguir estrictamente las recomendaciones en lo referente a dieta, tratamiento farmacológico y ejercicio.

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

“La diabetes es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina”.

Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa, es absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida.

Los mecanismos patógenos que producen diabetes van desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta hasta en situaciones en que se observa resistencia a la insulina. Aunque la hiperglicemia es el marcador bioquímico de la diabetes, el síndrome se caracteriza por profundas alteraciones en el metabolismo intermedio que afecta proteínas, lípidos y carbohidratos.

La hiperglucemia es la causa de los síntomas característicos de la diabetes mal controlada: poliuria, polidipsia, y pérdida de peso; en ocasiones también hay polifagia y visión borrosa. Las complicaciones crónicas de la enfermedad son consecuencia del metabolismo anormal tanto de la glucosa como de las proteínas y los lípidos. A largo plazo la hiperglucemia resulta en daños de los nervios, y de los vasos pequeños tanto de la retina como de los glomérulos renales. A la larga, el mal control de la diabetes también resulta en un proceso aterógeno acelerado que puede afectar a las arterias coronarias, cerebrales y periféricas; de estas últimas se afectan sobre todo las de las extremidades inferiores.”

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA DIABETES MELLITUS

-Diabetes tipo 1

- Autoinmunitaria
- Idiopática

-Diabetes tipo 2

Otros tipos específicos

- Defectos genéticos de la función de la célula beta.
- Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas exocrino.
- Enfermedades endocrinas.
- Inducida por medicamentos o sustancias químicas.
- Infecciones.
- -Diabetes Mellitus gestacional.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO.

Hay tres formas de establecer el diagnóstico de diabetes y en cada una de ellas este debe confirmarse en un día subsecuente.

1.-Síntomas característicos de diabetes (poliuria, polidipsia, perdida de peso con una concentración plasmática de glucosa igual o mayor de 200mg/dl) en una muestra aleatoria de sangre.

2.-Concentración plasmática de glucosa en ayunas igual o mayor de 126mg/dl.

3.-Glucemia en ayunas menor del valor diagnostico, pero un valor de glucosa plasmática igual o mayor de 200mg/dl, 2 hrs. después de administrar por vía oral una carga de 75 g de glucosa.¹⁸

¹⁸ LERMAN, I. Atención Integral de Paciente Diabético p. 7-9, 11

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Enseñar al paciente a llevar una vida prolongada, cómoda y útil conservando la glucemia tan cerca de lo normal como sea posible.

"El plan de atención debe incluir cuando menos: dieta, medicamentos, ejercicio, instrucción del paciente, autovigilancia de la glucemia capilar y revisión periódica por el medico".

La dieta es la piedra angular del tratamiento. El objetivo es obtener y mantener el peso ideal del paciente proporcionando el aporte calórico apropiado de acuerdo con la edad , diferencia del peso actual con el peso ideal y actividad física.

El ejercicio es recomendable ya que incrementa la sensibilidad a la insulina y por tanto mejora el control de la glucemia y el perfil de los lípidos.

Los medicamentos deben seleccionarse en función del tipo de diabetes, función renal, presencia de complicaciones y actividad física del paciente."¹⁹

¹⁹ IBIDEM p. 47

4.8 HIPERURICEMIA

En la actualidad la hiperuricemia es un padecimiento común e importante en la salud pública, ya que de acuerdo a los estilos de vida son determinantes para el aumento en su incidencia, ya que es un trastorno producto de un inadecuado metabolismo de las proteínas especialmente de las purinas. Producto de malos hábitos dietéticos. Estos trastornos se traducen a nivel orgánico de ácido úrico en la sangre lo que a su vez puede llegar incluso a formar depósitos cristalinos a nivel de tejido celular subcutáneo y cápsulas articulares.²⁰

Las intervenciones de enfermería van encaminadas a bajar los niveles de uratos a través de un cambio en la dieta y en el estilo de vida de los pacientes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Inicio repentino de dolor intenso en una o más articulaciones, puede acompañarse de inflamación intensa, tumefacción e hipersensibilidad.
Fiebre de 38.3 a 39.4 oC.

DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Elevación de los valores séricos del ácido úrico.
- Identificación de los cristales de ácido úrico en el líquido sinovial.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Administrar alopurinol, un inhibidor de la xantina oxidasa, que bloquea las etapas finales de la conversión de los productos del metabolismo de la purina en ácido úrico.
- Fomentar la ingestión elevada de líquidos para conservar una diuresis alta las 24 hrs.
- Indicar al paciente que tome sus medicamentos.
- No tomar alimentos ricos en purina: carnes, hígado, mariscos, evitar la ingesta excesiva de alcohol.
- Evitar el ayuno.
- Evitar dietas exageradas.²¹

²⁰ EROSKI Hiperuricemia y gota p. 1

²¹ BRUNNER, L. Op Cit. p. 826-827

V APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una persona masculina en etapa de senectud gradual, originario de México, DF, actualmente viviendo en el Estado de México.

Estudio hasta el 3° de primaria, cuenta con tabaquismo y alcoholismo suspendido desde hace 10 años.

El entorno físico. Su familia esta integrada por su esposa y tres hijos, los cuales son mayores de edad y se encuentran estudiando actualmente.

Habita en un medio urbano, casa propia de concreto, con buena ventilación e iluminación natural y artificial, piso de concreto, el cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

La persona trabaja de talabartero siendo el único proveedor familiar, pertenece a un nivel socioeconómico medio bajo, con buena relación interfamiliar, todos creyentes católicos.

Inicia su padecimiento actual el día 23-XI-03 presentando dolor en región retrosternal tipo opresivo con irradiación hacia hombro y brazo izquierdo agregándose adormecimiento de MTI, así mismo presenta molestia y dolor epigástrico, presentando nauseas llegando al vomito de contenido gástrico continuando con dolor con duración de más de 2 hrs., cada vez de mayor intensidad sin disminuir con el reposo, motivo por el cual ingresa al servicio de urgencias del HGZ # 194 del IMSS, se realiza ECG el cual se observa ritmo sinusal con taquicardia de 120*min. Con imagen de lesión en cara septal y en parte inferior subepicárdica.

Con SV de T/A 110/70 normotenso, FR normal de 20*min., FC 67*min., normal, con normotermia de 36.5°, el cual es manejado con nitritos, bloqueadores beta, antiagregantes plaquetarios, analgesicos, benzodiazepinas y trombolisis.

Por laboratorio, Hb 17 NI., hematocrito 50.1 NI., plaquetas 160,000 ligeramente bajas, TP 12-8" NI., Leucos 9.22 NI., Linfocitos 0.9 NI., Glucosa 223 mg/dl hiperglicemia, Creatinina 1.5 NI., ALT 37 NI., AST 49 ligeramente elevada, LDH 295 elevada, Na 132.5 bajo, K 3.72 NI., Cloro 103 NI.

ECG ritmo sinusal FC 75*min., NI, Q en DII, DIII, AVF, V1, V2, V3, V4 así como QRS ensanchado en DII, DIII, V5, v6.

El diagnostico es de isquemia miocárdica (IAM extenso), lesión en cara septal y parte inferior subepicárdica.

