



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARY CRUZ CASTILLO MENDOZA

NO. CTA. 400107565

DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. CAROLINA SOLIS GUZMAN

México D F Mayo 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
“ZARAGOZA”**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
MARY CRUZ CASTILLO MENDOZA
No. Cta. 400107565**

**DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. CAROLINA SOLIS GUZMÁN**



México D.F. Mayo 2004.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

VICTORIA PARA QUIENES PERSEVERAN

Iniciar una obra es cosa relativamente fácil, basta con avivar un poco la lumbre del entusiasmo.

Perseverar en ella hasta el éxito, es cosa diferente, eso ya es algo que requiere continuidad y esfuerzo.

Comenzar, está al alcance de los demás, continuar, distingue a los hombres de carácter.

Por eso la medula de toda obra grande, desde el punto de vista de su realización práctica, es la perseverancia, virtud que consiste en llevar las cosas hasta el final.

Es preciso, pues, ser perseverante, formarse un carácter no sólo intrépido, sino persistente, paciente, e inquebrantable.

Sólo eso es un carácter.

El verdadero carácter, no conoce más que un lema:

LA VICTORIA.

Y sufre con valor, con serenidad y sin desaliento, la más grande de las pruebas:

LA DERROTA.

La lucha tonifica el espíritu, pero cuando falta carácter, la derrota reprime y desalienta.

Hemos nacido para luchar.

Las más grandes victorias corresponden siempre a quienes se preparan, a quienes luchan y a quienes perseveran.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS a Dios, por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida y darme la oportunidad de seguir en este camino de la enfermería.

A mi Madre, quien con sus consejos, cariño y comprensión, a logrado que sea una mujer responsable y exitosa.

A mis amigas, quienes me demostraron comprensión, cariño y sobre todo apoyo incondicional en el momento que más lo necesite.

INDICE

Introducción -----	2	
Justificación -----	3	
Objetivos -----	4	
Metodología -----	5	
1.- MARCO TEORICO		
1.1.- El cuidado enfermero -----	6	
1.2.- El proceso atención enfermería -----	9	
1.2.1.- Etapas del proceso atención enfermería -----	10	
1.3.- El modelo de Virginia Henderson -----	18	
1.4.- Infarto agudo al miocardio -----	22	
1.4.1.- Anatomía y fisiología de corazón -----	22	
1.4.2.- Fisiopatología del Infarto agudo al miocardio -----	33	
1.4.3.- Acciones de enfermería -----	38	
2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA		
2.1.- Presentación del caso clínico del paciente -----	40	
2.2.- Valoración de las 14 necesidades -----	41	
2.3.- Diagnóstico de enfermería en las 14 necesidades -----	46	
2.4.- Planeación, ejecución y evaluación de las 14 necesidades -----	49	
3.- PLAN DE ALTA -----		62
Conclusiones -----	64	
Bibliografía -----	65	
ANEXOS		
Anexo 1.- Guía de valoración de las 14 necesidades -----	68	
Anexo 2.- Conclusión diagnóstica de enfermería -----	74	

INTRODUCCIÓN

En las últimas cinco décadas las enfermedades cardiovasculares han pasado a ocupar el primer lugar como causa de morbilidad y muerte en la población mundial. Dentro de ellas la enfermedad isquémica del corazón ocasionada por la aterosclerosis de las arterias coronarias, ocupa el primer lugar y sus complicaciones más temibles es el infarto agudo al miocardio.

Aún frente a un infarto agudo al miocardio es posible salvar la vida si se actúa en forma rápida y eficaz. Una vez que comienzan los primeros síntomas no se puede perder ni un segundo, ya que cuando comience el tratamiento serán las oportunidades de sobrevivir y de preservar el buen funcionamiento del corazón.

Actualmente la profesión de enfermería busca innovar los cuidados de atención de enfermería teniendo como instrumento de trabajo el Método enfermero donde se refleja el pensamiento crítico que sistematiza de manera integral el cuidado y la calidad de atención proporcionada, basándose en la teoría de Virginia Henderson donde retoma experiencias de otras pensadoras de enfermería como Orem, Ida Orlando, Anni Goodrich. Estas teóricas tienen aceptación por la comunidad de enfermería y se ha reflejado especialmente en los siguientes espacios ejercicio profesional formativo e investigación y tiene como objetivo identificar variables sobre las relaciones de las personas, el ambiente y la enfermería, a partir de la salud.

Por tal motivo se abordó el proceso atención enfermería con las 14 necesidades de Virginia Henderson y sus diferentes etapas del proceso: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de enfermería, incluyendo el plan de alta el cual trata de mejorar el auto-cuidado del paciente, lo cual redundará en una mejor calidad de vida tomando como referencia que el infarto agudo al miocardio afecta principalmente a hombres de 40 a 60 años de edad.

JUSTIFICACIÓN

El infarto agudo al miocardio en más del 95% de los casos tiene lugar en pacientes con aterosclerosis coronaria y sólo excepcionalmente puede ser debido a otras causas. Se presenta en circunstancias muy variadas sin que sea posible muchas veces identificar una causa precipitante definida. Está muy extendida la creencia de que las emociones intensas como el cólera, la actividad sexual o las situaciones de estrés emocional prolongada y el ejercicio físico intenso o extenuante pueden precipitar el infarto.

Sin embargo el 50% de los infartos, se producen durante el reposo, el 8% durante el sueño y el 18% durante la actividad física moderada.

Los pacientes tienen más infartos durante las horas tempranas de la mañana que en cualquier otra hora del día. En general los pacientes tienen a ser varones con mayor frecuencia, tienen factores de riesgo de desarrollo de arteriopatía coronaria.

Este trabajo se realizó durante la práctica en el hospital Ángeles Metropolitano en el tercer nivel de atención, en el cual se abordó el tema de un paciente con infarto agudo al miocardio, llamándome la atención por tratarse de una persona de mayor edad en el que las complicaciones durante la fase aguda son severas y generalmente ocasionan la muerte de la persona. La enfermera en virtud de su acceso directo y la responsabilidad ante el cuidado del paciente es quien puede identificar complicaciones, teniendo en cuenta sus capacidades para mantener y preservar la vida.

Estas circunstancias fueron las que me motivaron a realizar el proceso atención enfermería del Sr. J, el cual presenta un infarto agudo al miocardio no complicado.

OBJETIVOS

GENERAL

Adquirir los conocimientos y habilidades en lo concerniente al cuidado del paciente con infarto al miocardio, teniendo como base el proceso atención enfermería, basado en la teoría de Virginia Henderson.

ESPECÍFICOS

- Utilizar el proceso atención enfermería para el cuidado del paciente con infarto agudo al miocardio.
- Identificar los pacientes con riesgo de infarto y las intervenciones de enfermería con relación a su prevención y tratamiento.
- Desarrollar un plan de enseñanza para el paciente con infarto.
- Aplicar el plan de cuidados dando calidad de atención.

METODOLOGÍA

Para poder realizar este trabajo, tome el seminario para adquirir las bases teóricas de lo que es la planeación de la investigación y el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Después seleccioné a mi paciente de acuerdo a ciertas características (edad, nacionalidad, estado civil) y básicamente por la patología una vez establecido, le aplique un cuestionario con preguntas acerca de sus actividades cotidianas, costumbres y hábitos, que abarcaban las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson. Ya recopilada la información realice un diagnóstico de enfermería y procedí a elaborar el plan de cuidados, mencionando las acciones específicas de enfermería.

Posteriormente recabe la información sobre lo que es el cuidado enfermero, ya que cuidar es un acto de vida que se considera como un cuidado individual, el proceso atención de enfermería con sus diferentes etapas, que es valoración, planeación, diagnóstico, ejecución y evaluación, las cuales me permitieron conocer al paciente ya que es un método sistematizado y organizado que permite administrar los cuidados de enfermería con un enfoque básico para cada persona, y el modelo conceptual de Virginia Henderson, anatomía y fisiología del sistema circulatorio y la fisiopatología de lo que es el infarto agudo al miocardio, estructurando lo que es el marco teórico.

Para concluir elaboré las recomendaciones para poder prevenir el infarto agudo al miocardio, además incluí una guía de cómo iniciar los ejercicios físicos para continuar los cuidados del paciente, una vez que se ha recuperado del infarto, se recopilaron las bibliografías utilizadas, y anexos quedando así integrado el trabajo.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- EL CUIDADO ENFERMERO

Cuidar es un acto de vida, representa una variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Se considera como un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona, que temporalmente o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Esto ocurre aun en algunos acontecimientos de la vida como la maternidad, nacimiento o cuando una persona o grupo se encuentra en crisis y obstáculos en su vida, llegando en ocasiones a la enfermedad y el accidente. La necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de la propia vida, ayudan a las circunstancias a que proceda la familia, los vecinos, los allegados o recurrir a la suplencia de un personal dispuesto a ofrecerla. Existen diferencias entre la naturaleza de los cuidados que tiene por objeto asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que vive.

Diferencias de la naturaleza de los cuidados relacionados con los de las funciones de la vida. Existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferentes:

Los cuidados de costumbre y habituales de conservación y mantenimiento de la vida: representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, es decir que representan todo un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida, como comer, beber, evacuar, levantarse, lavarse y moverse.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: tienen obstáculos importantes para su aplicación es, el hambre, la enfermedad, el accidente, el agua, la guerra. Tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

Ser cuidado, cuidarse, cuidar, es indispensable para la vida de los individuos. Esta función primordial e inherente a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto alterada entre los hombres a medida que las grandes mutaciones tecnológicas, socioeconómicas y culturales dan lugar a la fragmentación y disección de la aplicación de cuidados en una multitud de tareas y actividades diversas, en la que se requiere de profesionales y oficios.¹

1.- Francois Colliere. "Promover la vida". Pág. 1-3

Los cuidados es la denominación del personal que proporciona esos cuidados los que les vales ser calificados de enfermería, o son las expresiones de una práctica profesional identificada.

La historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hacen que los cuidados por ellas, dispensados tanto en el medio hospitalario no psiquiátrico como en los ambulatorios, se identifiquen como cuidados de enfermería. Para comprender esta evolución y el nacimiento de los movimientos de profesionalización que originan los distintos tipos de cuidados, es necesario romper la confusión existente entre los cuidados desarrollados por mujeres y los desarrollados por los hombres.

La identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad hasta la edad media. Su función es la expresión de los cuidados elaborados desde la fecundidad y modelados por la herencia cultural de la mujer que auxilia.

La identificación de los cuidados de la mujer consagrada, el cuerpo separado del espíritu, solamente puede ser objeto de cuidado el cuerpo enfermo y abandonado.

La clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la identidad de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, de lo que debe hacer o en lo que se tiene que convertir la / el enfermero, ni refiriéndose a un modelo teórico capaz de formarla, sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a las necesidades de los cuidados.

Cuidar es un acto de vida, su objetivo es permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo, luchar contra la muerte; de un individuo, grupo, o de la especie. Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudaran a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.²

Esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo los hombres y mujeres que, según los recursos locales se esfuerzan por atender. Más concretamente, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos.

Asegurar la supervivencia un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo cuidar de. Actualmente esta expresión corriente cuidar de, ocuparse de, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado.

Cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar él la vida del grupo. Todas estas prácticas y hábitos de vida se forjan partiendo de modo en que los hombres y las mujeres aprenden y utilizan el medio de vida que los rodea, de ahí la infinita diversidad de prácticas que cuando se perpetúan de forma duradera, generan por sí mismas ritos y creencias. Estas orientaciones de los cuidados basadas en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama Phycis es decir la ciencia de la naturaleza.

Enfrentarse a la muerte asegurar la continuidad de la vida, no es cosa fácil. Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. A partir de esta orientación y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo, para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo, para rechazar la muerte.

La historia de los cuidados que comienza con las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo. Esta historia se construye fundamentalmente en torno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida. El acto de protección refleja el instinto de conservación que actúa por tropismo, comienza a tambalearse a modificarse con la aparición de la conciencia que hechas las raíces del árbol de la ciencia del bien y el mal. Fundamento del conocimiento y origen de todas las religiones. Los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen a los cuidados para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados, con la llegada de tecnologías los cuidados médicos se orientan hacia un establecimiento complejo de la salud, que se convertirá cada vez más en un campo de especialistas.

La evolución de la primera orientación esta vinculada a todo aquello que permite y favorece el mantenimiento y desarrollo de la vida los cuidados que siguen la línea de esta orientación se construyen esencialmente alrededor de todo aquello que da la vida que es fecundable y que da luz. Todas las prácticas rituales desde la concepción hasta el nacimiento representan una rama muy reciente de toda esta evolución de los cuidados con frecuencia milenaria. 8

1.2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado para administrar Cuidados de Enfermería, individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupos de personas que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Es un planteamiento para resolver problemas basados en una reflexión que exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del usuario y su familia.

OBJETIVO

Es construir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería, tiene una *finalidad*, porque esta dirigido a alcanzar un objetivo, es *sistemático* porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre, es *humanístico* ya que considera todos los aspectos humanos del usuario (ser holístico), es *interactivo* por requerir una relación recíproca enfermera-usuario para acordar y lograr objetivos comunes y es *flexible* porque se adapta al ejercicio de la enfermera en cualquier área (se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería).³

VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Constituye un método organizado para proporcionar Cuidados de Enfermería impidiendo omisiones y repeticiones innecesarias, además permite una mejor comunicación, estimulando la participación del usuario, la familia o comunidad, nos ahorra tiempo y esfuerzo y potencializa la profesionalización estimulando el desarrollo de habilidades interpersonales, cognitivas y técnicas.

