



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN CLIENTE DE LA TERAPIA  
POSTQUIRÚRGICA DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO  
"LA RAZA" I.M.S.S.

Que para obtener el título de:

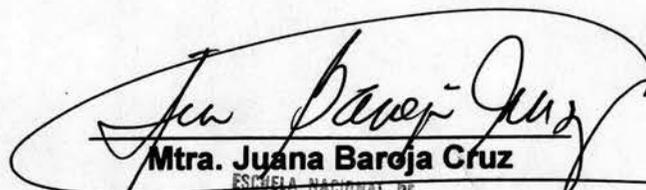
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

**ESTRADA PRESTADO MARIA VICTORIA**

No. Cta. : 095534024

**DIRECTORA DEL TRABAJO**

  
**Mtra. Juana Baroja Cruz**  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

México, 2004



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## LA VIDA

La vida es una oportunidad... ¡Aprovéchala!  
La vida es belleza... ¡Admírala!  
La vida es dicha... ¡saboréala!  
La vida es un sueño... ¡Hazlo realidad!  
La vida es un reto... ¡Afróntalo!  
La vida es un deber... ¡Cúmplelo!  
La vida es un juego... ¡Juégalo!  
La vida es valiosa... ¡Cuidala!  
La vida es riqueza... ¡Consévala!  
La vida es amor... ¡Gózala!  
La vida es un misterio... ¡Devélalo!  
La vida es una promesa... ¡Lógrala!  
La vida es tristeza... ¡Supérala!  
La vida es un himno... ¡Cántalo!  
La vida es tragedia... ¡Enfréntala!  
La vida es aventura... ¡Vívela!  
La vida es Suerte... ¡Persíguela!  
La vida es preciosa... ¡No la destruyas!  
La vida es vida... ¡Defiéndela!

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Estrada Prestado Maria Victoria

FECHA:

23- Agosto-2004

FIRMA:

Estrada Prestado Maria Victoria

Madre Teresa de Calcuta.

# ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
<b>CAPITULO I ALGUNOS CONCEPTOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA</b>	
1.1. BREVE PANORAMA HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA.....	5
1.2. IDENTIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.....	10
1.3. EL CUIDADO, OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA.....	11
1.4 CORRIENTES FILOSÓFICAS EN ENFERMERÍA.....	13
1.5. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.....	16
1.6. METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.....	16
1.7. BREVE PANORAMA LEGAL Y ÉTICO DE LA ENFERMERÍA	
1.7.1. ASPECTO LEGAL.....	18
1.7.2. ASPECTOS ÉTICOS.....	19
<b>CAPITULO II BASES TEÓRICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PAE.....	21
2.2. DEFINICIÓN DEL MÉTODO.....	21
2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
2.3.1. VALORACIÓN.....	22
2.3.2. DIAGNÓSTICO.....	25
2.3.3. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	29
2.3.4. EJECUCIÓN.....	31
2.3.5. EVALUACIÓN.....	31
<b>CAPITULO III MODELO DE VIRGINIA HENDERSON</b>	
3.1. TRAYECTORIA DE VIRGINIA HENDERSON.....	33
3.2. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, VIRGINIA HENDERSON.....	33
3.2.1. LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA.....	34
3.2.2. LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.....	34
3.2.3. DEFINICIÓN DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.....	36

<b>CAPITULO IV APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA</b>	
4.1. CONTEXTO.....	38
4.2. SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRURGICA.....	39
4.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CLIENTE DE LA TERAPIA POSTQUIRÚRGICA	
4.3.1 PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN.....	40
4.3.2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	42
4.3.3. TERCERA, CUARTA Y QUINTA ETAPA: PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	44
4.3.4. RESULTADOS.....	58
4.3.5. SEGUIMIENTO.....	58
4.3.6. PLANDE ALTA.....	60
<b>CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>CAPITULO VI BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el país está viviendo una situación cambiante, con la globalización lo cual redundará en más pobreza, analfabetismo y falta de equidad en los servicios de salud para la población, por lo que a las enfermeras nos corresponde formar parte de la estrategia que el gobierno se ha planteado, dar prioridad al primer nivel de atención.

La enfermería ha existido desde que hubo enfermos, pero es con Florens Nightingale cuando se empieza a reconocer la importancia de la enfermería en la prevención y recuperación de la salud. La enfermería desde sus inicios se ha caracterizado por ser un grupo de mujeres con la fortaleza física, capacidad intelectual, sentimientos humanitarios y una actitud de servicio a los demás.