Ingresa al servicio de UCI.

Habitos: No realiza ejercicio solo cuando camina hacia su casa. Duerme durante 8 horas y a veces duerme un poco durante la tarde. Le gusta escuchar música y ver el futbol. Normalmente come en su área de trabajo con sus compañeros tratando de llevar su dieta ya que su DM la controla solo con dieta.

Su dieta habitual es :

- Desayuno : pan y café
- Comida: sopa , guisado y fruta.
- Cena: pan y té.

Toma aproximadamente 1.500 ml. Al día de agua, micciona entre 6 y 7 veces al día la orina es amarilla y a veces de olor fuerte. Con evacuaciones de 2 al día siendo estas normales en características y consistencia.

Su aspecto es limpio tiene uñas cortas y limpias, se baña diario y se cepilla los dientes 3 veces al día, faltándole algunas piezas dentales ya que no acostumbra ir muy seguido al dentista.

Se considera una persona introvertida, pero si tiene amigos y le gusta platicar con su familia de sus sentimientos.

Lleva control con su medico familiar por sus patologías de base.

La exploración física de forma cefalocaudal.

Conciente , inquieto, angustiado, edad aparente igual ala cronológica, con respuesta a estímulos verbales, normocefalo, cabello bien implantado, con palidez de tegumentos, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, narinas permeables, boca grande de labios gruesos, regularmente hidratada y ausencia de algunas piezas dentales, cuello cilíndrico, traque central desplazable, torax normolíneo, CsPs con algunas silibancias inspiratorias no estertores, Rs Cs rítmicos, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, no megalias, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal, genitales buen estado genotípicamente de acuerdo al sexo, sin presentar signos de infección, extremidades superiores normales en tamaño y proporción, extremidades inferiores muslos y piernas simétricas, sin alteración en arcos de movilidad, pulsos periféricos presentes, sin compromiso vascular y llenado capilar normal.

Estado de salud actual: IAM

HAS

DM

Hiperuricemia

5.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1.-RESPIRAR NORMALMENTE

"Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno"²²

"La mecánica de la respiración puede verse adversamente afectada por diversos factores, el exceso o espesamiento de las secreciones, edema y mala postura. Los movimientos de los músculos respiratorios pueden estar obstaculizados por la fatiga, ventilación mecánica o depresión del centro respiratorio. La perfusión en el nivel alveolar puede estar afectada por una función cardíaca comprometida, suministro de sangre inadecuado, niveles inadecuados de oxihemoglobina o anomalías en los alvéolos."²³

M. de independencia: No se observan.

M. de dependencia: Oxigenoterapia

Datos que deben considerarse: Silibancias ligeras, leve dificultad respiratoria, taquicardia, palidez de la piel.

2.-COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.²⁴

Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua.²⁵

M. de independencia: bebe alrededor de 1,500 ml al día entre agua y té. Lleva dieta para diabético.

M. de dependencia: No hay

Datos que deben considerarse: Habitualmente come en el trabajo.

²² NORDMARK, M., Bases Científicas de la Enfermería p. 86

²³ CARPENITO, L., Diagnostico de Enfermería p.119

²⁴ idem p. 128

²⁵ idem p. 188

3.-ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES.

"Para que el organismo funciones eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal, que se elimine la orina y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen".²⁶

"El sistema gastrointestinal, es un tubo que se extiende desde la boca hasta el ano, también incluye la ingestión y rotura de partículas de alimentos en moléculas pequeñas para la digestión absorbiendo las pequeñas moléculas en el torrente sanguíneo y eliminando los residuos alimenticios no digeridos y no absorbidos del cuerpo. Para la digestión, absorción y eliminación se necesitan hormonas específicas y enzimas, además de grandes volúmenes de líquido. El suministro de sangre en el aparato gastrointestinal por medio de las arterias torácicas y abdominales, comprende cerca del 20% más del gasto cardíaco total después de comer."²⁷

M. de independencia: Micción 6-7 veces orina color amarillo un poco de olor. Evacuaciones 2 veces al día de características normales.

M. de dependencia: Toma laxantes dos veces al día

Datos que deben considerarse: Son medidas profilácticas para evitar estreñimiento por la falta de ejercicio.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

"El aparato neuromusculoesquelético es un medio de locomoción".²⁸

"Los músculos esqueléticos tienen funciones importantes en el movimiento, postura y producción de calor. Cada músculo esquelético está compuesto de muchas fibras musculares multinucleadas y elongadas, a través de las cuales corren finas fibras de proteínas conocidas como miofibrillas.

Los impulsos motores se transmiten desde el cerebro por medio de los nervios motores periféricos que disparan los mecanismos bioquímicos-la liberación de acetilcolina, liberación del calcio, liberación de adenosin trifosfato "ATP" que a su vez controlan la contracción y relajación musculares"²⁹

M. de independencia: Normalmente duerme con la cabecera elevada.

²⁶ NORDMARK Op Cit p. 243

²⁷ CARPENITO Op Cit p. 1184

²⁸ NORDMARK Op Cit p. 310

²⁹ CARPENITO, Op Cit. p. 1193

M. de dependencia: Requiere de medicamentos de tipo sedante para poder conciliar el sueño. No debe realizar movimientos excepto con la ayuda del personal del servicio.

Datos que deben considerarse: Desearía poder moverse como antes.

5.-DORMIR Y DESCANSAR.

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan reestablecerse³⁰

La incapacidad de descansar y dormir se ha descrito como " una de las causas, además de uno de los acompañamientos de la enfermedad " (Henderson 1969). Los trastornos del sueño pueden ser el resultado de los cambios o problemas fisiológicos, psicológicos, sociales, ambientales y de maduración.³¹

M. de independencia: Alteración de la comodidad

M. de dependencia: Se le administran analgésicos

Datos que deben considerarse: Fases de dolor, palidez y trastornos del patrón del sueño

6.- ESCOGER LA ROPA ADECUADA. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Al igual que el autoconcepto, la imagen corporal es el reflejo de creencias y valores socioculturales.

Evoluciona en un proceso dinámico y siempre cambiante que incorpora no solo el propio cuerpo, sino también los dispositivos que se une con el (ropa, anillos, etc.).³²

M. de independencia: No se observan

M. de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: No se observan

³⁰ NORDMARK Op Cit p.303

³¹ CARPENITO, Op. Cit...p365

³² idem p. 736

7.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.

Estado en el que la temperatura corporal del individuo se mantiene en rangos normales.

M. de independencia: No se observan

M. de dependencia: No se observan

Datos que deben considerarse: No se observan

8.-MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Mantener la imagen corporal es el concepto que se tiene sobre el propio cuerpo.³³

M. de independencia: Aspecto limpio y aseado se baña diario y tiene uñas cortas. Aseo de los dientes tres veces al día.

M. de dependencia: No se observan

Datos que deben considerarse: No se observan.

9.-EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONES A OTRAS PERSONAS.

"Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente, para aprender en general y para lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular"³⁴

"El afrontamiento familiar ineficaz; es el estado en que una familia demuestra, o esta en alto riesgo de demostrar un comportamiento destructivo, como respuesta a una incapacidad para manejar los factores de estrés, internos o externos debido a la carencia de recursos adecuados (físicos, psicológicos, cognitivos y de conducta).

³³ Ibidem p. 738

³⁴ NORDMARK Op Cit, p. 603

Las reacciones de culpabilidad son habituales en las víctimas. A menudo se sienten responsables del incidente. Esto les ayuda a protegerse de los sentimientos de impotencia”³⁵

M. de independencia: Toma su tratamiento para controlar su presión y lleva bien su dieta para no tener descontrol de su diabetes. Ya que es el único proveedor familiar.

M. de dependencia: En este momento depende del personal de enfermería para estar bien y después del infarto le llevara un poco de tiempo para poder llevar una vida casi normal.

Datos que deben considerarse: Tiene confianza de que todo va ha salir bien.

10.-COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

“El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros para su expresión” ³⁶

“Los ancianos están en alto riesgo de aislamiento social, ya que a menudo tiene pocas oportunidades naturales de estar acompañados. La jubilación, la dificultad para conseguir transporte, los problemas de salud restringen las visitas, las deficiencias sensoriales que hacen que la comunicación sea laboriosa o frustrante, o el aislamiento de la corriente principal en las instituciones (hospitales o asilos), pueden limitar significativamente las relaciones naturales de los ancianos con otras personas.”³⁷

M. de independencia: Expresa sus emociones y sentimientos.

M. de dependencia: Desconocimiento de la situación actual

Datos que deben considerarse: Ansiedad, angustia.

³⁵ CARPENITO Op Cit p. 130, 134

³⁶ NORDMARK Op Cit p. 585

³⁷ CARPENITO Op. Cit. p.170

11.-VIVIR DE ACUERDO CON SUS VALORES Y CREENCIAS.

El individuo tiende a buscar la satisfacción de sus necesidades dentro de su cultura, a través de los canales de esa cultura ha establecido para la satisfacción de sus necesidades individuales.³⁸

M. de independencia: Le gusta visitar la iglesia regularmente con su familia.

M. de dependencia: No se observan

Datos que deben considerarse: Es de religión católica.

12.-TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO

La autoestima se basa en los objetivos personales del individuo, los cuales se miden contra el éxito que se aprecian en interacción con las creencias y valores de la cultura y sociedad. Se deriva de una comparación entre las capacidades que se cree tener y las limitaciones que también se piensan poseer.³⁹

M. de independencia: Le gusta su trabajo

M. de dependencia: No se observan

Datos que deben considerarse: Vive con su esposa y sus hijos y es el único sostén de la misma.

13.-PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Las instituciones sociales y culturales existen como resultado de las necesidades del hombre (individuales y colectivas) y se mantienen para la preservación de su equilibrio psicosocial y psicobiológico.

M. de independencia: Para distraerse ve TV y escucha radio.

M. de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: No se observan

³⁸ idem p. 650

³⁹ Idem p. 536

14.-APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

"El equilibrio psicológico esta influido por y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones, las creencias y las actitudes"⁴⁰

"La falta de conocimientos no representa una respuesta humana, una alteración, ni un patrón de disfunción, sino un factor etiológico o concurrente. La falta de conocimientos puede contribuir a una diversidad de respuestas; por ejemplo, ansiedad, deficiencias en el autocuidado, rechazo al tratamiento"⁴¹

M. de independencia: Sabe de sus enfermedades y para que son los medicamentos que toma.

M. de dependencia: No sabe si en su comunidad existan grupos de apoyo.

Datos que deben considerarse: Pide información de su enfermedad actual

Otros datos relevantes. Por el momento el no puede ir al trabajo y es el único proveedor de su casa..

⁴⁰ NORDMARK Op Cit p. 563

⁴¹ CARPENITO Op. Cit p. 731

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad de respirar adecuadamente.

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en la membrana alveolar capilar manifestado por hipoxemia, taquicardia, disnea y palidez de la piel.

Necesidad de dormir y descansar.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la comodidad relacionado con la presencia de dolor precordial manifestado por fases de dolor, palidez, diaforesis y trastorno del patrón del sueño.

Necesidad : De moverse

Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad física relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno a nivel miocárdico manifestado por disnea, taquicardia, hipotensión, fatiga y debilidad.

Necesidad : De eliminación

Diagnóstico de enfermería: Posible estreñimiento de origen colónico relacionado con ingesta de agua y alimentos y actividad física disminuida, manifestado por frecuencia inferior al patrón habitual.

Necesidad : De comunicarse

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con amenaza de muerte manifestado por fases de angustia, desconocimiento de la situación, sensación de pérdida del control de su vida y su independencia.

Necesidad : De aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionados con nuevos diagnósticos y esquemas de tratamientos manifestado por petición de información.

Necesidad : De evitar peligro

Diagnóstico de enfermería: Posible duelo relacionado a pérdida potencial percibida de bienestar fisiopsicosocial manifestado por negación de esa condición.

5.4 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en la membrana alveolar capilar manifestado por hipoxemia, taquicardia, disnea y palidez de la piel.

Objetivo : Mantener la oxigenación adecuada

Intervenciones de enfermería independientes

- Administrar O₂ con mascarilla nasal a 40% O₂.
- Valorar la respuesta a la administración de O₂
- Propiciar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas
- Monitorizar FR, ritmo y características cada hora.
- Valorar el aumento de la presencia de estertores.
- Valorar coloración de la piel, mucosa oral. región peribucal y ungueal
- Colocar en posición semifowler.
- Enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza.

Intervenciones de enfermería dependientes

- Administrar analgésicos para disminuir el dolor.

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

La disminución del dolor es primordial en el tratamiento de pacientes con infarto agudo del miocardio ya que el dolor aumenta la ansiedad y la actividad del sistema nervioso autónomo provocando aumento del trabajo y demanda de oxígeno por parte del corazón. Para este propósito, además de la administración de nitratos por vía sublingual pueden utilizarse agentes narcóticos como son: morfina o meperidina.

Aumentar la oxigenación del aire inspirado ayuda a la función respiratoria disminuyendo la insuficiente ventilación mejorando la difusión.

Evaluación

- El paciente mejora su condición de oxigenación
- Signos vitales dentro de parámetros normales
- Se mantiene sin dolor

NECESIDAD: DE DORMIR Y DESCANSAR

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la comodidad relacionado con la presencia de dolor precordial manifestado por fases de dolor, palidez, diaforesis y trastorno del patrón del sueño.

Objetivo : Eliminar o reducir los factores causales del dolor.

Intervenciones de enfermería independientes

- Pedir al paciente que notifique cualquier síntoma de dolor.
- Controlar signos vitales específicamente presión arterial y frecuencia cardíaca mientras se administra analgésico.
- Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente.
- Proporcionar un medio ambiente favorable para el descanso y disminuir el ruido.
- Orientar frecuentemente al paciente en tiempo, lugar y espacio.
- Explicar el ruido que producen los equipos que se utilizar especialmente el monitor y sus alarmas.
- Procurar proporcionarle largos periodos de sueño organizando las acciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería dependientes

- Administrar analgésicos de acuerdo a prescripción médica.