3.- Rodríguez S. Berta. "Proceso Enfermero". Pág. 29

1.2.1.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Las etapas que conforman el proceso atención enfermería son:

❖ **ETAPA DE VALORACIÓN**

*La valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del usuario a través de las diversas fuentes para analizarlos y categorizarlos. 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 ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de salud.*⁴

En la *recolección de datos* existen distintos tipos de datos los cuales son:

Datos *objetivos* son los datos que se pueden observar y medir; son concretos y contestables, *subjetivos* comprenden la percepción del usuario, *antecedentes* son datos anteriores al problema actual, *actuales* son datos que se obtienen del problema actual y *documentales* es información obtenida de libros o revistas científicas.

Las fuentes para obtener la información son: *primarias o directas* que se obtienen del usuario y las *secundarias o indirectas*, en donde los datos se obtienen de la familia, de personas que se vinculan con el usuario, del expediente clínico, bibliografías, artículos, etc.

METODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista:

Es una charla, plática o comentarios con el usuario, familiar o persona vinculada con el usuario. Existen dos tipos de entrevista formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con el propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente. La informal es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades: Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera paciente, permitir al paciente informarse y participar en el planteamiento de sus objetivos y ayudar a la enfermera a determinar que áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación:

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 deben ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

Es el exámen físico. Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la 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.

La *inspección* es el exámen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

La *palpación* consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la textura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

La *percusión* implica dar un golpe con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonido que podemos diferenciar son: *Sordos* aparecen cuando se percuten músculos o huesos. *Mates* aparecen sobre el hígado o bazo. *Hipersonoros* aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y *Timpánicos* se encuentran al percudir él estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

La *auscultación* consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo para lo cual se utiliza el estetoscopio.

Después de haber recolectado los datos se procede a registrar lo obtenido durante la valoración, esto es de esencial interés para la estructuración del Proceso Atención de Enfermería y la planeación de los Cuidados de Enfermería.

❖ **ETAPA DE DIAGNÓSTICO**

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.

Describen problemas reales o potenciales que el personal de enfermería en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas a tratar. 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. Es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, de la familia o la comunidad ante problemas de salud reales o potenciales o procesos vitales.⁵

Existen varios tipos de diagnóstico entre los cuales están:

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. Consta de tres partes que es el formato PES problema (P), más etiología, más factores causales o contribuyentes (E), más signos y síntomas (S).

ALTO RIESGO.- Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables a desarrollar un problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo la descripción concisa del estado de salud, alterado de la persona va precedido por el termino ALTO RIESGO. Consta de dos componentes: Formato PE: Problema (P), más 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), más 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 o función actual eficaz.

5.- Rodríguez S. Berta A. "Proceso Enfermero". Pág. 54

Podemos añadir un quinto tipo

DE SÍNDROME.- Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Los diagnósticos de enfermería de síndrome, son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico, contenidos en la denominación diagnóstico.

CARACTERISTICAS DEL DIAGNÓSTICO

- Exposición del problema.
- Trata sobre el estado o los problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión derivada de signos y síntomas.
- Es la exposición de un juicio de enfermería.
- Trata teorías que la enfermera está autorizada a atender o tratar.
- Se expone en una frase breve y concisa.
- Trata de aspectos físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.
- Trata de aquellas situaciones que la enfermera pueda atender en forma independiente.

FORMAS DE ELABORAR UN DIAGNOSTICO

- El **descriptivo**, es el enunciado de la respuesta del usuario a un trastorno real o potencial de los procesos, patrones, funciones o desarrollo vital.
- El de la **NANDA**, Frase breve y concisa con tres elementos identificados con las siglas P. E. S.

P = Problema: Afrontamiento individual inefectivo
en relación

E = Etiología: Síntomas físicos relacionados con la causa que origina.
manifestado por

S = Signos y síntomas: Cambios en el estado general.

- Formato PE: Problema (P), más etiología / factores contribuyentes (E).
- En caso del diagnóstico de bienestar deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaz.

❖ **ETAPA DE PLANEACIÓN**

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario que se han identificado durante el diagnóstico.⁶

FASES DE LA PLANEACIÓN

* **Determinación de prioridades**, en esta fase se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados, y establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente.

* **Elaboración de objetivos**, una vez priorizado los problemas 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 y medir las eficiencias de las actuaciones.

Existen dos tipos de objetivos:

De enfermería, se describen en tiempo a:

Corto plazo: son resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.

Medio plazo: para un tiempo intermedio de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

A largo plazo: son los resultados que requieren un tiempo largo.

Del paciente, esto es, los cambios que esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados. Las principales características de los objetivos del cliente son: deben ser alcanzables, esto es asequibles para conseguirlos, deben ser medibles y deben ser específicos en cuanto a contenido.

* **Elaboración del Plan Cuidados de Enfermería**, son aquellas intervenciones especificadas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones dependiente, interdependiente independiente.

6.- Rodríguez S. Berta A. "Proceso Enfermero". Pág. 78

La dimensión **dependiente** incluye 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** se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

La dimensión **independiente**, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

* **La documentación**, es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados mediante una documentación. Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Las actividades se planean de acuerdo con los problemas que ponen en riesgo o peligro la vida del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es un instrumento para ordenar y proveer continuidad en los cuidados de enfermería.

Es un instrumento que dirige en forma ordenada y continuada los cuidados de enfermería hacia una o más metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un usuario en particular.

PROPOSITOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Dirigir la acción hacia el logro de un objetivo.
- Establecer un orden y prioridades en la atención del usuario.
- Determinar que actividades se van a realizar y en que proporción contribuyen a lograr los resultados deseados.

CARACTERISTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Debe ser escrito.
- Accesible.
- Práctico.
- Reflejar la condición real del usuario.

- Estar basado en principios científicos.
- Dinámico y flexible.
- Acorde con la filosofía de Enfermería.
- Ser resultado de un esfuerzo combinado del usuario, personal de enfermería y otros.
- Estar acorde con el tratamiento médico y sus objetivos.

❖ **ETAPA DE EJECUCIÓN**

Etapa en la cual se ponen en práctica los cuidados planeados. La ejecución implica las siguientes actividades:⁷

- Continuar la recogida y valoración de los datos.
- Realizar las actividades de enfermería planeados.
- Anotar los cuidados de enfermería. (Notas de enfermería).
- Dar los informes verbales y/o escritos que se requieran. (Reporte del cambio de turno).
- Mantener el Plan de Cuidados actualizado.
- Anotar los cuidados de enfermería realizados.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Es la exposición de un razonamiento que nos indique el porqué del problema o necesidad que está presentando el usuario o que pueda presentar.

❖ **ETAPA DE EVALUACIÓN**

Debe realizarse una evaluación continuada diaria, tanto de los cuidados que el propio usuario se proporciona, como las propias actividades de enfermería.

Es emitir un juicio sobre una situación esperada, comparándola con uno o varios criterios.

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.⁸

7.- Murray Mary Ellen. "Proceso Atención de Enfermería". Pág. 116.

8.- Murray Mary Ellen. "Proceso Atención de Enfermería". Pág. 131.

RESULTADOS

- ¿Cómo está respondiendo cada uno de los usuarios a los cuidados de enfermería?
- La revisión del Plan de Cuidados debe incluir la comprobación de que están al día los siguientes datos:
 - Diagnóstico de Enfermería.
 - Ordenes de enfermería. (actividades)
 - Objetivos / evoluciones esperadas. (con las fechas para su consecución)
 - Evaluación. (informes de los progresos del usuario).

1.3.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, en 1918 ingresó en la escuela de Enfermería del ejército en Washington, d. c.

En 1922 inició su carrera docente en enfermería, en 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Henderson falleció en 1996 a la edad de 98 años.

Incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. A partir de esta idea, Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.⁹

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA.- (Henderson). Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, a realizar las actividades que contribuyan a recuperar su salud o a una muerte tranquila, actúa como miembro de un equipo médico, pero al margen del médico solo apoya su plan, tiene nociones tanto de biología como de sociología y puede valorar las necesidades humanas básicas.

SALUD.- Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Es la calidad de vida que es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

ENTORNO.- El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad. Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas y reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de

9.- Marriner Tomey A. "Modelos y Teorías de Enfermería". Pág. 99.

edificios, adquisición de equipos y mantenimiento así como conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

PERSONA.- (paciente). Henderson lo considera como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar. El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia o una muerte tranquila y junto con su familia constituyen una unidad.¹⁰

NECESIDADES:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Evacuar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
- 7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8.- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- 10.- Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores, u opiniones.
- 11.- Actuar con arreglo a la propia fe.
- 12.- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- 13.- Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible es favorecer la salud.

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

10.- Marriner Tomey A. "Modelos y Teorías de Enfermería". Pág. 102

LOS PRINCIPALES PARÁMETROS DE ESTE MODELO

- En algunos casos, la persona tiene necesidad de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser bio-psico-social y espiritual.
- La persona, sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona debe tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios para vivir saludablemente.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- La salud depende, en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- Los cuidados enfermeros se prodigan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados.
- Los cuidados enfermeros se sitúan dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados.
- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

El rol de la enfermera.- Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.

El modelo de virginia Henderson nos propone ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, intentar motivarla para que llegue a ser independiente en la medida de lo posible.¹¹

La finalidad de los Cuidados:

Consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y a recuperar su independencia frente a sus necesidades. Además de velar por la satisfacción de las necesidades, hay que prever las diversas formas de dependencia y prestar una especial atención a las secuelas que pueden llevar consigo.

11.- Phaneut. Margot. "La planificación de los Cuidados Enfermeros". Pág. 11-14.

El Objetivo de los Cuidados:

Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano, considerado como ser psicosocial y espiritual que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales. El interés de Henderson por la familia y la comunidad, nos autoriza también a ampliar este concepto a la familia de la que forma parte la persona.

Las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, actualmente se conocen como:¹²

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

12.- Fernández Ferrer Carmen. "El Proceso de Atención de Enfermería". Pág. 4-5.

1.4.- INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

1.4.1.- ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL CORAZÓN

Bomba que impulsa la sangre hacia las arterias. Es un órgano hueco y es central en la circulación.

UBICACIÓN: cavidad torácica, en una zona que se denomina *mediastino* (espacio que queda entre ambos pulmones, la columna dorsal y el esternón), en su parte antero inferior, algo desviado a la izquierda de la línea media. Por detrás encontramos el esófago, la Aorta torácica y la columna dorsal. Está recostado en el centro frénico del diafragma, a través del cual se relaciona con las vísceras del abdomen: lóbulo izquierdo del hígado a la derecha y el estómago a la izquierda.

FORMA: de cono aplastado, cuya base se dirige atrás, arriba y a la derecha. El vértice se dirige adelante, abajo y a la izquierda.

VOLUMEN: varía con la edad, sexo, talla, actividad. Mide 105 mm. de ancho, 98 mm. de alto y 205 de contorno. Pesa más o menos 275 gramos.

MEDIOS DE FIJACIÓN: se fija por medio de los grandes vasos que salen y entran en él y por el pericardio. A pesar de esto, el corazón posee una gran movilidad.

CONFIGURACIÓN EXTERNA.

CARA ANTEROSUPERIOR: mira arriba y adelante. Es convexa y presenta el origen de la arteria Aorta y Pulmonar, que ocultan la cara antero-superior de las aurículas. A ambos lados del origen de estos vasos se observan 2 aletas, que son prolongaciones de las aurículas, denominadas *orejuelas*, una derecha y otra izquierda, o apéndices auriculares.

Presenta 2 surcos:

- Uno vertical, colocado entre los ventrículos, por lo que se llama surco interventricular anterior, ocupado por vasos coronarios.
- Otro surco transversal, denominado auriculo-ventricular anterior, también se encuentra ocupado por vasos coronarios.

PARED POSTERO-INFERIOR: es casi plana porque se apoya en el diafragma. Se llama también cara diafragmática. Aquí encontramos la desembocadura de la vena cava inferior en la aurícula derecha y 3 surcos:

- Transversal: denominado auriculo ventricular o atrio-ventricular posterior.
- Surco interventricular posterior, por abajo.
- Surco Inter.-auricular posterior, por arriba.

A través del pericardio se relaciona por su parte más superior con órganos del mediastino superior: esófago, vértebras cardíacas de la columna dorsal (D₄ y D₈) y nervio simpático. En su porción inferior se relaciona con el diafragma (hígado y estómago).

- BORDE DERECHO: es muy delgado y se relaciona con el diafragma.
- BORDE IZQUIERDO: grueso, redondeado, se relaciona con la cara interna del pulmón izquierdo, determinando una excavación cóncava: el *lecho del corazón*.
- BASE: mira atrás y arriba. Se distinguen las desembocaduras de las 4 venas pulmonares en la aurícula izquierda y la de la vena cava superior, desde donde se desprende a la vena cava inferior una saliente que se denomina *crista terminalis*, presente en la cavidad de la aurícula derecha y que deja en la superficie el *surco terminalis*.
- VÉRTICE: a la altura del 5º cartílago costal, a 8 cm. por fuera de la línea media esternal, donde se siente el choque de la apertura de la válvula auriculoventricular izquierda. (Fig. 1)

CONFIGURACIÓN INTERNA

Posee 2 aurículas y 2 ventrículos. Las aurículas se comunican con los ventrículos mediante los orificios auriculoventricular derecho e izquierdo, provisto de válvulas auriculoventriculares. El derecho posee una válvula *tricúspide*. La auriculoventricular izquierda posee una válvula bicúspide o *mitral*.