En la actualidad este grupo no solo lo conforman mujeres si no también hombres que tienen estas mismas características. Aunando a este gremio un conocimiento científico impartido en las escuelas y universidades de enfermería. Dando así a la atención que brinda la enfermera un gran valor en su práctica diaria.

Al inicio esta práctica englobaba muchos papeles, tal vez sin centrarse en el paciente como parte primordial de su quehacer diario. Con la introducción del Proceso de Atención de Enfermería en la enseñanza de la enfermera se esperaba poder dar un cuidado individual a la persona, sin embargo, se hace necesario favorecer el pensamiento reflexivo de las estudiantes de enfermería, impulsando su participación activa en la atención al paciente, ordenando y sistematizando pasos para implementar un plan de cuidados mediante el cual se pretende dar al paciente un trato más individual, atendiendo necesidades enfocadas en sus cuatro esferas (bio – psico – social – espiritual).

La aplicación del proceso de enfermería (PE) ayuda a identificar problemas únicos en cada paciente, formular objetivos e intervenciones individualizadas, dando a la atención de enfermería, un enfoque holístico; considerando tanto los problemas como los efectos de estos sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado.

El proceso de enfermería es el método en el cual se aplica un marco teórico a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas, el cual requiere capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. El Proceso de Enfermería posee una base teórica fundamentada en una amplia base de conocimientos científicos y de humanidades, pudiendo ser aplicado a cualquiera de los modelos de enfermería.

En el capítulo uno se da un breve panorama de los antecedentes históricos de la enfermería, la importancia de la labor que realiza, corrientes filosóficas, algunos aspectos legales, éticos y el metaparadigma de enfermería. En el capítulo dos se define lo que es el proceso de atención de enfermería y sus cinco etapas. En el capítulo tres se describe el proceso de atención de enfermería con el enfoque de Virginia Henderson. En el capítulo cuatro se desarrolla un Proceso de Enfermería en un paciente de la terapia posquirúrgica, desde la perspectiva teórica de Virginia Henderson.

La Revascularización coronaria, se dice que corrige la sintomatología hasta en un 80% de los casos, con un índice de mortalidad muy bajo. Esto a pesar de los métodos invasivos tan agresivos que se emplean en su manejo quirúrgico y posquirúrgico (proceso quirúrgico donde hay fractura de esternón y desplazamiento de músculos, uso de bomba de circulación extracorpórea, uso de Swan Ganz, catéteres de otros tipos, punción periférica y arteria, intubación endotraqueal, sonda nasogastrica u orogástrica, sonda mediastinal y pleural, catéter de marcapasos, catéter de aurícula izquierda, sonda foley, etc.) convirtiendo a la persona en un ser totalmente dependiente de la enfermera, quien gracias al Proceso Enfermero basado en la teoría de Virginia Henderson podrá brindar un cuidado organizado, sistematizado e individualizado a cada persona.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Realizar un proceso de atención de enfermería en un paciente de la terapia postquirúrgica del Hospital General centro médico "La Raza" con el enfoque de Virginia Henderson.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Mencionar un breve panorama de la enfermería.
- Describir las etapas que comprende el proceso de atención de enfermería.
- Describir algunos conceptos teóricos de enfermería.
- Conocer el modelo de Virginia Henderson.
- Aplicar el PAE a la atención personalizada de un paciente de la terapia postquirúrgica.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo se elaboró entre otros propósitos con la finalidad de aplicar los conocimientos adquiridos en el desarrollar un proceso de atención de enfermería, comprendiendo sus cinco etapas, con el enfoque teórico de Virginia Henderson valorando sus catorce necesidades, aplicado a un paciente de la terapia postquirúrgica.

Así mismo el presente proceso de atención de enfermería tiene la finalidad de presentarse como trabajo recepcional para obtener el título de licenciado en enfermería y obstetricia.

# CAPITULO I ALGUNOS CONCEPTOS TEORICOS DE ENFERMERÍA

## 1.1. BREVE PANORAMA HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. La historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una gran epopeya llena de triunfos, desgracias y aventuras. Los momentos de la historia también han sido decisivos para la enfermería, dando lugar a un mayor grado de consideración hacia los desvalidos y oprimidos, benevolencia y compasión para los desgraciados y los que sufren, tolerancia a aquellos de religión, raza o color diferentes, esto tiende a promover actitudes como la enfermería que son fundamentalmente humanitarios”<sup>1</sup>

En la prehistoria dentro de cada grupo había miembros que transmitían sus conocimientos de generación en generación. Ocasionalmente, cuando los diferentes grupos entraban en contacto, se producía un intercambio de conocimientos que permitía la evolución.