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

"En la fase aguda del infarto conviene mantener con cierto estado de sedación al paciente ya que la progresión de eventos graves que pueden causar la muerte, tiene un importante impacto negativo sobre el paciente"..

Evaluación

- Se logro mantener al paciente cómodo.
- No existieron episodios de dolor subsecuentes.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad física relacionado con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno a nivel miocárdico manifestado por disnea, taquicardia, hipotensión, fatiga y debilidad.

Objetivo : Evitar al máximo la movilización del paciente.

Intervenciones de enfermería independientes

- Proporcionar reposo absoluto durante las primeras 12 horas explicándole la razón y su importancia al paciente y a su familia.
- Asistir al paciente durante su movilización en la cama.
- Realizar cambios de posición y lubricación cada 4 horas.
- Incrementar la actividad física en forma paulatina y de acuerdo a la respuesta del paciente: dolor precordial, cambios en la presión arterial, frecuencia cardíaca, ritmo y fatiga.
- 72 horas : Pasar al baño.
- Valorar y evaluar la respuesta de ejercicio teniendo en cuenta PA, FC, FR y ritmo cardíaco.

Intervenciones de enfermería dependientes

- 12 horas iniciales: reposo absoluto.
- 24 horas : sentarse en la silla y usar plato.
- 96 horas : Deambular por la habitación.
- Administrar anticoagulación profiláctica.

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

“La administración de sustancias trobolíticas (Estreptoquinasa y activados del plasminógeno) mediante la vía intravenosa permiten lisar el coagulo. Este procedimiento se utiliza con gran éxito si el paciente es atendido durante las primeras 4 horas del iniciado el infarto del miocardio. La estreptoquinasa se administra por IV a razón de 1.5 millones de unidades en una hora.

En la fase aguda y de inestabilidad el paciente deberá estar en reposo absoluto. después de que el paciente se ha estabilizado y si no se encuentra en insuficiencia cardíaca, choque cardiogénico o alguna ruptura el paciente debe moverse en forma paulatina iniciando por sentarlo en el sillón y días después iniciando la caminata en forma progresiva evitando los ejercicios de tipo isométrico”.

Evaluación

- El paciente ha ido aumentando la tolerancia a la actividad física.
- No ha presentado dolor durante la movilización.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de enfermería: Posible estreñimiento de origen colonico relacionado con ingesta de agua y alimentos y actividad física disminuida, manifestado por frecuencia inferior al patrón habitual.

Objetivo : Facilitar la eliminación adecuada de excretas

Intervenciones de enfermería independientes

- Proporcionar intimidad durante la defecación.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra.
- Fomentar la ingesta de líquidos.

Intervenciones de enfermería dependientes

- Administrar laxantes según orden médica para prevenir el estreñimiento.

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

“Se ha recomendado que los pacientes con IAM eviten extremos de calor o frío, que no tomen cafeína, y se mantengan inicialmente en una dieta líquida

Los pacientes en especial aquellos que son de edad avanzada y que se ponen en reposos en cama con una ingestión reducida, tiene tendencia al estreñimiento. Considerándose la inestabilidad autónoma inherente al infarto agudo al miocardio, se recomienda la reducción del esfuerzo cuando se produce los movimientos intestinales.

En general es adecuado el empleo de reblandecedores de las evacuaciones”.

Evaluación

- Se mantuvo la eliminación adecuada

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con amenaza de muerte manifestado por fases de angustia, desconocimiento de la situación, sensación de pérdida del control de su vida y su independencia.

Objetivo : Que el paciente verbalice libremente sus sentimientos y ayudar a disminuir la ansiedad.

Intervenciones de enfermería independientes

- Explicar todos los procedimientos al paciente.
- Planear tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado. Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas, preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud.
- Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control.

Intervenciones de enfermería dependientes

- Administrar sedantes según sea necesario.

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. El paciente puede presentar síntomas debido al aumento de la tensión muscular y alteración del patrón del sueño. La expresión verbal permite que se comparta, proporcionando a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos equivocados.

Evaluación

- Se logra reducir los síntomas de ansiedad.
- El paciente expresa sus sentimientos sin dificultad.
- El paciente participa activamente en la planeación de su atención, de sus actividades y de su alta del hospital.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionados con nuevos diagnósticos y esquemas de tratamientos manifestado por petición de información.

Objetivo: Que exprese verbalmente que esta al tanto del diagnóstico, los medicamentos y el seguimiento del tratamiento.

Intervenciones de enfermería independientes

- Determinar la disponibilidad de aprender.
- Detectar necesidades de aprendizaje.
- Determinar los mejores métodos de aprendizaje.
- Programar las consultas necesarias adecuadas para la rehabilitación cardíaca: dieta, terapia ocupacional y física, salud en casa, trabajo social, planeación de alta.

Intervenciones de enfermería dependientes

En estas intervenciones no se requieren

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

Dichas explicaciones refuerzan la necesidad de seguir las instrucciones sobre la dieta, ejercicio y otros aspectos del tratamiento.

Centrarse en factores que pueden controlarse puede reducir la sensación de importancia del paciente.

Evaluación

- El paciente expresa verbalmente su comprensión de la enfermedad, de la atención médica y sus objetivos.
- El paciente o familiar sabe como solicitar información y asistencia.

NECESIDAD : DE EVITAR PELIGRO

Diagnóstico de enfermería: Posible duelo relacionado a pérdida potencial percibida de bienestar fisiopsicosocial manifestado por negación de esa condición.

Objetivo : Que el paciente exprese sus sentimientos y acepte su enfermedad.

Intervenciones de enfermería independientes

- Dar al paciente oportunidad de expresar sus sentimientos.
- Comentar con el paciente abiertamente la pérdida.
- Animar al paciente a usar estrategias de afrontamiento que le hayan servido con anterioridad.
- Fomentar que se sobreponga al dolor en el proceso de adaptación del duelo.

Intervenciones de enfermería dependientes

En estas intervenciones no se requieren

Intervenciones de enfermería interdependientes

En estas intervenciones no se requieren

Fundamentación científica de las intervenciones de enfermería

El contacto frecuente con la enfermera indica aceptación, pudiendo facilitar la confianza. Una comunicación abierta puede ayudar al paciente a sobreponerse al proceso de duelo. Estas estrategias ayuda al paciente a volver a centrarse en la resolución del problema y a aumentar su sensación de control

Evaluación

- El paciente expresa sus sentimientos libremente.
- El paciente acepta su situación actual.

5.5 REHABILITACIÓN CARDIACA.

1.- "Proporcionar información y recursos para rehabilitación cardiaca.

- a) Un programa de rehabilitación cardiaca formal proporciona enseñanza sobre cardiopatías, factores de riesgo, nutrición y ejercicio, así como apoyo psicológico.
- b) La rehabilitación cardiaca se describe en 3 fases:
 - a. FASE I. Enfermo hospitalizado
 - b. FASE II. Programa de educación y ejercicio supervisados como paciente externo que suele iniciarse 3 semanas después del infarto, durar 12 semanas y llevarse a cabo en una instalación médica.
 - c. FASE III. Programa de continuación del ejercicio a largo plazo en una instalación médica o no.
- c) Resaltar los beneficios del ejercicio entre otros, mejoría de la imagen personal, aumento de la eficiencia y fuerza del corazón, vida prolongada con mejor calidad.