Las aurículas se comunican entre sí sólo en el estado fetal, mediante un orificio llamado *agujero de botal* el que se cierra con el nacimiento, separando las aurículas mediante un tabique inter auricular. Los ventrículos se encuentran separados mediante el tabique interventricular.

A) AURÍCULAS

Son cavidades irregulares ubicadas detrás de los ventrículos. Presentan una pequeña prolongación lateral (orejuelas). Las paredes son lisas y tienen las denominadas columnas carnosas de 2º y de 1º orden. Están separadas por un tabique inter auricular, vestigio del agujero de botal. Hacia la aurícula derecha encontramos una superficie oval, llamada fosa oval, rodeada por una zona más gruesa llamada anillo de *viensans*. Hacia la aurícula izquierda quedan los repliegues semilunares. El tabique interventricular se encuentra por encima del ventrículo derecho, por tanto, tiene una zona superior entre la aurícula derecha y el ventrículo izquierdo.

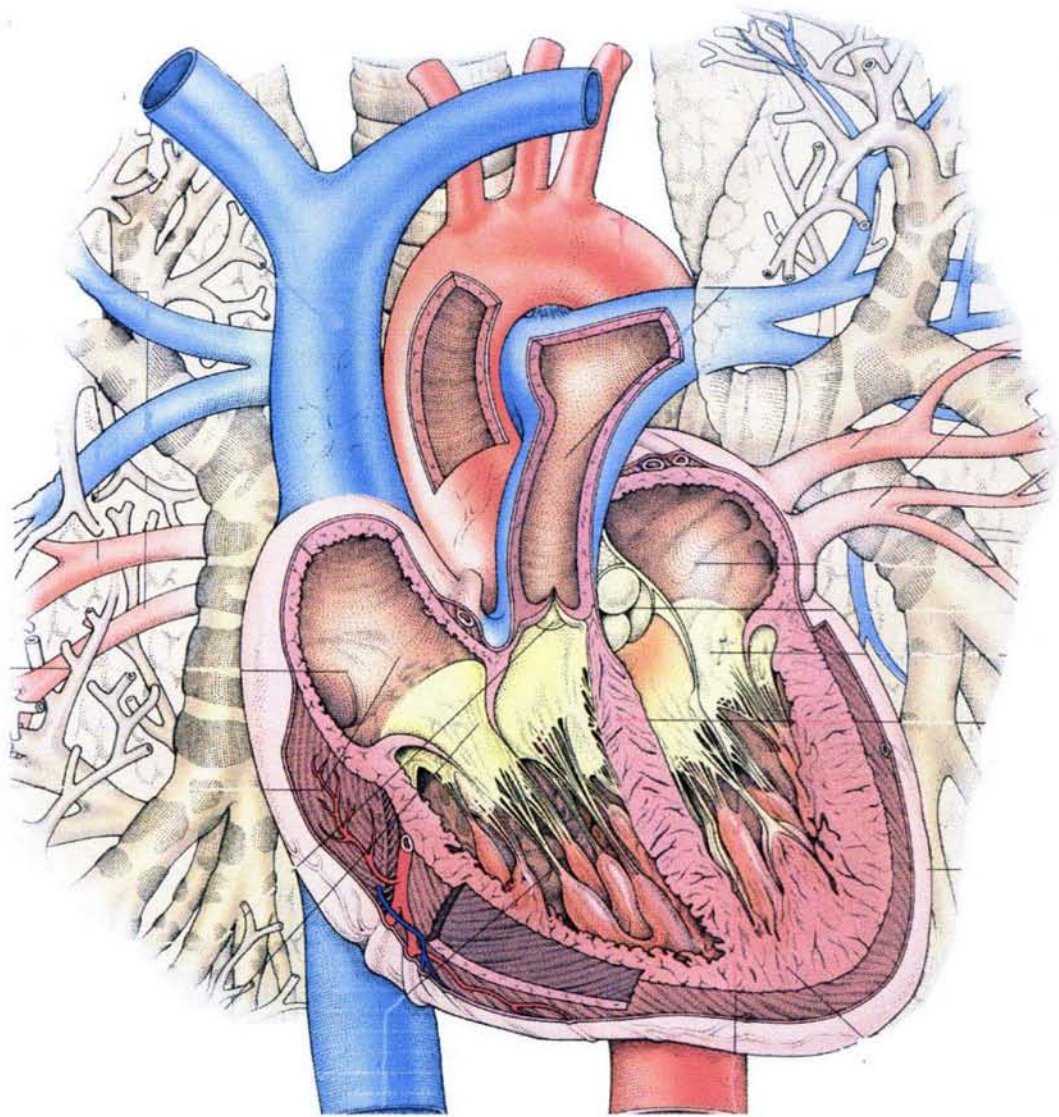


Fig. 1.- Estructura del corazón: El corazón está compuesto por cuatro cámaras, dos superiores y dos inferiores. Cuatro válvulas cruciales para permitir la entrada y salida de sangre en las cámaras y grandes vasos que permiten la distribución de la sangre por todo el organismo.

B) VENTRÍCULOS

- Conos colocados por delante de las aurículas. El vértice corresponde a la punta del corazón. En la base encontramos el tabique auriculoventricular provisto de dos orificios: uno auriculoventricular con su válvula y uno arterial en cada ventrículo: el aórtico en el ventrículo izquierdo y el pulmonar en el derecho. Ambos provistos de válvulas llamadas sigmoideas. Los ventrículos se encuentran separados entre sí por el tabique interventricular. Su porción superior es muy delgada y membranosa. La inferior es más gruesa y muscular: l
- **VENTRÍCULO IZQUIERDO:** es mucho más grueso (impulsa la sangre más lejos). Sus paredes externa e interna son cóncavas. La interna corresponde al tabique. (Fig. 2)

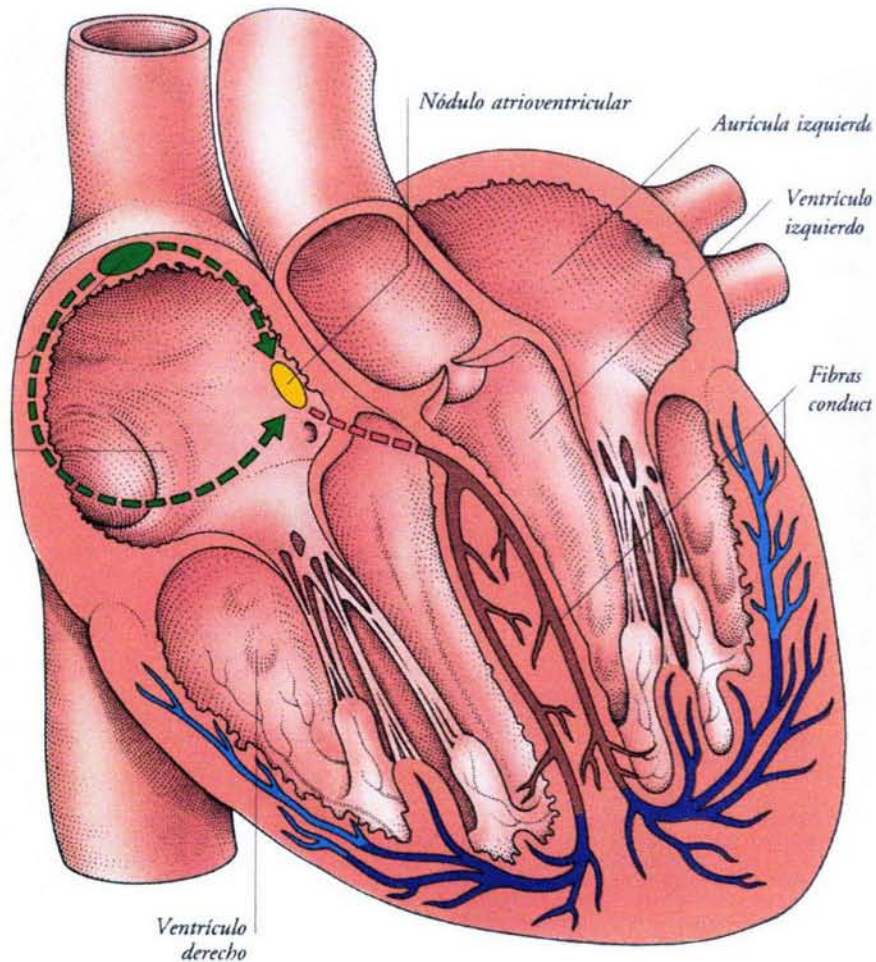


Fig. 2

AUTOMATISMO CARDÍACO.

El corazón tiene tejido NODAL capaz de contraerse, impulsando así la sangre. Esto origina el ritmo cardíaco. El tejido nodal, llamado sistema *cardionector* es autónomo y está innervado de manera que sólo controla la frecuencia del ritmo cardíaco (taquicardia y bradicardia). La innervación está dada por un sistema autónomo en que se combina el simpático (nervios cervicales provenientes del ganglio simpático cervical) y el parasimpático (vago o neumogástrico), ambos forman un plexo cardíaco.

El sistema cardionector está formado por:

- Nódulo sinusal (o de Keith y Flack), ubicado en la cripta terminalis de la aurícula derecha. Allí se inicia la contracción auricular. Posteriormente la onda de contracción se propaga por toda la aurícula, activando el denominado nódulo auriculoventricular (o Aschoff-Tawara), que se ubica en el tabique auriculoventricular derecho, cerca del tabique ínter auricular, en una zona que se denomina triángulo de Koch.
- Haz de Hiss: parte del nódulo auriculoventricular; recorre la pared interventricular; termina a nivel del haz arqueado, dando una rama al ventrículo izquierdo y otra al derecho. El resto del tejido cardíaco está recorrido por fibras también pertenecientes al sistema cardionector.

IRRIGACIÓN.

Dada por 2 arterias coronarias: una derecha o posterior y una izquierda o anterior.

- DERECHA O POSTERIOR: se inicia del seno de valsalva derecho de la aorta, de allí se dirige al surco auriculoventricular derecho, lo recorre hasta llegar al borde derecho, donde da la vuelta; sigue el surco auriculoventricular de la cara posterior y al llegar al surco interventricular posterior dobla abajo, lo recorre y termina al nivel de la punta. En su trayecto da una rama al nódulo sinusal, al ventrículo derecho y a los 2/3 posteriores del tabique interventricular.
- IZQUIERDA O ANTERIOR: nace del seno de valsalva izquierdo de la aorta, dividiéndose inmediatamente en 2 ramas:
 - la rama interventricular anterior, que recorre este surco, irrigando el tercio anterior del tabique interventricular.
 - La rama auriculoventricular izquierda, que se va por este surco de la cara anterior, lo recorre, llega al borde, da la vuelta y termina en el surco auriculoventricular izquierdo de la cara posteroinferior. Al pasar por el borde izquierdo da una rama al borde, que desciende, llamada arteria marginal izquierda o arteria del borde izquierdo. (Fig. 3)

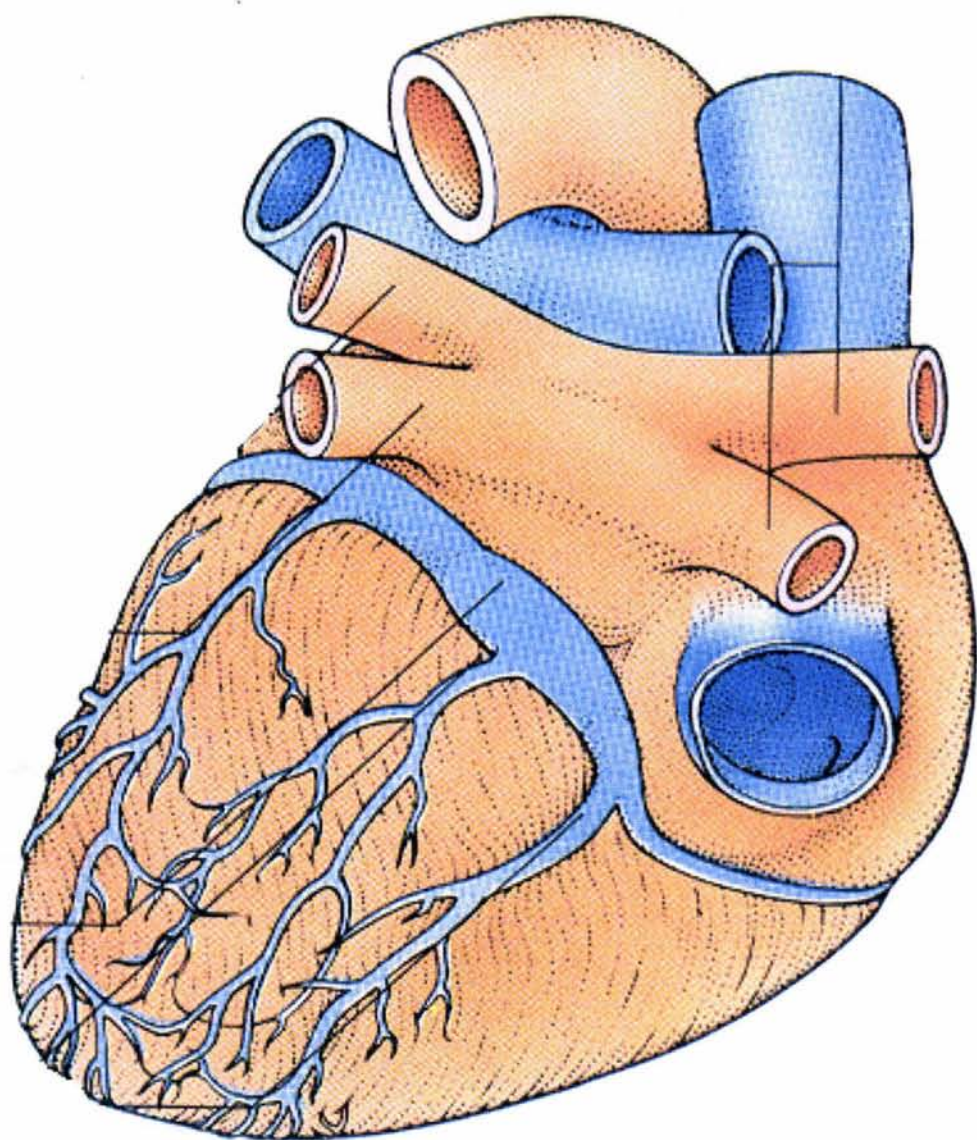


Fig. 3.- Irrigación, dada por 2 arterias coronarias, una derecha o posterior y otra izquierda o anterior.