Se consideraba que la enfermedad estaba producida por espíritus que habitaban en la naturaleza (animales, rocas, plantas, fenómenos meteorológicos...) y que los poseían. Esto se denomina Animismo.

Utilizaban ritos mágicos para hacer que los espíritus se fuesen. Poco a poco fueron evolucionando y apareció el Empirismo. Observando la naturaleza comprendieron que había elementos que podían ser beneficiosos en determinadas circunstancias. Y la magia se mezcló con los remedios naturales. Este papel estaba en manos del curandero, chaman, mago, brujos de cada tribu.<sup>2</sup>

En las civilizaciones antiguas se han encontrado papiros donde se describen síntomas de enfermedades conocidas y tratamientos, otros hablan del cuidado que tenían con su higiene personal y con su ropa.

En la cultura griega había hombres polifacéticos que solían dedicarse a varias disciplinas a la vez (filosofía, medicina, matemáticas, astronomía...) se dieron cuenta de la importancia del estilo de vida, la higiene y la nutrición para conservar la salud. Esto, junto con los estudios anatómicos, hizo que la civilización griega fuera la primera en aplicar métodos más o menos científicos en la práctica médica, que después la civilización romana importó.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Patricia M. Donahue, Historia de la enfermería, edt, Doyman, España 1995, p. 2

<sup>2</sup> Ibit, p. 31

<sup>3</sup> Ibit. P.40

Las mujeres eran quienes cuidaban de los enfermos, atendían los partos, cuidaban de los niños y de los ancianos. Ya existían comadronas, que podían ser libres o esclavas. Y auxiliares del médico, que normalmente eran hombres y esclavos.

Durante la civilización romana se avanzó mucho en la canalización de aguas, en la construcción de baños públicos y en los masajes terapéuticos. También nació la medicina preventiva actual.<sup>4</sup>

En la edad media en la cultura Islámica se crearon hospitales para los primeros cristianos, que fueron los más importantes, eran además escuelas de medicina, y fueron los pioneros en dividirlos en salas según las patologías. Se describe la existencia de comadronas y personal de enfermería debidamente preparado en los quirófanos, ya que la cirugía era muy importante. Y se supone que había bastante personal de enfermería en las salas. Disponían de importantes farmacias con productos vegetales, minerales y animales. Eran cuidadosos con la salud pública y vigilaban mataderos, cocinas y baños públicos.<sup>5</sup>

Cuando Jerusalén fue conquistada, muchos cristianos fueron de peregrinación a Tierra Santa. Esto hizo que nacieran las Hermandades Hospitalarias que atendían a los caminantes y a los enfermos. De la misma manera el Camino de Santiago hizo aparecer, en España y Europa, hospitales para atender y dar cobijo a los peregrinos. Y permitió el intercambio de conocimientos.<sup>6</sup>

Durante la Edad Media la alimentación era una parte muy importante del tratamiento de las enfermedades. La mal nutrición y la pobreza de gran parte de la población, hacía que poder alimentarse bien les ayudara a superar algunas enfermedades. Mientras avanza la Edad Media desaparecen los feudos y crecen las ciudades. Los trabajadores se agrupan en gremios para proteger sus intereses. La enfermería no se constituyó nunca como gremio porque era considerada un trabajo con base religiosa.<sup>7</sup>

En el siglo XIII se crean las primeras universidades. Esto permitió que la enseñanza se desligara un poco de la Iglesia, y el pensamiento empezara a dar un tímido giro hacia la independencia y el rigor científico.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Donahue M. Patricia, Historia de la enfermería, edt, Doyman, España 1995, p. 66

<sup>5</sup> *Ibid.* p. 76

<sup>6</sup> Hernández Martínez Francisca, Historia de la enfermería en España, Edt. Síntesis, España, 1996, p. 98

<sup>7</sup> *Ibid.* P. 105

<sup>8</sup> *Ibid.* P. 224

En el siglo XVII todavía no se conocían la mayoría de los agentes causales de las enfermedades, ni sus vías de transmisión, ni los periodos de incubación.