2.- Pautas relacionadas con el ejercicio:

- 1) Aguardas 2 horas después de comer antes de hacer ejercicio.
- 2) No hacer ejercicio en caso de enfermedad o fiebre.
- 3) Utilizar ropa y calzado apropiados.
- 4) Evitar el ejercicio al aire libre en climas muy fríos o calientes.
- 5) Comenzar lentamente y progresar de manera gradual.
- 6) Informar al médico si ocurre dolor torácico, desmayo, fatiga extrema o falta de aire antes de continuar con el programa de ejercicio.

5.6. PLAN DE ALTA

a. "Antes del alta, el paciente y sus familiares deben participar activamente en el proceso de planeación de los cuidados. Al ser dado de alta, el enfermo debe ser capaz de :

- 1) Explicar el proceso patológico y la necesidad de modificar factores de riesgo.
- 2) Comentar las pautas para las actividades.
- 3) Administrar de manera apropiada los medicamentos.

b. Resaltar la importancia del seguimiento con el médico.

Programar la siguiente cita y proporcionar un recordatorio por escrito.

c. Revisar los signos de advertencia (dolor prolongado que no se alivia con nitroglicerina, modificaciones en las características del dolor o dolor acompañado de disnea), que exigen acudir a un medico o volver al departamento de urgencias.

d. Si el paciente trabaja, comentar sus labores y comprobar que sabe cuando regresar al trabajo y si será necesario modificar las actividades.

e. Alentar a la persona y a sus familiares a que llamen si tienen alguna duda. Proporcionar números telefónicos de los prestadores de salud. " ⁴²

⁴² IBIDEM p. 1032

VI EVALUACIÓN DEL PROCESO

Realizar el Proceso Atención de enfermería aplicado a una persona en etapa de senectud gradual realmente no fue tan complicado ya que éste método permite que la revisión del trabajo sea de manera sistemática al realizar una investigación documental a fin de que cuando se desarrolle el PAE con base de la estructuración del Marco teórico poder fundamentar las acciones de enfermería.

Dentro de la valoración mediante la entrevista nos permite tener mayor contacto con la persona con la cual vamos a aplicar el proceso, durante la exploración física se logro identificar las necesidades que tiene la persona en ese momento.

En la fase de diagnostico nos permitió diferenciar los problemas reales y potenciales de la persona, tomando en cuenta que estos diagnósticos son los autorizados por la NANDA y con base a las necesidades que maneja Virginia Henderson, el enfoques que se utilizaron fueron los biológicos y los psicológicos.

En la planificación de los cuidados lo difícil fué priorizar necesidades cuando creemos que todo es importante.

En la ejecución realmente es donde se lleva a cabo el proceso y es lo más importante, pues es la etapa donde se aplica lo que hemos trabajado e investigado.

En la evaluación analizamos resultados observando que los objetivos planteados al inicio del trabajo se han logrado quedando cubierto el propósito del mismo.

VII CONCLUSIONES

Se pudo identificar que el Proceso Atención de enfermería es de gran importancia debido a que es un método sistematizado y en cual se da atención de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería, y ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar los resultados de las mismas.

Los objetivos que se plantearon al inicio de este proceso si se cumplieron todos y cada uno de ellos.

Durante el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería, hubo disposición y facilidad por parte del personal del servicio, observándose varias deficiencias en la asistencia de enfermería, ya que existe un déficit de conocimientos a cerca de la aplicación del Proceso Atención de enfermería y del modelo de Virginia Henderson que por lo tanto, conlleva a una atención inadecuada del paciente con infarto agudo al miocardio.

El infarto agudo al miocardio, como cardiopatía coronaria, es un problema de salud publica, no solo por el aumento de la mortalidad sino por la invalidez que deja en los pacientes en etapa productiva.

La invalidez emocional inducida por padecimientos cardiacos es un problema frecuente y tiene repercusiones sobre la productividad social del individuo. La reanulación de una vida útil y normal, después del infarto, dependerá en gran medida del aspecto emocional del individuo.

El papel de la enfermera, como parte del equipo de salud es fundamental en el manejo y tratamiento del paciente con infarto agudo al miocardio, ya que de ello depende en gran parte la buena evolución de padecimiento.

VIII SUGERENCIAS

Poner mayor énfasis en las campañas de promoción a la salud sobre enfermedades crónico degenerativas ya que siguen siendo un problema grave de salud pública.

Es necesario tomar cursos de actualización en enfermería para dar atención de calidad a pacientes con infarto agudo al miocardio.

Implementar el proceso atención de enfermería en las áreas hospitalarias para dar una mejor atención de enfermería individualizada y manejando sus necesidades reales y potenciales de cada uno de los pacientes con infarto agudo al miocardio.

Que el paciente que ha sufrido un infarto, y su pareja sean orientados sobre lo referente a su sexualidad por un médico sexólogo, o dar cursos de capacitación para el personal de enfermería sobre el aspecto sexual de pacientes post/infarto.

GLOSARIO

ANSIEDAD

Estado en la que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad de origen de frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo.

ANALGÉSICO

Fármaco que alivia el dolor

ARRITMIAS CARDIACAS

Alteraciones de la *frecuencia* o del *ritmo cardíaco*. Algunas pueden ser benignas y otras pueden presentar complicaciones. **SÍNTOMAS:** 1) Algunas arritmias no provocan síntomas; 2) En ocasiones pueden aparecer palpitaciones, mareos y pérdida del conocimiento, debilidad o falta de aliento. Las principales arritmias son: *BRADICARDIA*, *TAQUICARDIA*, *EXTRASÍSTOLES* y *FIBRILACIÓN*.

ARTERIAS

Son los vasos sanguíneos que transportan la sangre -cargada de oxihemoglobina- desde el corazón a todos los tejidos del organismo.

BRADICARDIA

Es una Arritmia cardíaca. Disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 60 latidos por minuto.

COMUNICACIÓN

Manifiestar o hacer saber a alguien alguna cosa.

DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS

Estado en que un individuo carece de las habilidades o información para manejar con éxito sus propios cuidados de salud.