VENAS.

Se llaman coronarias. Acompañan a las arterias. Terminan desembocando en la aurícula derecha, mediante una dilatación previa llamada seno coronario, que posee la válvula de tebesio.

ARTERIAS CORONARIAS.

a) ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA.

Emite dos colaterales de pequeño volumen: una que riega la parte anterior de la vaina aórtica y del pliegue preaórtico y una que se pierde en la base de la aurícula izquierda.

Se divide, después de un breve recorrido, en dos ramas terminales:

Arteria interventricular anterior o rama descendente: baja por el surco interventricular anterior, rodea el borde derecho de corazón y termina en la cara posterior. En la punta, emite dos ramitas que suben una por el borde derecho y otra por el borde izquierdo. Por último, llega a la cara posterior del ventrículo por el surco interventricular posterior, que recorre en un trayecto de 10 a 30 mm. suministra 3 clases de ramas colaterales:

- *Ramas derechas*: la más importante es la *rama infundibular izquierda*, rama del cono arterial o arteria adiposa de Vieussens, que nace de la parte inicial de la arteria, se dirige a la derecha y afuera, abraza la convexidad del cono arterial y se anastomosa con la arteria infundibular derecha, rama de la coronaria derecha.
- *Ramas colaterales izquierdas*: son en número de 4 a 6; se desprenden en ángulo agudo de la arteria interventricular anterior y son menos importantes a medida que descienden.
- *Arterias septales anteriores*: su número es de alrededor de 10.
 - Las arterias septales superiores se dirigen oblicuamente atrás en la dirección de la punta del corazón.
 - Las ramas medias tienen una dirección perpendicular a la superficie del corazón.
 - Las ramas inferiores se acodan para subir ligeramente hacia la base.

En general presentan numerosas flexuosidades y se dividen en una serie de ramas que abandonan ramillas a las paredes ventriculares derecha e izquierda.

Arteria auriculoventricular izquierda o rama circunfleja: rodea el borde izquierdo del corazón, siguiendo el surco coronario, se detiene por lo común en la cara posterior del ventrículo izquierdo. Suministra ramas ascendentes y descendente:

- *Ramas ascendentes* o auriculares: se distribuyen en la cara anterior de la aurícula izquierda, en el borde izquierdo y en su cara posterior. Entre estos últimos se destaca un ramo vascular que acompaña a la vena de Marshall.
- *Ramas descendentes*: en el borde izquierdo desciende la *arteria del borde izquierdo*.

b) ARTERIA CORONARIA DERECHA.

Colaterales auriculares: las principales son:

- Arteria auricular derecha anterior: pasa a la cara interna del apéndice auricular derecho, llega a la cara inferior de la aurícula.
- Arteria auricular del borde derecho: se aplica a la cara derecha de la aurícula; termina en la porción sinusal de las dos venas cavas.

Ramas ventriculares:

- En su primer segmento abandona dos o tres ramas ventriculares descendentes, paralelas al borde derecho del corazón. De la primera se desprende la *arteria infundibular derecha*, que se anastomosa con la infundibular izquierda, se distribuye en el cono pulmonar y en las caras anterior y posterior de la arteria. En el borde derecho aparece la colateral la *arteria del borde derecho del corazón*.
- En un segundo segmento, posterior y horizontal, salen arterias ventriculares derechas y posteriores.
- En su tercer segmento, vertical y posterior, emite algunos ramos al ventrículo izquierdo.

VENAS DEL CORAZÓN.

a) SENO CORONARIO.

Aparece como la porción terminal de la vena coronaria mayor. Desemboca en la aurícula derecha por un orificio provisto de la válvula de Tebesio. Su extremo izquierdo recibe directamente la vena coronaria mayor, de la que está separada por la válvula de Vieussens.

En su extremo interno está rodeado por la musculatura de la aurícula, que lo envuelve por completo y le forma como una especie de esfínter. En todo su recorrido, el seno está rodeado de una delgada capa de fibras musculares.

El seno, la vena coronaria mayor y sus afluentes tienen en su terminación una válvula, denominada *ostial*, tienen forma semilunar, son casi siempre incompletas y por lo regular insuficientes. La vena de Marshall está desprovista siempre de válvulas.

b) RAMAS DEL SENO CORONARIO.

La rama más importante es la *vena coronaria mayor*. Comienza en la punta del corazón y asciende por el surco interventricular anterior; en la punta se anastomosa con la vena interventricular posterior. Una vez que ha alcanzado el surco coronario, cerca del borde izquierdo del corazón, se dirige transversalmente y desemboca en el seno coronario. El seno y la vena coronaria mayor recogen la sangre procedente de todo el corazón, pero principalmente del izquierdo. Existen venas llamadas accesorias y otras conocidas como venas propias del corazón, entre estas últimas encontramos:

- *Vena del infundíbulo pulmonar*: es homóloga de la arteria infundibular izquierda, denominada arteria adiposa de Vieussens.
- *Vena marginal izquierda o vena del borde externo del corazón*: se dirige a veces hacia atrás por la cara posterior del ventrículo izquierdo, en lugar de abocar directamente en la vena mayor.
- *Vena oblicua de la aurícula izquierda o vena de Marshall*: comienza a la altura de las venas pulmonares izquierdas, en la cara posterior de la aurícula y atraviesa esta cara de arriba abajo y de fuera adentro.
- *Vena posterior del ventrículo izquierdo*: discurre de abajo arriba por la parte media de la cara posterior del ventrículo izquierdo y desemboca en el seno.
- *Vena interventricular posterior*: nace en la punta del corazón, recorre el surco interventricular posterior.
- *Vena coronaria menor o coronaria derecha*: es inconstante. Se origina en la región del borde derecho del corazón y llega a la parte derecha del surco auriculoventricular derecho, que recorre antes de desembocar en la porción terminal del seno. (Fig. 4)

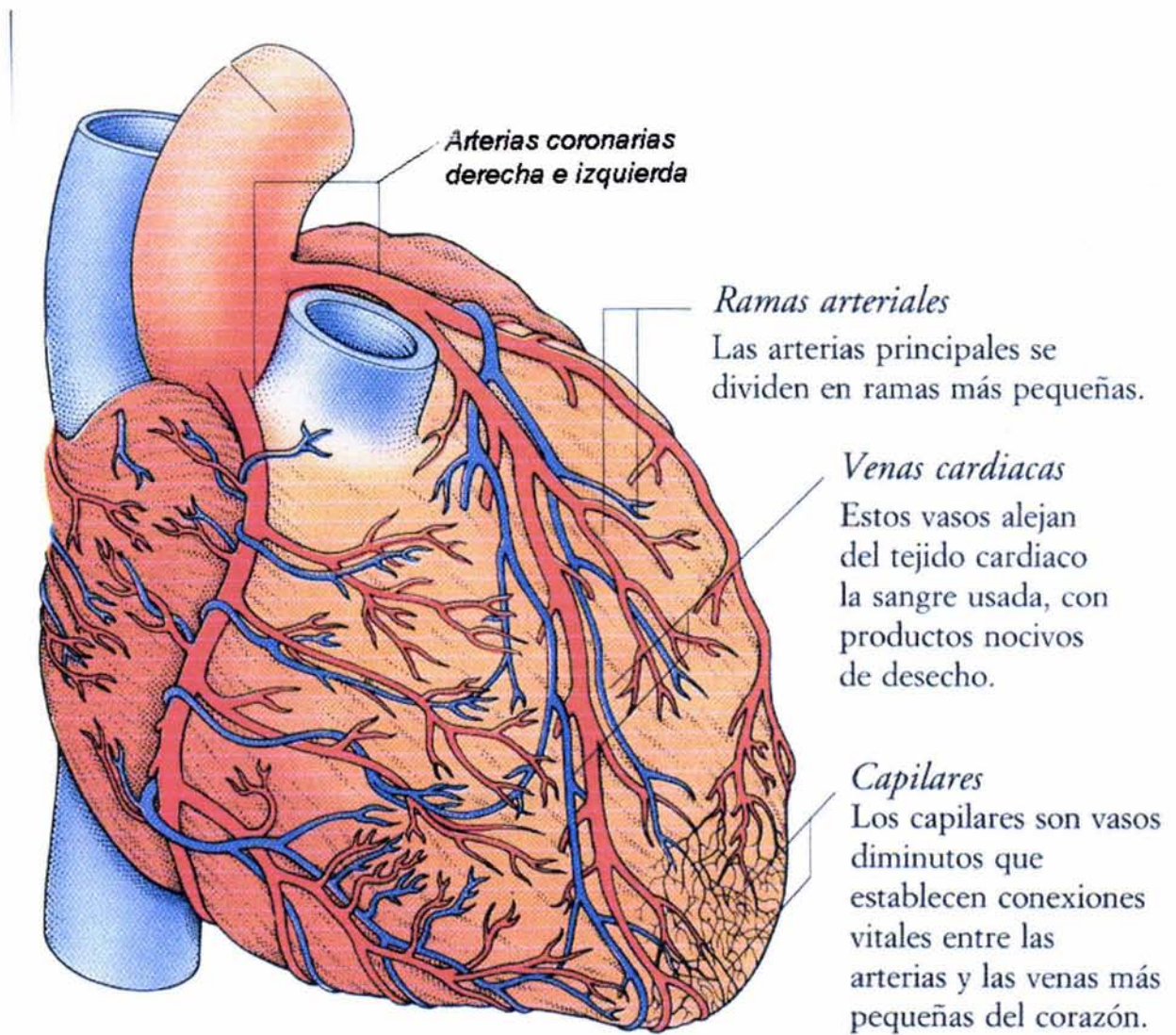


Fig. 4

ELECTROCARDIOGRAFÍA

El electrocardiograma es una representación gráfica de las fuerzas eléctricas del que trabajan sobre el corazón. Durante cada ciclo cardiaco de bombeo y llenado, cada fase del ciclo cardiaco se refleja en ondas específicas que son captadas y registradas en una tira de papel para electrocardiograma. La actividad eléctrica es captada mediante un conjunto de derivaciones o electrodos colocados en puntos específicos del cuerpo.

El electrocardiograma esta formado por 12 derivaciones, seis estándar y seis precordiales, las cuatro correas de las extremidades registran las seis derivaciones I, II, III, aVL, aVF, aVR. Las seis derivaciones precordiales o derivaciones V se conectan en forma similar. Cuando se hace un electrocardiograma, se pueden registrar derivaciones adicionales para contar con información mas completa.

Ondas, complejos e intervalos

El trazo electrocardiográfico esta integrado por varios componentes u ondas, que incluyen ondas P, complejo QRS, ondas T, segmento ST e intervalo PR.

- La onda P corresponde a la despolarización del músculo auricular. normalmente tiene 2.5 mm o menos de altura.
- El complejo QRS representa la repolarización del músculo ventricular.
- La onda T corresponde a la repolarización del músculo ventricular.
- Aparentemente después del complejo QRS y por lo común tiene la misma deflexión.
- La onda U representa la repolarización de las fibras de pulkinje, pero a veces aparece en pacientes con hipocalemia (niveles bajo de potasio).
- El segmento ST, representa el tiempo requerido para la despolarización auricular y el retraso del impulso del nodo auriculo ventricular.
- El intervalo QT, representa el tiempo total de repolarización ventricular, y se mide desde el principio de la onda Q.



◀ 0.2 SEG. ▶

1.4.2.- FISIOPATOLOGÍA DEL INFARTO AL MIOCARDIO

Es un síndrome que se produce por una lesión de tejido miocárdico, causada por un desequilibrio entre el abastecimiento y la demanda de oxígeno miocárdico.

Los pacientes tienen más infartos agudos durante las horas tempranas de la mañana (de 6 a 12: 00 hrs.) que en cualquier otra hora del día, lo cual sugiere que quizá el aumento de la secreción de catecolaminas que se asocian con el despertar puede inducir agresión plaquetaria y conducir a la formación de trombos.