Los cuidados iban encaminados a tratar solo los signos y síntomas. Por eso la observación del paciente en la práctica clínica diaria era muy importante para poder curar a los enfermos. Y aquellos enfermeros basaron su práctica en cuatro funciones: Curas, administración, docencia e investigación. Se les exigía saber leer y escribir para que pudieran entender las prescripciones médicas y para que llevaran un registro escrito de sus tareas diarias.<sup>9</sup>

En la segunda mitad del siglo XIX los avances técnicos y científicos permiten cada vez intervenciones más complicadas. La medicina se tecnifica y se especializa. El año 1864 se funda la Cruz Roja. Joseph Lister empieza a utilizar fenol como desinfectante quirúrgico con muy buenos resultados y de rebote su ayudante, la enfermera Caroline Hampton, utiliza por primera vez guantes quirúrgicos para proteger su piel de los efectos corrosivos del fenol. Se inventa la jeringa para poder inyectar morfina y al cabo de unos años Heinrich Dreser crea la heroína (ironías de la vida) para evitar los efectos de drogodependencia de la morfina. Pasteur hace importantes avances en microbiología y vacunas. El matrimonio Curie descubre la radioactividad.<sup>10</sup>

Las instituciones religiosas y laicas aparecen sobre todo a fines del siglo XIX y principios del siglo XX para la atención de pobres y enfermos que quedan fuera de la atención sanitaria. Todas ellas han contribuido a que la enfermería tenga una identidad en nuestros días. En España las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional. Hasta 1915 se regula a la enfermería como una profesión, la carrera de enfermería sólo se impartía en una facultad de medicina.<sup>11</sup>

Para entender la situación actual de la profesionalización en México es necesario hacer referencia al proceso de las dos prácticas que la conformaron: la de parteras y la asistencial. Los antecedentes de la actividad de partera en el México antiguo se conocen con la figura de la Tlamatquitcil o partera azteca, poseía la categoría de mujer sabia, su educación la adquiría a través de la educación matrilineal, presentaba un examen de destreza para recibir una licencia de la institución pública. Conocía ya el uso de la herbolaria, útil para la atención de la madre y el niño.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Donahue M. Patricia, Historia de la enfermería, edt, Doyman, España 1995, p.337

<sup>10</sup> Ibit. P. 360

<sup>11</sup> Sillez Gonzales José, Historia de la enfermería, edt. Agua clara, España, 1999, p.328

<sup>12</sup> Ríos Everardo Maribel, El Género en la socialización profesional de enfermeras, Edt. UNAM., México 2001, p. 67

La tlamatquitcil desempeñaba otras actividades: de apoyo psicológico a las mujeres y a las parejas, realizaba visitas a los hogares; en la educación materno infantil; en la atención continua del embarazo; parto y puerperio.

Durante la colonia, ciertos saberes de las parteras y curanderas se transmitieron oral y clandestinamente a las mujeres de los sectores populares, para que atendieran de algunas enfermedades y de parto, a las mujeres indias y mulatas.

De alguna manera, estas mujeres fueron las herederas del conocimiento de las parteras aztecas. La salud indígena se modificó drásticamente dado el tipo de enfermedades traídas por los conquistadores que, al ser desconocidas por la medicina indígena, ocasionaron grandes estragos en la población. Así entre 1519 y 1607, la población se redujo como consecuencia de la guerra y las epidemias.<sup>13</sup>

Las monjas, como es el caso de las hermanas de la Inmaculada Concepción, fueron por mucho tiempo encomendadas al cuidado de los pacientes y de los enfermos durante las epidemias. Además, algunas mujeres españolas traídas por las tropas de Hernán Cortés y de Pánfilo de Narváez, también fungieron como asistentes y parteras, auxiliadas por mujeres indias y mulatas de condición social y educación baja, que eran a quienes les estaba permitido trabajar, realizando actividades de limpieza y mensajería en los hospitales y dependían jerárquicamente de la partera, el médico o a las ordenes religiosas, según las características y la administración de las instituciones en que se encontraban.

No fue sino en el año de 1772, cuando el cirujano mayor del Hospital Real de Guadalajara se le ordena dar instrucción formal a las parteras, en 1806, se imprimió en México una cartilla para instruir a las matronas o comadronas en el oficio de partear. Esta cartilla, escrita en forma de catecismo, contenía los siguientes capítulos: definición y cualidades físicas y morales de una comadrona, la anatomía del estado de preñez y del parto. La cartilla era muy breve y deficiente, además pocas mujeres sabían leer y escribir. Se sabe que en 1830 había sólo dos parteras registradas. También existían varios cirujanos romarcistas de renombre para atender partos, que poco tiempo después figuraron en la enseñanza obstétrica y fueron el germen que substituiría muchos años después a las parteras en el ejercicio de la obstetricia.<sup>14</sup>