DEPRESIÓN

Situación patológica consistente en una perturbación de la vida psíquica, con caída de su tono y tendencia patológica a la tristeza. En la depresión, al descenso del humor se le añaden otros dos fenómenos. El primero consiste en una inhibición mental, es decir, en una disminución del ritmo y de la capacidad de mantenimiento de los procesos de ideación, conciencia, memoria, etc. El individuo se muestra lento en sus reacciones mentales, incapaz de realizar un esfuerzo intelectual sostenido, con pérdida de la capacidad de atención y lentitud de la evocación memorística. A esta inhibición intelectual se suma una inhibición motora; el deprimido presenta una actividad reducida con impotencia física: se encuentra siempre sentado o estirado, con cara inexpresiva y sin gestos activos, acompañándose a menudo de insomnio. Frecuentemente se añaden síntomas neurovegetativos: retraso en las funciones digestivas acompañado de estreñimiento, pérdida de peso, hipotensión arterial, respiración lenta, pérdida de reflejos musculares, etc. El individuo que sufre una depresión es consciente de la inhibición que manifiesta, y la asume con sentimiento de dolor o pena. Por último, el "dolor moral"

suele presentarse como sentimiento de autodepreciación que, en su evolución, tiende a la autoacusación, autopunición y sentimiento de culpabilidad. **COMENTARIOS:** La depresión es el trastorno psiquiátrico más relacionado con el suicidio. **TIPOS DE DEPRESIONES:** 1) *Endógenas*; 2) *Exógenas*; 3) *Enmascaradas* y 4) *Sintomáticas*.

DESCANSO

Inactividad, reposo, interrupción del trabajo o acción.

DESHIDROGENASA LÁCTICA

Enzima que cataliza la oxidación de un estrato específico por extracción de hidrogeno puede o no requerir un receptor de hidrogeno.

DIAFORESIS

Sudoración abundante.

DIÁSTOLE

Segundo período del latido del corazón. Tiempo de relajación del corazón, dilatación (Ventrículos relajados). Durante esta fase el corazón se relaja y se llena de sangre. / **SÍSTOLE:** Tiempo de contracción del corazón. Durante esta fase el corazón se contrae y se llena de sangre. / 1ª Fase: *Diástole*; 2ª Fase: *Sístole*.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y la comunidad o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO

Estado en el corazón es incapaz de bombear sangre con fuerza para cubrir las demandas de los tejidos corporales.

DISNEA

Respiración difícil y trabajosa. Molestia que se sufre en la respiración. **TIPOS:** *Permanente o brusca, de esfuerzo o de reposo, inspiratoria o espiratoria*. Suele aparecer en enfermedades cardíacas y respiratorias.

DOLOR

Impresión anormal y penosa percibida por el cerebro. / **COMENTARIOS:** 1) Es una apreciación subjetiva del paciente; 2) Tiene un umbral basal distinto en cada paciente. / Para informar ante un cuadro de dolor en un paciente se debe valorar su localización, calidad, intensidad y factores que lo favorecen o lo precipitan

DOLOR CARDIACO

Se debe a una disminución de oxígeno en el tejido miocárdico, la hipoxia se debe a un estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias, el estrechamiento se centra en la reducción del dolor, la disminución del gasto energético y la dilatación de las arterias coronarias.

DUELO

Estado en que una persona o grupo experimenta un patrón normal de sentimientos externos de pérdida, tristeza en respuesta a una pérdida real o percibida de un objeto, una relación, un ser querido, alguna capacidad, una parte corporal o un aposición laboral.

EJECUCIÓN

Es la puesta en marcha del plan de cuidados, una acción autónoma basada en el razonamiento científico.

ELECTROCARDIOGRAMA (E.C.G.)

Es un método diagnóstico que registra la actividad eléctrica del corazón mediante la colocación de unos electrodos en distintos puntos del organismo. Se diagnostican principalmente arritmias cardíacas, infarto, etc. / Gráfico que recoge las variaciones de potencial producidas por la actividad rítmica del músculo cardíaco. POSICIÓN DEL PACIENTE: Decúbito Supino.

ELIMINACIÓN

Expulsión de productos de desecho del organismo.

ENFERMERÍA

Una de las definiciones más aceptadas del término *ENFERMERÍA* hoy en día es la dada por la *American Nurses Association* en 1980: "el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud". La Enfermería debe observar al ser humano como un todo, un ser biopsicosocial. / Actualmente el personal de enfermería es considerado como "Promotores de la salud en los individuos o comunidad, a través de la potenciación del autocuidado".

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso de cambio que afecta a múltiples factores de la vida: *CAMBIOS BIOLÓGICOS* (en cuanto a las modificaciones en la anatomofisiología del organismo); *CAMBIOS PSÍQUICOS* (con cambios en el comportamiento, autoconsideración, de relación con los demás); *CAMBIOS SOCIALES* (en el sentido de ser considerado "viejo" por la sociedad). / Desde el punto de vista del *ENVEJECIMIENTO CELULAR*, encontramos: 1) Disminución del peso y volumen de

tejidos; 2) Retardo en la división y crecimiento celular; 3) Disminución del número de células; 4) Deshidratación celular; 5) Aumento del tejido adiposo.

ESTREÑIMIENTO

Dificultad para evacuar las heces. Defecaciones lentas; pueden deberse a escasez de fibra en la dieta. / Evacuación de heces duras normalmente de pequeño tamaño. Se produce normalmente por tránsito lento o mala absorción intestinal. / **SÍNTOMAS:** 1) Dificultad para defecar (las evacuaciones son menos frecuentes de lo normal y se realizan con esfuerzo); 2) Hinchazón abdominal; 3) Dolor al expulsar las heces. Puede haber pequeñas hemorragias anales; 4) Consistencia dura y seca de las heces. **CAUSAS DEL ESTREÑIMIENTO:** A) **DIETÉTICAS:** 1) Alimentación pobre en fibra; 2) Beber pocos líquidos; 3) La toma de sustancias astringentes como leche y derivados, arroz, zanahorias, plátanos, manzanas, etc.; 4) Masticar mal los alimentos, comer rápido y no reposar la comida; 5) Los cambios en la dieta y en el estilo de vida. B) **MALOS HÁBITOS INTESTINALES:** Las personas han de educar a su organismo y convertir en un hábito regular la defecación. Se trata de un proceso de aprendizaje igual que otros muchos, con la única diferencia de que éste no debe ser reprimido por el paciente. C) **OTRAS CAUSAS:** 1) El estreñimiento se puede deber también a ciertas enfermedades, lesiones de colon, fisuras anales, etc.; 2) Puede ser provocado por una medicación, como sucede con antagonistas del calcio, narcóticos, antiácidos y anticolinérgicos; 3) Inactividad, Depresión, Hipotiroidismo, Hipercalcemia, Insuficiencia renal crónica, Colon irritable. / **COMENTARIOS:** En una persona de mediana edad o en un anciano, la reducción del tono de los músculos abdominales puede causar **ESTREÑIMIENTO**

ESTRÉS

Estado alterado de un organismo al reaccionar frente a una situación conflictiva de cualquier orden (físico o psíquico). Algunos **SÍNTOMAS** de la *Ansiedad* y el *Estrés* son: Inquietud persistente; Cansancio excesivo; Dificultad para concentrarse; Preocupación excesiva por asuntos cotidianos. / Las situaciones de *Estrés* se relacionan con la aparición o exacerbación de *Asma*, *Migraña*, *Hipertensión esencial* y *Enfermedades cardiovasculares*.

EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso de enfermería que permite conocer los resultados del plan de intervención de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción y el estado de salud de las personas

EXTRASÍSTOLES

Es una *Arritmia* cardíaca. Contracciones cardíacas que aparecen fuera de lugar y son ineficaces, suelen producirse entre la *Sístole* y la *Diástole*.