En general los pacientes con infarto agudo tienden a ser varones entre los 50 y 60 años. Con frecuencia tienen factores de riesgo de desarrollo de arteriopatía coronaria, aumento en el colesterol, diabetes, abuso de cigarrillo, un estilo de vida sedentario y una historia familiar de arteriopatía coronaria. El infarto es consecuencia de una oclusión coronaria aguda que reduce de manera drástica y persistente el flujo sanguíneo miocárdico hasta provocar alteraciones metabólicas incompatibles con la vida.

MECANISMOS DE LA OCLUSIÓN CORONARIA

La oclusión arterial puede ser:

- a) Orgánica.- Debida a la formación de un trombo, ruptura o hemorragia de una placa de ateroma.
- b) Funcional.- Debida a un espasmo coronario.

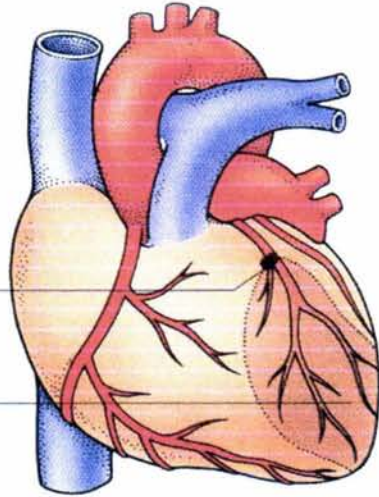
La ausencia de un trombo u oclusión coronaria, puede interpretarse como indicio de que la oclusión fue transitoria, debida a un espasmo, a un trombo plaquetario que se fragmentó, el trombo sufrió un proceso de lisis o de recanalización precoz, participaron factores funcionales que alteraron gravemente la oferta y la demanda de oxígeno o lesiones de pequeños vasos. (Fig. 5)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El síntoma más frecuente y más conocido sobre el cual se basa el infarto agudo al miocardio es la molestia torácica, la cual suele presentarse en el centro del pecho y puede irradiarse al brazo izquierdo o al cuello.

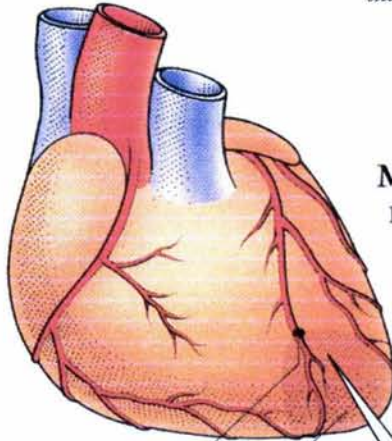
Suministro sanguíneo bloqueado

Cuando una arteria coronaria queda bloqueada y permanece así, muere el músculo cardíaco al que suministra. La gravedad del ataque al corazón depende de la cantidad de músculo afectado y de la salud de las otras arterias coronarias.



Arteria coronaria

Músculo cardíaco dañado



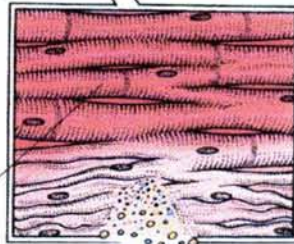
Lugar del bloqueo

Zona dañada

Fibras musculares cardíacas

MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA

Proteínas llamadas enzimas regulan las reacciones químicas del cuerpo. El tejido dañado en un ataque provoca la liberación de ciertas enzimas en la corriente sanguínea. Su medición ayuda a revelar la extensión del daño.



Liberación de enzimas

Las enzimas de las fibras musculares cardíacas pasan a los capilares y pasan a la circulación a través de las venas cardíacas.

Capilar

Se liberan una serie de enzimas diferentes

Fig. 5

En algunos pacientes la irradiación se manifiesta por sensación de parestesias (hormigueo o adormecimiento) el dolor suele aparecer en reposo alcanzando la máxima intensidad en pocos minutos o se prolonga más de 30 minutos, aunque puede durar horas, náuseas, vómito y sensación de indigestión, se presentan sobre todo si existen un componente vagal, otras veces son consecuencia de la administración de opiáceos, distensión o plenitud epigástrica, erupción dolorosa o necesidad imperiosa de defecar.- Sudoración fría, debilidad y aprensión. La sudación a veces es profusa y se acompaña de frialdad de la piel incluso en ausencia de hipotensión, la sensación de muerte inminente o debilidad extrema, así como una intensa angustia y miedo.

El dolor puede ser:

- a) De localización atípica (dentadura, zona posterior del tórax, hombro, hipocondrio derecho), siendo la molestia precordial escasa o inaparente.
- b) Simular una indigestión hecho infrecuente en los infartos inferiores que pueden causar dolor o una molestia sorda en el epigastrio, acompañada de náuseas y vómito.
- c) Presentar las características de la angina de pecho clásica, sin que la intensidad y la duración sugieran infarto.
- d) Un cuadro de insuficiencia cardiaca izquierda con disnea o edema en pulmón.
- e) Un cuadro de fatiga extrema inexplicable.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en el:

Electrocardiograma.- Es una representación gráfica de las fuerzas eléctricas que trabajan sobre el corazón, durante el ciclo cardiaco de bombeo y llenado un patrón conocido de impulsos eléctricos cambiantes refleja la acción del corazón.- Estos pulsos pueden ser recogidos a través de electrodos pegados a la superficie del cuerpo, la actividad del corazón representadas por ondas Q de necrosis y cambios evolutivos de repolarización (ST-T), ondas T negativas picudas y simétricas, trastornos de la conducción y ondas Q esporádicas en un solo electrocardiograma.

Enzimas cardiacas.- La necrosis celular provoca la liberación de ciertas enzimas al torrente circulatorio.- La elevación de la creatinquinasa (CK) y su iso enzima MB, pueden detectarse a las cuatro horas del inicio del infarto, la evolución de la transaminaza glutámico oxalacetica (GOT) aparece a las ocho o doce horas. La elevación puede alcanzar valores diez veces superiores o los normales y es un índice de la extensión del infarto.

Rx. De tórax.- Produce una imagen de un corazón grande.

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene como objetivos:

- a) La supresión de los síntomas (en especial el dolor).
- b) La prevención y el tratamiento de las arritmias (sobre todo la muerte súbita por fibrilación ventricular).
- c) El tratamiento de complicaciones mecánicas (insuficiencia cardiaca congestiva, choque y embolias).

1.- Debe colocarse una venoclisis inmediatamente, esto proporcionará acceso para la administración de fármacos y para tratamiento de urgencia.

2.- Colocar oxígeno para todos los pacientes con sospecha de infarto agudo al miocardio.-

3.- El alivio de las molestias es una prioridad:

- a) Nitroglicerina sublingual, a menos de que este contraindicada por anomalías hemodinámicas, debe usarse para aliviar las molestias torácicas y revertir los cambios electrográficos.
- b) Nitroglicerina intravenosa.- Si los pacientes tienen una respuesta benéfica a la nitroglicerina sublingual es razonable iniciar con nitroglicerina endovenosa a dosis baja.-
- c) Sulfato de morfina.- Si el paciente no tiene respuesta rápida a la nitroglicerina se recomienda a una dosis de 2-4 mg IV, y repetida según sea tolerado, hasta que se alivien las molestias del pecho.- Además de aliviar el dolor reduce la ansiedad y la secreción de catecolaminas que se produce durante el infarto.
- d) Los beta bloqueadores se usa comúnmente para tratar las molestias del tórax y se ha notado que son eficaces, tanto para los efectos estabilizadores de la membrana y el abastecimiento y demanda de oxígeno miocárdico. Puede administrarse dosis reducidas de metoprolol (5 mg.) propanolol (1-3 mg. IV) o esmolol (una dosis de carga de 200Ug por kilogramo seguida por 25-50 Ug por kilogramo por minuto).

4.- Actividad.- Reposo en cama con excepción de los pacientes que requieran el uso de cómodo junto a la cama durante las 24 hrs.

5.- Dieta.- Por lo común se ha recomendado que los pacientes con infarto al miocardio, eviten extremos de calor y frío, no tomen cafeína y se mantengan inicialmente con una dieta líquida.

6.- Cuidados intestinales.- Los pacientes en edad avanzada y que se ponen en reposo en cama, con una ingestión reducida tienen tendencia al estreñimiento en general, es adecuado el empleo de reblandecedores de heces.

7.- Sedación.- Si los pacientes son extremadamente inquietos y no puede determinarse una etiología física se recomienda la sedación con un sedante hipnótico como el diacepam.

8.- Vigilancia electrográfica.- Todos los pacientes con probabilidades significativas de infarto al miocardio deben ser vigilados y conectados a un monitor.

9.- Heparina.- A menos de haya contraindicaciones para su uso o los pacientes estén recibiendo otros anticoagulantes, todos los pacientes deben recibir heparina subcutánea 5000 U en 24 hrs.

10.- Terapia trombolítica.- Son medicamentos para disolver el coagulo que impide que fluya la sangre, se ponen sustancias como: la estreptoquinasa o un activador el plasminógeno tisular intravenoso o directamente en el coagulo por medio de un catéter.

11.- Calcio antagonistas o bloqueadores de los canales de calcio.- Impiden la entrada de calcio a las células del miocardio.- Estos disminuyen la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuyen el trabajo del corazón y por lo tanto sus necesidades de oxígeno.

COMPLICACIONES

- Arritmias.
- Extrasístoles ventriculares.
- Taquicardia ventricular.
- Fibrilación ventricular.
- Ritmo ideo ventricular.
- Bloqueo auriculo ventricular.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Choque cardiogénico.
- Ruptura de la pared libre del ventrículo.
- Insuficiencia mitral.
- Aneurisma del ventrículo izquierdo.
- Trombo embolia pulmonar.

1.4.3.- ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Estas acciones de enfermería se deben realizar al ingresar el paciente a la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares, las cuales ayudan a prevenir complicaciones causadas por el infarto agudo al miocardio logrando la pronta recuperación e integración de sus actividades.

Acciones Independientes:

- Medir constantes vitales (pulso, temperatura, respiración, presión arterial) cada hora.
- Baño de esponja.
- Tendido de cama.
- Verificar ingesta de líquidos y alimentos.
- Control de líquidos.
- Vigilar coloración de la piel.
- Vigilar características de las evacuaciones.
- Efectuar movilización frecuente.
- Proteger al paciente de lesiones.
- Colocar barandales a la cama.
- Vigilar datos de dolor.
- Vigilar monitorización (detectar trastornos de conducción).
- Colocarlo en posición semifowler.
- Registrar electrocardiograma por turno
- Vigilar permeabilidad de soluciones
- Vendaje de miembros inferiores
- Reposo absoluto.
- Elevación de miembros inferiores por 15 minutos.
- Realizar ejercicios respiratorios.
- Vigilar características de la orina.
- Medir diuresis cada hora.
- Vigilar saturación de oxígeno.

Acciones dependientes:

- Realizar exámen de laboratorio (QS, ES, EGO, Enzimas cardiacas).
- Solicitar placa de tórax.
- Administración de oxígeno por puntas nasales o mascarilla.
- Administrar analgésico (Morfina)
- Administración de medicamentos (nitroglicerina, heparina calcio antagonistas, beta bloqueadores, terapia trombolítica etc.).
- Dar dieta hiposódica.
- Instalación de sonda Foley.
- Administración de sedantes.
- Colocación de catéter central.

Acciones interdependientes:

- Realizar ecocardiograma.
- Realizar coronariografía.
- Test de ejercicio con talío.
- Test de prueba de esfuerzo.
- Realizar exámenes de laboratorio (QS, BH, Electrolitos, enzimas cardiacas).
- Realizar placas de tórax.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Evitar tabaquismo.
- Evitar anticonceptivos (mujeres).
- Evitar la obesidad y sobrepeso.
- Disminución de triglicéridos.
- Aprender buenos hábitos dietéticos.
- Evitar la vida sedentaria.
- Realizar ejercicio.
- Mantener un patrón de comportamiento: personalidad tipo A individuos de conducta compulsiva y obsesiva, perfeccionistas incansables que no admiten treguas.
- Evitar el consumo de sal .
- Evitar el alcoholismo.
- Evitar la hipertensión arterial, ya que a mayor hipertensión mayor esclerosis vascular y mayor daños las pared arterial.

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

2.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata del Señor J. P. F., masculino de 90 años de edad, originario de Cuba, residente en la Ciudad de México, con domicilio en tercera cerrada Corceles # 28 en la Col. Colinas del Sur, desde hace 9 años, católico con un peso de 80 kg. talla de 1.80 mts. En estos momentos se encuentra jubilado por cumplir años de ejercicio laboral.

El paciente al ingreso a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Metropolitano, presenta dolor retroesternal de tipo opresivo intenso, irradiándose a brazo izquierdo, acompañado de diaforesis, angustia, náuseas, disnea y temblor en manos, su mayor intensidad de dolor duro 40 minutos aproximadamente, a la hora disminuye de intensidad.

Al ingreso a la unidad se registran signos vitales encontrando presión arterial de 120/58, frecuencia cardíaca de 90 por min. Frecuencia respiratoria de 28 por minuto, temperatura de 36 grados y saturación de oxígeno de 85%, se coloca oxígeno por mascarilla reservorio con flujo de 6 litros por minuto, se conecta a monitor observando ritmo sinusal con frecuencia cardíaca de 90 por min. Se instala catéter central por yugular derecha y sonda foley para manejo y control de líquidos.