Por otra parte, en 1874, el presidente de la República Sebastián Lerdo de Tejada expidió un decreto, derivado de las leyes de reforma, donde se exigió la salida de todas las religiosas de los hospitales. Dichas condiciones posibilitaron la creación de la Escuela de Enfermería en el Hospital General de México. De este modo, puede observarse las diferencias que existían en cuanto al surgimiento y

---

<sup>13</sup> Ríos Everardo Maribel, *El Género en la socialización profesional de enfermeras*, Edt. UNAM., México 2001, p. 70

<sup>14</sup> *Ibid.* p.75

desarrollo de ambas profesiones: la de partera con una función y práctica definidas, profesión antigua y la de enfermera que surge como consecuencia de una necesidad de ayuda asistencial impuesta, con definiciones poco concretas sobre su práctica, además de poco remunerada.<sup>15</sup>

En la época contemporánea se formaron las escuelas de enfermería en los comienzos del siglo XX, los avances de la teoría y el progreso de la cirugía en la medicina modificaron las necesidades asistenciales, las cuales venían cubriendo las religiosas por lo que se requirió personal capacitado, abrir espacios y trabajo a mujeres-enfermeras formadas en la práctica. Inicialmente se establecieron cursos informales para entrenar a las enfermeras en algunos hospitales, como el Juárez, el San Andrés, el Hospital General que se creó en 1903 y donde la formación de enfermeras se dio de manera poco planeada, cuyas funciones eran: hacer curaciones y preparar la consulta externa, la cual consistía en tomar los signos vitales, peso y talla.<sup>16</sup>

Cabe hacer notar que la admisión a la escuela era exclusivamente para mujeres, los hombres fueron excluidos de la formación sistemática y los pocos que estaban en el ejercicio fueron canalizados a los hospitales psiquiátricos; la actividad de la enfermera se consideraba como un quehacer que prolongaba naturalmente las ocupaciones que las mujeres realizaban en su casa.

El Dr. Everardo Landa separa en 1945, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) con independencia administrativa de la Escuela de medicina. La Dra. Lejía Paz organizó los servicios de enfermería rural, implantó métodos y sistemas mejor organizados, tomados de instituciones extranjeras. Consiguió becas y tuvo especialmente empeño en conseguir un edificio propio para la Escuela de Enfermería. Así mismo, formó parte del seminario de Zimapán del cual nació una mejor organización de la enseñanza técnica en la Enfermería Latinoamericana y se sentaron las bases para la enseñanza moderna de la enfermería que actualmente se lleva a cabo en nuestro país.<sup>17</sup>

Después de la gestión de la Dra. Lejía Paz, asumieron la dirección de la escuela por diferentes períodos, seis médicos. Hasta 1974, la enfermera Marina Guzmán Vann Meeter de Cisneros tomó por primera vez la dirección de la escuela y entre otras actividades realizó la evaluación del plan de estudios, favoreciendo así los planes de nivel técnico y de licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la ENEO, aprobados en 1979. También implantó en 1976, los estudios en la modalidad de sistema abierto. La importancia y el liderazgo que ha tenido la ENEO dentro de las diferentes escuelas de enfermería en México y en particular en la UNAM, es

---

<sup>15</sup> Ríos Everardo Maribel, El Género en la socialización profesional de enfermeras, Edt. UNAM., México 2001, p. 77

<sup>16</sup> Ibid. P. 78

<sup>17</sup> Ibid. p.81

indiscutible. Por lo que otras escuelas de enfermería han retomado su plan de estudios.<sup>18</sup>

## 1.2. IDENTIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

A través del tiempo a la enfermera se le ha visto como a la auxiliar del médico, pero como estamos en un mundo dinámico, la imagen de la enfermera se ha ido transformando y ahora se lucha por tener una identidad propia, esto nos lleva a la preocupación de encontrar las raíces de la práctica profesional y el deseo de dar sentido a los cuidados de los enfermos. Por tanto, analizando la identidad del trabajo tal como la explica R. Sainsaulieu, podemos comprobar que, cuanto más próxima esté la práctica de las enfermeras en el hospital a la del médico, como en el caso de los hospitales de especialidades y más aun los servicios de vanguardia dirigidos a la investigación, más posibilidades hay de modificar la marca socioprofesional que identifica a la enfermera acercándola al modelo gratificante y seguro que representa al médico<sup>19</sup>