GASOMETRÍA

Prueba para saber la concentración de oxígeno y CO₂ en sangre. / La extracción se realiza de sangre arterial -arteria Radial- y se analiza en el *Laboratorio de Bioquímica*. / Valores normales: OXIGENO: 75-100 mm.Hg.; ANHÍDRIDO CARBÓNICO: 35-45 mm.Hg.

GERIATRÍA

Rama de la *GERONTOLOGÍA* que se ocupa de las enfermedades que tienen relación con la vejez. / *GERONTOLOGÍA*: La Gerontología trata de la vejez de una forma global, no solamente atendiendo a las enfermedades.

GERONTOLOGÍA

Estudia los fenómenos fisiológicos, psicológicos y sociales relacionados con el envejecimiento, con independencia de la patología propia de esa edad. Es decir, comprende todos los problemas de la vejez. / *GERIATRÍA*: Trata de las enfermedades de la vejez.

INFARTO DE MIOCARDIO

Consiste en la *necrosis* de una parte del músculo cardíaco (*miocardio*), por falta de riego de las *arterias Coronarias* con lo cual se produce una *isquemia* o falta de oxígeno. Es la primera causa de muerte en el mundo occidental. Afecta a varios órganos vitales, no solo al corazón. CAUSAS: Las dos causas más importantes son la *ARTERIOSCLEROSIS* y la obstrucción por un *TROMBO* o *EMBOLO*. SÍNTOMAS: Cursa con dolor torácico que no se alivia con el reposo o a la toma de vasodilatadores, dura unos 30 minutos o más y su localización es similar al de la *Angina de Pecho*. El dolor se extiende desde la mitad del pecho hasta el esternón y hacia la mandíbula, el cuello, los brazos, los omóplatos y la parte superior del abdomen. Produce también náuseas, vómitos, disnea, palidez, sudor frío, ansiedad, cianosis y arritmias. FACTORES DE RIESGO: Dieta rica en grasas y colesterol, el tabaco, la obesidad, la inactividad, la hipertensión, la diabetes y los antecedentes familiares de infarto

INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Estado en que la energía fisiológica o psicológica de un individuo es insuficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

ISQUEMIA.

Disminución local del aporte de sangre a causa de la obstrucción del flujo de sangre arterial o de vasoconstricción.

NAUSEAS

Sensación de ganas de *vomit*ar. Producido por alteraciones del aparato digestivo, primeros meses de embarazo, recuerdos desagradables, etc.

NECESIDADES BÁSICAS EMOCIONALES

Son necesidades básicas emocionales la necesidad de *AFECTO*, la de *ACEPTACIÓN*, la de *SUFICIENCIA*, etc.

OXIGENOTERAPIA

Procedimiento que consiste en la administración por inhalación, de *oxígeno* a un paciente, normalmente mezclado en distintos valores de concentración con el aire. Se administran concentraciones de entre 24% y 100%, aunque el porcentaje más usual en la administración de oxígeno oscila entre el 24%-28%. / La concentración de oxígeno en el aire es del 20%.

TAQUICARDIA

Es una *Arritmia cardíaca*. Aumento de la frecuencia cardíaca por encima de 100 pulsaciones por minuto.

PLANEACIÓN

Es el proceso de diseñar las acciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud que se han identificado.

P.A.E.

Es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería basado en el método científico.

SUEÑO

Estado fisiológico periódico reversible, caracterizado por una depresión de la conciencia y es necesario para que el organismo se reponga de la fatiga.

VALORACIÓN

Es el primer paso del proceso de atención de enfermería , el mas importante.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

ALFARO, Rosalina. Aplicación del proceso de Enfermería.
2ª. Edición 1998, Barcelona España pp 289

ALSPACH. Joann Griffit. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto.
Mc. Graw-Hill Interamericana, 2000 pp 2947

BRUNNER, L. C.. Manual de la Enfermera . Grupo Editorial Mediterraneo 3a. Ed.
1986, México pp. 1947

CAPLAN, Norman M. Hipertensión . Ed. Manual Moderno
2ª. Ed. 1982, México pp 454

CARLISON, J. H. Diagnóstico de Enfermería . Pirámide Madrid
1985, Madrid España pp 309

CARNEVALI, Doris L. Tratado de Enfermería Geriátrica . Mc. Graw-Hill Interamericana
1988, México pp 755

CARPENITO, Linda, Planes de cuidado y documentación de enfermería . Mc Graw-Hill
1998, Madrid España pp 754

CARPENITO, Linda. Diagnóstico de enfermería . Mc Graw-Hill Interamericana
1995, España pp 1335

CRAWFORTH, Michael H. Infarto Agudo al Miocardio Diagnóstico y Tratamiento en
Cardiología . Ed. Manual Moderno 1997, México pp.650

DE NICOLA, Pietro. Aspectos del Envejecimiento . Ed. El Manual Moderno 1958,
México, pp 286

ENEQ UNAM . El proceso de enfermería . Seminario Taller,, MÉXICO pp 137

ENGLER R. N. Verónica LEAH, A. Gabriel. Diabetes, Cuidados y Control . Ed. Doyma 1987, España-México pp 223

GARCÍA, González Ma. De Jesús El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson . 1ª. Ed. Edit. Progreso, 1997, México pp 320

GARCÍA, González Ma. De Jesús. Conceptos Básicos de Enfermería de Virginia Henderson . Ed. Progreso S. A. Julio 1997, México pp 325

IYER, Patricia, W. El Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería . Mc. Graw-Hill Interamericana, 1997, México pp. 437

LERMAN, Gerber Israel. Atención del Paciente Diabético . Mc Graw-Hill interamericana Abril 2003, México pp. 435

LUIS RODRIGO, Ma. Teresa. El Pensamiento de Virginia Henderson . 2ª. Ed. Masson, España pp 187

MARRINER, Ann. Modelos y teorías de Enfermería . Ed. Española COURT BRACE 1999, España, pp. 555

MUNGUÍA, I. Y ZATARAIN, M. Redacción de Investigación Documental I . SEP 1981, México, pp 233

NIEVEEN, J. Arritmias Cardíacas . Ed. Manual Moderno Volumen 6 1982, Oxford Princeton USA , pp. 219

NORDMARK, Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería . Ed. Manual Moderno 1996 2ª. Ed. pp 712

ROTHSCHILD, Henry. Factores de Riesgo de la Edad Avanzada . Editores Científicos La prensa Médica Mexicana, S. A. 1987, México, 293

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

ARIZA, O. C. Atención de Enfermería al Paciente con Infarto Agudo del Miocardio en la Fase Aguda . Artículos Científicos Instituto Nacional de Cardiología 2001, México pp 35-42.
www.enfermeraespecialista.com.mx/infartoagudo/cardiop35.html

CARRERO, A. Hiperuricemia, Patologías Psicobiología . Artículos Científicos 2003, Valladolid, España 15 de diciembre del 2003 pp 7439
www.biopsicologia.net/fichas.html

Eroski. Hiperuricemia y gota. Artículos de Salud y alimentación . España 2003 15 de diciembre del 2003 pp 1-5
www.saludyalimentacion.consumer.es/acido.html