Posteriormente se realizan exámenes de laboratorio el cual reporta, hemoglobina 10.6, hematocrito 31.8%, potasio 4.9, enzimas cardíacas CPK 153, MB 13 glucosa de 179 mg. Tele de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma, el cual corrobora la presencia de infarto agudo al miocardio.

Actualmente se encuentra consciente, tranquilo, orientado en sus tres esferas con movimiento en las cuatro extremidades, ventilación espontánea, buena coloración de tegumentos, la oximetría de pulso con saturación de 94%, hemodinámicamente estable, tolerando el decúbito dorsal, con ruidos cardíacos rítmicos, sin datos de vómito, tolerando vía oral, pero con restricción de líquidos.

2.2.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

El Sr. J. Manifiesta que sus vías respiratorias están permeables, con buena entrada y salida de aire, con incremento en la frecuencia respiratoria de 28 por minuto y una frecuencia cardiaca de 90 por minuto, la saturación de oxígeno es de 85%, refiere no haber fumado durante el transcurso de su vida. Actualmente con oxígeno con mascarilla reservorio a 6 litros por minuto.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

El Sr. J. refiere que sus tres comidas las realiza en su casa, las cuales son buenas en cantidad y calidad, su desayuno consiste en jamón, leche y pan, lo toma a las 8:00 a.m. en la comida come pollo, verdura, agua, fruta y come a las 13:00 hrs. en la cena disminuye un poco su alimentación solo toma leche pan y fruta a las 19:00 hrs. Sus mucosas se mantienen rosadas y húmedas, con placa dental móvil, su dieta es blanda para diabético.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Sus hábitos de eliminación son: orina de 5 a 6 veces al día, con características normales, sus evacuaciones son cada tercer día de consistencia dura, ya que necesita tomar laxantes. Su abdomen es ligeramente globoso, blando, depresible, no doloroso, con peristalsis presente, actualmente con sonda foley para control de diuresis.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

El Sr. J. Refiere mantener una buena postura, camina dos veces al día con ayuda, ya que presenta dolor, edema en las articulaciones, lo que le impide realizar ejercicio, anteriormente nadaba y caminaba mucho para sentirse bien, su distracción es leer y ver la televisión. Actualmente se mantiene consciente tranquilo, con reposo absoluto en cama, pero se le aconseja realizar movimientos pasivos de las cuatro extremidades.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	
Dependiente	X

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Duerme 10 horas de 21 a 7 a.m. descansa por la tarde una hora de 17 a 18 p.m. comenta que no padece insomnio por lo general siente que descansa bien. Actualmente se encuentra ansioso, preocupado y con dificultad para conciliar el sueño ya que hay necesidad de dar sedantes para que logre descansar.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

En la forma de vestir el Sr. J. Manifiesta que su hija le ayuda a escoger su ropa y además le ayuda a vestirse, se pone lo que a él le gusta y sus creencias no influyen en la forma de vestir. Su aspecto es limpio y elegante.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

El Sr. J. Refiere que cuando existen cambios de temperatura le es difícil adaptarse a ellos a pesar de que viste de acuerdo a la ocasión. Actualmente se mantiene con piel caliente y manejando una temperatura de 36 grados.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

El Sr. J. Dice que se baña cada tercer día en la regadera y de preferencia a medio día (que hay sol) su cambio de ropa lo realiza diario, el lavado bucal tres veces al día, las manos se las lava antes de comer, después de ir al baño y cuantas veces sea necesario. No tiene creencias personales o religiosas que impidan sus hábitos higiénicos. Su aspecto es limpio, no hay halitosis, su aspecto de la piel es húmeda e hidratada.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

9 .- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Ante una situación de peligro se pone muy nervioso, angustiado y desesperado, conoce las medidas de protección en el hogar. Actualmente realiza control periódico de salud y se le recomienda no subir escaleras, ni caminar solo por la casa.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Es viudo desde hace 25 años, vive con su hija, yerno y sus nietos. Ante un problema le ayuda su familia y nunca permanece solo ya que siempre hay alguien que esta con él. Su estado de animo y carácter con los demás es agradable, alegre y sociable.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Su religión es católica y sus principales valores en su familia son: respeto, unidad, honestidad, trabajo y compromiso y los valores principales de él son respeto y humildad. El dice que es congruente su forma de vivir y su forma de pensar, ya que se siente satisfecho con lo que a realizado a lo largo de su vida, permite el despido con un beso en la mejilla y el saludo de mano con buen agrado.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Actualmente esta jubilado, desempeño un trabajo a nivel ejecutivo de ventas por 35 años, esta satisfecho con su trabajo ya que le permitió vivir cómodamente, actualmente esta satisfecho con lo logrado.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

13 .- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Al Sr. J. Le gusta leer y ver televisión, esto le permite distraerse, aunque en su comunidad existen cines, parques, teatros, le es difícil salir por el problema en sus articulaciones. Actualmente camina dos veces al día y se le aconseja realizar ejercicios en las piernas cuando este sentado.

Necesidad:

Independiente	
Parcialmente dependiente	X
Dependiente	

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Estudio bachillerato completo lo que le permitió saber leer y escribir además aprendió otro idioma (ingles), no tiene dificultad para aprender nuevas cosas, tiene conocimientos en sí mismo y no tiene problemas para comunicarse con los demás. Actualmente se encuentra consciente, tranquilo y bien orientado respecto al control y tratamiento que debe seguir sobre su padecimiento.

Necesidad:

Independiente	X
Parcialmente dependiente	
Dependiente	

2.3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LAS 14 NECESIDADES

1 .- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor retroesternal, manifestado por aumento en la frecuencia respiratoria, 28 por minuto y disminución de oximetría 85%.

2 .- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a falta de apetito, manifestado por náuseas.

3 .- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la eliminación intestinal, relacionado con estreñimiento, manifestado por heces duras.

Alteración de la eliminación urinaria, relacionada con retención de líquidos, manifestada por edema de miembros inferiores.

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería:

Intolerancia a la movilidad, relacionada con miedo un angor recurrente manifestado por dolor retroesternal

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón del sueño en relación con el tratamiento y el entorno, manifestado por insomnio.

6 .- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería:

Esta necesidad la tiene cubierta por lo que se aconseja únicamente continúe con el uso de ropa permitido por el hospital.

7 .- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Termorregulación ineficaz relacionada con tratamiento a base de vasodilatadores y envejecimiento, manifestado por piel fría, taquicardia, lechos ungueales cianóticos.

8 .- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit en el autocuidado en el baño relacionado con dolor precordial, manifestado por reposo absoluto.

9 .- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de sufrir traumatismo relacionado con reposo en cama prolongado, manifestado por inquietud y cambios frecuentes de posición.

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Debido a que esta necesidad la tiene resuelta dentro de su ámbito social y no tiene problemas para expresar sus dudas, deseos se le recomienda continuar siendo así, esto le ayuda a comprender mejor su enfermedad.

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería:

Debido a que esta necesidad la tiene resuelta solo se le recomienda continúe llevando a cabo sus creencias y valores.

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Durante el transcurso de su vida fue una persona trabajadora responsable y actualmente ya no trabaja, vive de su jubilación sin problema.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de las actividades recreativas relacionado con pérdida de la capacidad para realizar las actividades habituales, manifestado por dolor articular y marcha forzada.

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimiento para manejar su enfermedad relacionado con tratamiento médico, manifestado por temblor en manos y sudoración.

2.4.- PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1 .- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor retroesternal, manifestado por aumento en la frecuencia respiratoria, 28 por minuto y disminución de oximetría 85%.

OBJETIVO

El paciente mantendrá una frecuencia respiratoria eficaz y experimentara una mejoría en el intercambio gaseoso pulmonar.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Colocar oxígeno con mascarilla reservorio a seis litros por minuto.
- Instruir al paciente para que realice respiraciones lentas y eficaces.
- Asegurar al paciente que se tomaran medidas para salvaguardar su salud.
- Iniciar ejercicios respiratorios.
- Vigilar presencia de cianosis.
- Verificar saturación de oxígeno.

FUNDAMENTACIÓN

- El oxígeno es vital para la vida, sin oxígeno las células se debilitan y mueren.
- La oxígeno terapia puede aumentar el aporte de gas al miocardio.
- La falta de oxígeno produce aprensión y ansiedad al paciente.
- El organismo capta oxígeno y elimina bióxido de carbono y otras sustancias de desecho a través del aparato respiratorio y sistema circulatorio.
- La hematosis es el intercambio de gases entre los alvéolos y células tisulares.
- El ajuste hermético de la mascarilla a la cara del paciente asegura mayor concentración de oxígeno.
- Para que la función respiratoria sea normal, es esencial que las vías respiratorias estén permeables.
- Un suministro insuficiente de oxígeno deteriora el funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo.

EVALUACIÓN

El paciente esta iniciando sus ejercicios respiratorios de forma gradual y eficaz, lo que le ayuda a que su respiración sea normal.

2 .- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a falta de apetito, manifestado por náuseas.

OBJETIVO:

Proporcionar aquellos nutrientes necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades o complicaciones.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Dar una dieta hiposódica, hipercalórica e hiperproteica,
- Explicarle la importancia de consumir cantidades adecuadas de nutrientes.
- Proporcionar una atmósfera agradable y relajante para comer.
- Ofrecer comidas poco abundantes pero frecuentes para reducir la sensación de distensión abdominal estomacal.
- Colocarlo en posición semifowler.
- Vigilar que la dieta sea la indicada.

FUNDAMENTACIÓN:

- El estado nutricional del individuo está determinado por lo adecuado de los nutrientes específicos y los alimentos energéticos que recibe, absorbe y utiliza su cuerpo..
- Para una salud óptima se requiere una ingesta adecuada de nutrientes esenciales y alimentos energéticos.
- Las necesidades nutricionales suelen alterarse durante las enfermedades.
- La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesaria.

EVALUACIÓN:

Durante la estancia en el hospital el paciente llevo a cabo una dieta balanceada y equilibrada.

3 .- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 1

1.- Alteración de la eliminación intestinal, relacionado con estreñimiento, manifestado por heces duras.

OBJETIVO

Evitar que el paciente se estriña durante los días de reposo absoluto.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Proporcionar una dieta rica en fibra.
- Vigilar características de heces fecales.
- Administrar senosidos.
- Proporcionar un ambiente como y seguro.
- Realizar ejercicios pasivos.

FUNDAMENTACIÓN

- Una dieta equilibrada y rica en contenido de fibra ayuda al peristaltismo favoreciendo la eliminación.
- La valoración permite identificar factores que se relacionan con el estreñimiento.
- La medición de ingresos y egresos se emplea para valorar el estado de hidratación del usuario.
- El estrés, la ansiedad pueden alterar la función intestinal.
- La función intestinal consiste en eliminar los productos de desecho de la digestión.

EVALUACIÓN

Durante su estancia en el hospital se logro establecer su defecación normal.

Diagnóstico de enfermería: 2

2.- Alteración de la eliminación urinaria, relacionada con retención de líquidos, manifestada por edema de miembros inferiores.

OBJETIVO

Restablecer la eliminación urinaria normal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Instalación de sonda Foley.
- Cuantificación de orina cada hora.
- Evitar acodamientos de la sonda.
- Mantener una hidratación óptima.
- Control de líquidos.
- Vigilar características de la orina.
- Proporcionar información sobre la instalación de sonda Foley.
- Fijar la sonda de Foley.

FUNDAMENTACIÓN

- La medición de ingresos y egresos se emplea para valorar el estado de hidratación del paciente.
- Una eliminación de orina menor de 25 ml. por hora (600 en 24 hrs.) se considera inadecuada en adultos.
- La sonda actúa como canal para vaciar la vejiga.
- La medición precisa del ingreso y pérdida de los líquidos permite evaluar el equilibrio hídrico del organismo.
- El uso de material de fijación de la sonda a la piel previene lesiones.
- El adulto orina de 1000 a 1500 en 24 hrs.
- La aparición de elementos anormales (cilindros, células epiteliales renales, eritrocitos y leucocitos) en sedimentos urinarios son indicadores de infecciones renales.
- El conocimiento y comprensión del comportamiento humano, ayuda a disminuir la ansiedad o temor.

EVALUACIÓN

Durante su estancia en el hospital se logro establecer un volumen urinario normal.

4 .- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería:

Intolerancia a la movilidad, relacionada con miedo a un angor recurrente manifestado por dolor retroesternal.

OBJETIVO

Disminuir el dolor retroesternal para lograr movilidad en el paciente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar un ambiente cómodo y seguro.
- Asistir al paciente en la deambulaci3n temprana.
- Movilizaci3n pasiva en cama.
- Vendaje de miembros inferiores.
- Administraci3n de analgésicos.
- Aplicaci3n de la escala visual an3loga (EVA). Para valorar respuesta a los analgésicos.
- Posici3n anti-algica.

FUNDAMENTACI3N

- Realizar ejercicios, ayuda a prevenir la p3rdida de la funci3n motora.
- Los ejercicios disminuyen estr3s y por ende la tensi3n muscular.
- El reposo f3sico disminuye el consumo miocárdico de ox3geno.
- El dolor intenso puede trastornar los mecanismos de adaptaci3n del cuerpo.
- La sensibilidad de los tejidos del cuerpo a los est3mulos doloroso del cuerpo es diferente.
- La colocaci3n de vendaje en miembros inferiores evita vaso espasmo y éxtasis venoso mejorando la circulaci3n.
- Los ejercicios pasivos evitan el desarrollo de contracturas que puedan entorpecer el movimiento articular.
- Cuando los músculos no se utilizan, el proceso de degeneraci3n se inicia casi de inmediato.
- El dolor tiene una funci3n protectora que advierte a la persona la presencia o posibilidad de daño a los tejidos del cuerpo.
- La introducci3n de fármacos por vía endovenosa puede producir reacciones anafilactoideas rápidamente en individuos sensibilizados por reacci3n drástica y masiva anfigeno-anticuerpo.

EVALUACI3N

El paciente realiza sus ejercicios pasivos logrando así sentirse mejor.

5 .- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Diagn3stico de Enfermería:

Alteraci3n del patr3n del sueño en relaci3n con el tratamiento y el entorno, manifestado por insomnio.

OBJETIVO

Disminuir los factores que inhiben o impiden el sueño del paciente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Disminuir el ruido del cubículo.
- Disminuir molestias durante el periodo de sueño.
- Limitar la cantidad de sueño durante el día.
- Administrar algún inductor del sueño.
- Tomar algo ligero antes de acostarse (leche).

FUNDAMENTACIÓN

- Una persona para dormir y descansar necesita saber que su vida esta bajo control.
- La leche contiene triptofano (proteína que se cree produce y mantiene el sueño).
- Los periodos de sueño son un componente esencial del hombre.
- Las enfermedades alteran los patrones del sueño.
- Para su funcionamiento físico y psicosocial óptimo, el individuo necesita dormir el tiempo adecuado.

EVALUACIÓN

El paciente a manifestado a sus familiares que descanso bien durante la noche.

6 .- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico de Enfermería:

Esta necesidad la tiene cubierta por lo que se aconseja únicamente continúe con el uso de ropa permitido por el hospital.

7 .- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Termorregulación ineficaz relacionada con tratamiento a base de vasodilatadores y envejecimiento, manifestado por piel fría, taquicardia y lechos ungueales cianóticos.

OBJETIVO:

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Control de curva térmica.
- Aplicación de calor seco (lámparas, colchón térmico)
- Mantener ropa de cama seca.
- Poner calcetines.
- Evitar corrientes de aire (ventiladores).

JUSTIFICACIÓN.

- La actividad muscular, el tono muscular, la acción dinámica específica de los alimentos y los cambios en el índice basal metabólico, son los principales mecanismos que regulan la termogénesis.
- La recepción de calor procedentes de fuentes externas, ingestión de bebidas calientes y gran cantidad de ropa son mecanismos secundarios o extrínsecos que producen calor.
- La capacidad de las personas para tolerar el frío y el calor es variable. Los individuos en edades extremas son particularmente sensibles al calor y el frío.
- El calor se transmite al organismo por conducción, convección y radiación.
- El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales libres.
- Una habitación libre de corrientes de aire y temperaturas de 20 a 23 C° contribuyen al bienestar físico del paciente.
- Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios.

EVALUACIÓN:

Durante su estancia en el hospital el Sr. J. Se mantuvo con una buena temperatura 36C°.

8 .- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit en el autocuidado en el baño relacionado con dolor precordial, manifestado por reposo absoluto.

OBJETIVO

Mostrar una higiene óptima del paciente durante su estancia en el hospital.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Realizar baño de esponja.
- Mantener lubricada la piel.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Proporcionar una intimidad al paciente durante el baño.
- Cambios frecuentes de posición.
- Realizar cepillado bucal.
- Colocar cojín, almohada en medio de las extremidades para proteger las salientes óseas.

FUNDAMENTACIÓN

- El aseo con agua y jabón disminuye el riesgo de infección y además proporciona bienestar.
- La salud de la piel y mucosas dependen mucho de la nutrición e ingestión de líquidos y el ejercicio adecuado.
- Las costumbres higiénicas varían con las normas culturales.
- La integridad de la piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones.
- Una presión ejercida por una posición anormal, disminuye el aporte sanguíneo.
- La correcta alineación de los segmentos favorece el funcionamiento orgánico.
- La higiene bucal es básica para la salud y el bienestar del paciente.
- El cepillado elimina residuos de alimentos y estimula la circulación y nutrición de las encías.
- La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.
- El jabón saponifica las grasas.

EVALUACIÓN

Durante su estancia en el hospital el paciente permaneció limpio con piel humectada.

9 .- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de sufrir traumatismo relacionado con reposo en cama prolongado, manifestado por inquietud y cambios frecuentes de posición.

OBJETIVO

Evitar traumatismo del paciente durante su estancia en el hospital.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Subir barandales a la cama.
- Bajar la cama al máximo.
- Orientar al paciente sobre el entorno.
- Explicarle el sistema de llamado.
- Vigilar al paciente estrechamente durante las primeras noches.
- Utilizar una luz de noche.
- Animar al paciente a pedir ayuda durante la noche.

FUNDAMENTACIÓN

- La comodidad física mejora la sensación de bienestar y disminuye la angustia.
- Los sentidos del cuerpo que funcionan normalmente informan al individuo sobre los peligros del ambiente.
- La edad de una persona afecta su capacidad para percibir e interpretar estímulos sensoriales del ambiente y tomar la acción eficaz a fin de protegerse de los estímulos perjudiciales.
- La familiaridad con el ambiente lo hace menos peligroso.
- Las barandillas de la cama pueden impedir que el paciente ruede y se caiga.

EVALUACIÓN

Durante la estancia en el hospital el paciente parece estar cómodo y tranquilo.

10 .- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Esta necesidad la tiene resuelta dentro de su ámbito social y no tiene problemas para expresar sus dudas, deseos se le recomienda continuar siendo así, esto le ayuda a comprender mejor su enfermedad.

11 .- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico de Enfermería:

Esta necesidad la tiene resuelta solo se le recomienda continué llevando acabo sus creencias y valores.

12 .- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnóstico de Enfermería:

Durante el transcurso de su vida fue una persona trabajadora responsable y actualmente ya no trabaja, vive de su jubilación sin problema.

13 .- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de las actividades recreativas relacionado con pérdida de la capacidad para realizar las actividades habituales, manifestado por dolor articular y marcha forzada.

OBJETIVO

Motivar al paciente a realizar alguna actividad física y recreativa.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

- Realizar alguna actividad recreativa.
- Planear un horario para las visitas.
- Colocarlo cerca de una ventana si es posible.

- Proporcionarle material de lectura (libros, periódicos), radio y televisión.
- Planear una actividad diaria para que la persona tenga algo en perspectiva y mantener siempre las promesas.
- Evitar el uso de la televisión a menos que se desee mucho.

FUNDAMENTACIÓN

- La circulación del aire en una área previamente cerrada permite la distracción.
- Toda forma de comportamiento esta regida por motivaciones.
- El ejercicio tiene efectos beneficiosos en todos los sistemas del organismo.
- La utilización de conocimientos científicos y la comprensión del comportamiento humano influyen en la acción terapéutica.

EVALUACIÓN

El Sr. J. Manifiesta estar interesado en participar en alguna actividad recreativa para manejar su estado de ánimo.

14 .- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimiento para manejar su enfermedad relacionado con tratamiento médico, manifestado por temblor en manos y sudoración.

OBJETIVO

Lograr que el paciente conozca lo relacionado con su padecimiento.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Platicarle sobre su enfermedad, control y tratamiento.
- Orientarle sobre el tipo de alimentación que estará permitida.
- Capacitar a los familiares en los cuidados relacionados a su padecimiento.
- Proporcionar instrucciones con respecto a, medicación, dieta, signos y síntomas de alarma.
- Cuando sea necesario solicitar a los familiares demostración de habilidades para el cuidado de su paciente.

FUNDAMENTACIÓN

- El aprendizaje es más fácil si se comprenden los conceptos fundamentales en que se basa el material por aprender.
- El aprendizaje se facilita si el material para aprender se relaciona con lo que ya se sabe.
- La adquisición de conocimientos y capacidades permite la comprensión de una relación de ayuda.
- Para que el aprendizaje se realice es esencial la participación activa de quien aprende.
- El aprendizaje es más eficaz cuando se lleva a cabo en respuesta a una necesidad que siente quien aprende.

EVALUACIÓN

Durante su estancia en el hospital el paciente permaneció tranquilo y con menos angustia.

NOTA:

NECESIDADES DE: USO DE PRENDAS DE VESTIR, COMUNICARSE, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES Y TRABAJAR Y REALIZARSE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Debido a que estas necesidades las tiene cubiertas, es importante continuar con el cuidado para mantener el equilibrio de bienestar.

OBJETIVOS

Continuar cubriendo sus necesidades de usar prendas de vestir, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas por medio de la continuidad del cuidado.

Dar recomendaciones para su cuidado en relación con a su enfermedad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Fomentar una conducta de cuidado a través de la enseñanza.
- Estimular al Sr. J para que continúe manteniendo un bienestar óptimo.
- Continuar con los cuidados necesarios para lograr su pronta recuperación.

FUNDAMENTACIÓN

- La teoría del cuidado es una conducta aprendida que los individuos inician y llevan acabo por si mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar.
- Hay tres clases de requisitos para el cuidado:

1.- Requisitos universales, comunes a todo el mundo (aporte de aire, de agua, comida, eliminación, descanso, aislamiento, interacción social, prevención de peligros para la vida y el bienestar).

2.- Los requisitos del desarrollo son los asociados a los factores que fomentan los procesos de desarrollo conocidos a lo largo del ciclo vital.

3.- Los requisitos de la alteración de la salud aluden a los efectos y cambios de la estructura e integridad normales que influyen negativamente en la capacidad del individuo para cuidarse.

EVALUACIÓN

El Sr. J. a mostrado un gran interés en conocer a cerca de su cuidado y mejorar el estado de salud.

3.- PLAN DE ALTA

En cuanto a los cuidados que debe tener en su casa una vez que se haya recuperado del infarto agudo al miocardio son importantes ya que con esto podemos disminuir o prevenir las complicaciones.

Dieta:

- Hiposódica moderada.
- Evitar comidas voluminosas y apresuramientos.
- Alimentos permitidos: azúcar, aderezos, leche crema, queso, yogur, mayonesa, mantequilla, pollo, pescado, huevo, semillas oleaginosas, espinacas, rábano, lechuga, zanahoria, jitomate, brócoli, nopal, ejotes, pepino, papa, cebolla, sandía, melón, toronja, limón, manzana, pera, toronja, mango, guayaba, papaya durazno, pan, cereal, arroz, pastas.

Higiene:

- Baño de regadera.
- Mantener lubricada y seca la piel.

Generales:

- Modificar sus actividades durante la convalecencia para que se restablezca el miocardio.
- Evitar toda actividad que produzca dolor retroesternal, disnea, fatiga.
- Evitar extremos de calor y frío.
- Disminuir el peso según orden médica.
- Alternan los períodos de actividad y sueño.
- Restringir las bebidas con cafeína, ya que estas sustancias pueden alterar la frecuencia cardíaca, el ritmo cardíaco y la presión arterial.
- Acudir a sus citas médicas cada mes.

Ejercicio físico:

- No practicar ejercicios que pongan en tensión los músculos.
- Evitar ejercicio después de comer.
- Tomar el pulso durante la actividad física.

Acondicionamiento consisten en cuatro fases:

Primera fase, empieza tan pronto como ocurre el episodio agudo de la enfermedad, por lo regular mientras el paciente permanece en la unidad coronaria se sugiere:

- Movimiento de los brazos.

Segunda fase ocurre durante el resto de la hospitalización. En esta fase se les ayuda a darse cuenta de que su meta es la independencia a pesar de que esta en reposo absoluto, se recomienda:

- Sentarse en una silla y caminar.

Tercera fase empieza con el alta del paciente y continua durante su convalecencia se recomienda:

- Caminar de manera más vigorosa.

Cuarta fase consiste en el acondicionamiento a largo plazo y mantenimiento de la estabilidad cardiovascular, se recomienda:

- Trotar.

CONCLUSIONES

Una vez terminado este proceso atención enfermería concluí que el infarto al miocardio afecta principalmente a hombres de 40 a 60 años de edad, que habitualmente tienen factores de riesgo como aumento en el colesterol, diabetes, hipertensión arterial, abuso de cigarrillos y un estilo de vida sedentario.

Es por eso que se plantean alternativas que favorezcan la calidad de vida, promoviendo educación para la salud y una identificación de aquellos factores de riesgo que desencadenan esta patología y poderla prevenir. Ya que sus complicaciones son muy graves, por tal motivo la enfermera debe estar a la vanguardia para mejorar los conocimientos y habilidades para actuar en el momento preciso.

Como integrante del equipo multidisciplinario debo establecer instrumentos, específicos de enfermería que propongan alternativas de cambio para la superación en el ámbito laboral para beneficio del paciente, y al mismo tiempo disminuir la estancia hospitalaria, para continuar con una vida activa moderada, ya que la verdadera rehabilitación o reincorporación del paciente a sus actividades habituales es la meta que se persigue.

Por ello conforme pasa el tiempo la medicina y la enfermería van haciendo progresos y mayores conquistas, logrando que el enfermo coronario evite la idea errónea de que ha quedado en un estado de invalidez permanente. La enfermera y el paciente deben hacer un balance para que inicie una nueva vida con hábitos higiénicos estrictos en todos los sentidos para evitar volver a recaer en otro infarto.