IMS Instituto Médico Sucre. Infarto Agudo del Miocardio . Revista Médica Chile 2003, Chile 30 de noviembre del 2003 pp. 1-11
www.inmedsuc.com.mx/especialidades/cardio1.htm

IMSS Diabetes Mellitus . Prestaciones Médicas 2003, México, 17 de diciembre del 2003 pp 1-3
www.imss.gob.mx/IMSS/dpmedicas/servicios/hombres/diabetes.html

PAC. Infarto del Miocardio . Libro I parte A , Artículos Científicos 26 de noviembre del 2003 pp 49-55
www.drscope.com/cardiologia/pac/infarto.htm

RIVERA, Patricia ROJAS, Roberto Infarto al Miocardio: Diagnóstico y Tratamiento, Artículos Científicos Internado 2000 México, 26 de noviembre del 2003. pp 1-4
www.geocities.com/internado2000_01/iamrobert.htm

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Nombre: Pedro García Martínez

Edad: 63 Años

Escolaridad: 3ro de primaria

Sexo: Masculino

Religión: Católica

Ocupación: Talabartero

Domicilio: Av. De las Huertas L-7 Mz- 98 Col. Huertas 3ra. Secc. Naucalpan Edo. de México.

Estado civil: Casado

Nacionalidad: Mexicano

Paciente el cual tiene antecedente de tabaquismo y alcoholismo suspendido desde hace 10 años. Asume el rol de único proveedor de familia procrea tres hijos los cuales son mayores de edad.

Hace 10 años inicia con HTA el cual es tratado con captopril 1*3, nifedipino 1*3, Asa ½ * 24, furosemide 1*1.

Antecedentes de DM de 2 años de evolución el cual es manejado solo con dieta.

Hiperuricemia de 2 años de evolución manejado con alopurinol 1*1.

PO de litiasis renal.

Inicia su padecimiento actual el día 23-11-03 presentando dolor en región retrosternal tipo opresivo con irradiación hacia hombro y brazo izquierdo agregándose adormecimiento de MTI, así mismo presenta molestia y dolor epigástrico, presentando nauseas llegando al vomito de contenido gástrico continuando con dolor con duración de más de 2 hrs., cada vez de mayor intensidad sin disminuir con el reposo, motivo por el cual ingresa al servicio de urgencias del HGZ # 194 del IMSS se realiza ECG el cual se observa ritmo sinusal con taquicardia de 120*min. Con imagen de lesión en cara septal y en parte inferior subepicárdica.

Con SV de T/A 110 /70 normotenso, FR normal de 20min., FC 67 *min. normal, con normotermia de 36.5° , el cual es manejado con nitritos, bloqueadores beta, antiagregantes plaquetarios, analgésicos, benzodiacepinas, se inicia con trombólisis.

Por laboratorio, Hb 17 NL, hematocrito 50.1 NI, plaquetas 160,000 ligeramente bajas, TP 12-8" NI, Leucos 9.22 NI, Linfocitos 0.9 NI, glucosa 223 mg/dl hiperglicemia, Creatinina 1.5 NI, ALT 37 NI, AST 49 ligeramente elevada, LDH 295 elevada, Na 132.5 bajo, K 3.72 NI, Cloro 103 NI.

ECG ritmo sinusal FC 75min. NI, Q en DII, DIII, AVF, V1, V2, V3, V4 así como QRS ensanchado en DII, DIII, V5, V6.

El diagnostico es de isquemia miocárdica (IAM extenso),lesión en cara septal y parte inferior subepicárdica.

Ingresa al servicio de UCI

A la exploración física presenta, SV T/A 100/60 con tendencia a la hipotensión, FC 74min. NI, FR 24min. NI, Normotermia de 37°, conciente, inquieto, angustiado, edad aparente igual a la cronológica, con respuesta a estímulos verbales, normocefalo, cabello bien implantado, con palidez de tegumentos, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, narinas permeables, cavidad oral regularmente hidratada, cuello cilíndrico, traquea central desplazable, tórax normolíneo, Cs Ps con algunas silibancias inspiratorias no estertores, Rs Cs rítmicos, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, no megalias, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras sin alteraciones en arcos de movilidad, pulsos periféricos presentes, sin compromiso vascular presente.

Estado de salud actual: IAM

HAS

DM

Hiperuricemia

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NECESIDADES	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre : _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de la entrevista: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4) _____; Miembro de la familia/ persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES

I.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

A) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a : ___ Tos productiva seca: ___ Dolor asociado con la Respiración:

Fumador:: _____

Desde cuando fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional.

Objetivo:

Registro de signos vitales y

características: _____

Tos productiva/ seca : _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/ lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b). Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo) _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/ alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/ secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____ Aspecto

de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización. _____

Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____, características de las heces: _____

Menstruación: _____

Historia de hemorragia / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes/ _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/ menstruar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable. _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza _____
_____. Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____.

Dolor con el movimiento: _____.

Presencia de temblores: _____. Estado de conciencia: _____. Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sue1o.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____. Horario de sue1o: _____.

Horas de descanso: _____. Horas de sue1o: _____

Siesta: de _____.

Padece insomnio: _____

A qu3 considera que se deba: ----

¿Se siente descansado al levantarse? : _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/ estr3s/lenguaje: _____
_____. Ojeras: _____ Atenci3n:

_____. Bostezos: _____. Concentraci3n : _____

Apatía: _____. Cefaleas: _____.

Respuesta a estímulos: _____.

Otros: _____.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selecci3n de sus prendas de vestir _____

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustarí3? . ____.

¿ Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: ____.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____. Sucio: _____. Inadecuado _____. Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protecci3n de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____ Momento preferido para el
baño: _____.

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ . Después de eliminar
heces: _____.

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? __

Objetivo:

Aspecto general: _____.

Olor corporal: _____.

Halitosis: _____.

Estado del cuero cabelludo: _____.

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____.

(anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____.

e) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia. _____

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar. _____

En el trabajo: _____.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida. _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____.

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____.

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación.---- Vive con: _____

Preocupaciones estrés: _____ Familiares. _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____
Cuanto tiempo pasa sola: _____
Frecuencia de los diferentes contactos sociales con el trabajo. _____
Objetivo:

Habla claro: __. Confuso: __

Dificultad en la visión: _____, Audición: _____
Comunicación verbal/no verbal con la familia con otras personas significativas:
asisten: _____ Otros: _____

b). Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____.

Principales valores en su familia: _____.

Principales valores personales. _____.

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) _____.

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros.----

c). Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente? _____, Tipo de trabajo _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____

satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____.

¿Está

Objetivo:

Está emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórica:

_____.

Otros: _____.

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las satisfacciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____.

Objetivo:

Integridad del sistema neuro muscular. _____.

¿ Rechaza las actividades recreativas?. _____

¿ Su estado de ánimo es apático/aburrido, participativo? _____.

Otros: _____

f) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____.

Problemas de aprendizaje. _____.

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo. ---

Preferencias: leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad?

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____.

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____.

Otras manifestaciones. _____