Esta opción de titulación me pareció muy interesante ya que el proceso atención enfermería resultó de gran utilidad para mi formación, anteriormente no lo había realizado de esta manera, con una teórica y un modelo específico, porque no sabía como aplicarlo, en mi opinión el Proceso Atención de Enfermería nos proporciona beneficios y sobre todo hace que la enfermera adquiera ciertas habilidades en el cuidado del paciente.

Considero que todos los diferentes hospitales deberían tener un modelo de atención de enfermería y sobre todo aplicarlo a todos los pacientes con sus diferentes patologías. A mi se me dio la oportunidad de poder realizar este trabajo, quedando convencida que es de gran ayuda y un reto que nosotras como enfermeras debemos sugerir en nuestras diferentes áreas de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, G. A Thibodeau. *"Anatomía y Fisiología"*, Editorial Interamericana. Decima edición. México, D.F. 1998. p.p. 725.

Beverly Witter Dugas. *"Tratado de Enfermería Práctica"*, editorial Interamericana, S.A. de C.V. cuarta edición, 1986. p.p. 793.

Brunner Y. Suddarth. *"Enfermera Médico Quirúrgica"* MC Graw-Hill Interamericana cuarta edición, México D.F. 1994. p.p. 1132.

Colliere Marie Francois. *"Promover la Vida"*. Editorial Interamericana MC. Grace, España. p.p. 325.

Fernández Ferrer Carmen. Et. Al. *"El Proceso de Atención de Enfermería"*. Editorial Masson-Salvat, Primera edición, España 1993. p.p. 542

Guadalajara J. F. *"Cardiología"*, quinta edición, Editores Méndez, D.F. 2003. p.p. 613.

Soler Soler J. *"Cardiología"*. Ediciones doyma Barcelona Madrid 1986. p.p. 628.

Juall Carpenito Linda. *"Manual de Diagnósticos de Enfermería"*, Editorial MC. Graw-Hill Interamericana, cuarta edición, España 1993. p.p. 637.

Kozier RN, NM Barbara. *"Fundamentos de Enfermería"*, Concepto, Proceso y Práctica, MC Graw-Hill Interamericana CHA de C.V. quinta edición, 1999. p.p.856.

Loraine Blaxter, Christina H. *"Cómo se Hace una investigación"*. Editorial Gedisa. p.p. 412

Namakforcosh. *"Metodología de la Investigación"*. Editorial Limusa, segunda edición, México, D.F. p.p.326.

Nordmark-Rohweder. *"Bases científicas de la Enfermería"*, Ediciones Científicas la Presa. segunda edición. p.p. 712.

Phaneuf. Margot. *“La Planificación de los Cuidados Enfermeros”*. Editorial Mc. Graw-Hill, primera edición, México 1999. p.p. 281.

Rodríguez S. Berta. *“Proceso Enfermero”*. Ediciones Cuellar, segunda edición, Guadalajara, Jalisco, 2002. p.p. 276.

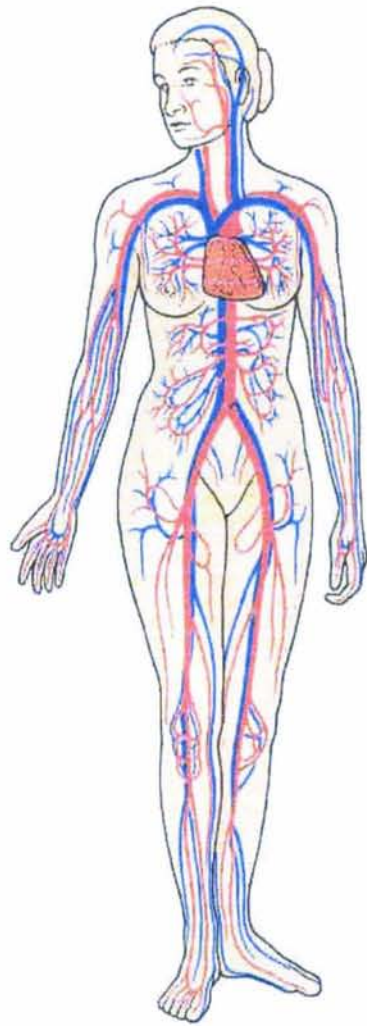
Rosales Barrera Susana. *“Fundamentos de Enfermería”*, Editorial El Manual Moderno, octava edición, México D.F. 1991. p.p. 463.

Sosa Martínez José. *“Método Científico”*. Editorial Sitsa, primera edición, México. p.p. 228.

Tomey Alligood Marriner. *“Modelos y Teorías en Enfermería”*, Mosby-Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, España, 1998. p.p. 649.

Ugalde Apaletegui Mercedes. *“Diagnósticos de Enfermería”*, Taxonomía de la NANDA Masson, S.A. de C.V. Barcelona 2004. p.p. 125.

Vela Espino Jorga. *“Introducción a la Cardiología”*. Editorial Manual Moderno, primera edición, México, D.F. p.p. 872.



ANEXOS

ANEXO 1

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

1.- OXIGENACIÓN

- 1- ¿Siente que respira bien?
2. - ¿Tiene dolor cuando respira?
3. - ¿Realiza actividades para mejorar o mantener su respiración? ¿Cuáles?
4. - ¿ Por algunas circunstancias inhala alguna sustancia? ¿Cuáles?
5. - ¿ Fuma?
6. - ¿ Desde cuando fuma?
7. - ¿Cuántos cigarrillos al día?
8. - ¿Qué tipo de cigarrillos fuma?
9. - ¿ Convive con fumadores?
10. - ¿ Hace algo para evitarlo?
11. - ¿ Varía la cantidad según su estado emocional? ¿Cuándo?
12. - ¿ Padece de tos frecuente?
13. - ¿ De que tipo?
14. - Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal.
15. - Circulación del retorno venoso.
16. - Estado de conciencia.

2. - NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

1. - ¿ Cuantos vasos de agua toma al día?
2. - ¿ El agua que consume es?
3. - ¿ Sabe usted que consecuencias origina el tomar agua no tratada?
4. - ¿ Sabe usted las consecuencias que originan el no tomar agua en cantidad suficiente?
5. - ¿ Toma otro tipo de líquido? ¿ Cuales y Cuánto?
6. - ¿ Cuantas comidas realiza al día?

	TIPO DE ALIMENTOS	HORA HABITUAL
DESAYUNO		
COMIDA		
CENA		
OTROS		

7. - ¿ Dónde consume sus alimentos habitualmente?
8. - ¿ Come alimentos entre comidas? ¿ Cuales?
9. - ¿ Tiene alergias o intolerancia a algún alimento?
10. - ¿ Tiene algún trastorno digestivo?
11. - ¿ Padece algún problema de la masticación o deglución?

OBSERVACIÓN

- Turgencia de la piel.
- Características de las mucosas.
- Características de uñas y cabello.
- Funcionamiento neuromuscular y esquelético.
- Aspecto de los dientes y encías.
- Heridas, tipo y tiempo de cicatrización.

3. - ELIMINACIÓN

1. - ¿ Cuántas veces orina en 24 hrs.?
2. - ¿ Qué características tiene?
3. - ¿ Cuántas veces evacua en 24 Hrs?
4. - ¿ Qué características presenta?
5. - ¿ Ha presentado sangrado en orina o en heces?
6. - ¿ Presenta dolor al orinar o defecar?
7. - ¿ Usa laxantes? ¿Cuál?
8. - ¿ Influyen sus emociones en la eliminación?

OBSERVACIONES

- Abdomen y características:
- Ruidos intestinales:

4. - MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

1. - ¿ Práctica algún deporte o ejercicio? ¿ De que tipo y frecuencia?
2. - ¿ Con qué finalidad lo practica?
3. - ¿ Las actividades que desempeña en 24 hrs.? le demandan un esfuerzo de tipo?
4. - ¿Cuál es su distracción favorita?
5. - ¿ Con qué frecuencia lo realiza?
6. - ¿ Sale de vacaciones? ¿ Cuántas veces al año?
7. - ¿ Cuántos días a la semana tiene de descanso?
8. - ¿ A qué los dedica?
9. - ¿ Cuántas horas trabaja al día?

OBSERVACIÓN

- Estado del sistema músculo esquelético (fuerza)
- Capacidad muscular tono, resistencia, flexibilidad.
- Necesita ayuda para la deambulaci3n.
- Presenta dolor con el movimiento.
- Presenta temblores.
- Estado de conciencia.
- Estado emocional.

5. - DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño:

Horario de sueño:

Horas de descanso:

Horario de descanso:

1. - ¿ Padece insomnio?
2. - ¿ A qué se debe?
3. - ¿ Realiza alguna actividad y/o apoyo para conciliar el sueño? ¿Cuál?
4. - ¿ Se siente descansado al levantarse?

OBSERVACIÓN

- ¿ Hay presencia de ansiedad, estr3s o dislalia?
- ¿ Responde a est3mulos?

6. - USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

1. - ¿ Influye su estado de 3nimo para la selecci3n de sus prendas de vestir?
2. - ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?
3. - ¿ Sus creencias le impide vestirse como a usted le gustar3a?
4. - ¿ Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario?

OBSERVACIÓN

- ¿ Viste de acuerdo a su edad?
- ¿ Tiene la capacidad motora para vestirse y desvestirse por s3 solo?
- ¿ Su vestimenta es completa?
- ¿ En qu3 condiciones se encuentra?

7. - TERMORREGULACIÓN

1. - ¿ Se adapta a los cambios de temperatura? ¿ Se enferma?
2. - ¿ Práctica algún tipo de ejercicio y con que frecuencia lo realiza?
3. - ¿Cuál es la temperatura ambiental que más le agrada?

OBSERVACIÓN

- Características de la piel:
- Condiciones del entorno físico:

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

1. - ¿ Cada cuándo se baña?
2. - ¿Cuál es el momento preferido para el baño?
3. - ¿ Con qué frecuencia se cambia la ropa?
4. - ¿ Cuántas veces al día se lava los dientes?
5. - ¿ Cuántas veces al día se lava las manos y en que momento lo realiza?
- 6.- ¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

OBSERVACIÓN

- Aspecto general:
- Olor corporal:
- Halitosis:
- Estado del cuero cabelludo:
- Lesiones dérmicas de que tipo:

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

1. - ¿ Qué miembros componen su familia?
2. - ¿ Cómo reacciona ante una situación de urgencia?
- 3.- ¿ Conoce medidas de prevención de accidentes en el hogar y el trabajo?
4. - ¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados?
5. - ¿ Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?

OBSERVACIONES

- Deformidades congénitas:
- Condiciones del ambiente en su hogar.
- Condiciones del ambiente en su trabajo.

10. - NECESIDAD DE COMUNICARSE

1. - ¿ Estado civil?
2. - ¿ Años de relación?
3. - ¿ Con quién vive?
4. - ¿ Padece de estrés?
5. - ¿ Qué persona o (s) le ayudan a manejarlo?
6. - ¿ Qué rol tiene en su familia?
7. - ¿ Comunica sus problemas debido a su enfermedad o estado?
8. - ¿ Cuánto tiempo pasa solo?
9. - ¿ Cómo considera que son sus relaciones con los demás?
10. - ¿ Cómo es su estado de animo y carácter con los demás?
11. - ¿ Siente miedo o temor por algún motivo?

11. - NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

- 1.- ¿ Qué religión práctica?
- 2.- ¿ Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?
3. - ¿ Cuáles son los principales valores en su familia?
4. - ¿ Cuáles son los principales valores para usted?
5. - ¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?

OBSERVACIONES

- ¿Permite el contacto físico?
- ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. - TRABAJAR Y REALIZARSE

1. - ¿ Trabaja actualmente?
2. - ¿ Qué tipo de trabajo desempeña?
3. - ¿ Cuánto tiempo le dedica al trabajo?
4. - ¿ Esta satisfecho con su trabajo?
5. - ¿ Tiene riesgos de sufrir lesiones en su trabajo y de que tipo?
6. - ¿ Su renumeración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
7. - ¿ Está satisfecho con el rol familiar que juega?
8. - ¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus necesidades?

13. - JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

1. - ¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación?
2. - ¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?

14. - APRENDIZAJE

1. - ¿ Qué estudios ha realizado?
2. - ¿ Puede leer y escribir?
3. - ¿ Ha tenido dificultad en aprender cosas nuevas?
4. - ¿ Cómo le resulta más fácil aprender (leyendo, aprendiendo, observando)?
5. - ¿ Tiene conocimiento sobre sí mismo?
6. - ¿ Domina algún otro idioma?
7. - ¿ Tiene problemas para comunicarse con los demás?

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1.- OXIGENACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
3.- ELIMINACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I _____ PD _____ D _____	
5.- DESCANSO Y SUEÑO	I _____ PD _____ D _____	
6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I _____ PD _____ D _____	
7.- TERMORREGULACIÓN	I _____ PD _____ D _____	
8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	I _____ PD _____ D _____	
9.- EVITAR PELIGROS	I _____ PD _____ D _____	
10.- COMUNICARSE	I _____ PD _____ D _____	
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	I _____ PD _____ D _____	

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	I _____ PD _____ D _____	
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I _____ PD _____ D _____	
14.- APRENDIZAJE	I _____ PD _____ D _____	