En estos servicios las enfermeras se encuentran con tres condiciones esenciales para lograr el reconocimiento<sup>20</sup>:

- 1) **La condición de la similitud:** La presencia de elementos comunes entre el sujeto y el modelo facilita la identificación, en los servicios estos elementos son los de la tecnología de vanguardia y el hipertecnicismo.
- 2) **La condición de poder,** la identidad es más importante si el modelo tiene prestigio, prestigio del hombre ante la mujer, prestigio del médico frente a la enfermera, prestigio de la filiación médica mediante la cual la enfermera adquiere sus conocimientos, sin hablar del prestigio del médico ante los enfermos
- 3) **Condición afectiva** la cual refuerza las dos anteriores, uno se identifica más con el modelo que le resulta más simpático

El intentar la desmedicalizar los cuidados de enfermería es poder identificar su naturaleza y diferenciarlos de los cuidados médicos, tratando de hacerlos siempre complementarios.

---

<sup>18</sup> Ríos Everardo Maribel, El Genero en la socialización profesional de enfermeras, Edt. UNAM., México 2001, p.83

<sup>19</sup> Collière Marie Fracoise, Promover la vida, Edit. Mc.graw Interamericana, Madrid, España, 1997, p 185.

<sup>20</sup> Ibid.

Tratando así de desmarcan la imagen devaluada de la enfermera, acercándose a la valorada imagen del médico. Por lo que intenta distanciarse de la práctica médica, identificándose con otras filiaciones como la psicología, la psicología entre otras, pero esto no nos lleva a una identificación de la práctica de enfermería sino a nuevas dependencias. Por lo que hay que definir lo que es el cuidado de enfermería.

En el Hospital General De México ha luchado casi por un siglo contra imágenes equivocadas de sumisión y obediencia absolutas, con disciplina militarizada o de fanatismo religioso, que incluían entre otros, patrones rígidos tanto de conducta como de apariencia física.

La preparación de enfermería, se caracteriza por avanzar constantemente para lograr la profesionalización. Fue necesario que enfermería reflexionara sobre la necesidad de contar con: autonomía para la aplicación de principios y valores, con una nueva cultura de imagen y fundamentalmente la de protección hacia los pacientes, seguridad en la aplicación de sus conocimientos y comodidad para la realización de sus actividades.

En referencia a lo anterior y con las experiencias de países de Europa y de Estados Unidos de Norteamérica que a través del Consejo Tripartita de Enfermería establecieron la "Campana Nacional para la Imagen de la Enfermería", se consideró necesario para la profesionalización analizar los siguientes criterios<sup>21</sup>:

**Servicio:** Dedicarse a la atención del paciente. Enfermería en el hospital orienta sus actividades a las necesidades del paciente.

**Conocimiento:** Un cuerpo sistemático de conocimientos y una educación especializada, con grado mínimo de bachiller. 5

**Autonomía y Ética:**

Significa que tiene control sobre su propia práctica, tanto en la precisión de conocimientos y competencias, como en la vestimenta para el actuar profesional en su propio ejercicio, en los diferentes niveles de atención. En la Identificación de los códigos éticos, políticas y procedimientos estándar y así vigilar todo el panorama de ejercicio.

### 1.3. EL CUIDADO, OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

Para entender el cuidado es necesario definirlo. Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> <http://search.+imán.com.mx.1.preview.aspx?&g>, hospital General de Mexico,dirección General Adjunta.

<sup>22</sup> Marie Fracoise, Promover la vida, Edit. Mc.Graw Interamericana, Madrid, España, 1997,, p. 233

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar

a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales<sup>23</sup>.

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente de la lengua Francesa:

- los cuidados de costumbre y habituales: care\*: relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.
- Los cuidados de curación: cure\*\*: relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados que brinda la enfermera no solo se limitan a ser curativos, sino preventivos y educativos, englobando a la persona, familia y comunidad.

Por lo que en la práctica independiente de la enfermería se hace necesario valorar el costo de estos cuidados.

Los cuidados de enfermería pueden justificar sus repercusiones económicas gracias a que contribuyen al desarrollo o al mantenimiento de las capacidades de las personas.

Así algunos aspectos de los cuidados de enfermería pueden tener un costo elevado por la financiación del tiempo que se pasa junto al enfermo, como cuando se moviliza a una persona con dificultades motoras y se le ayuda a levantarse, a caminar pero las repercusiones socioeconómicas son muy apreciables cuando se evita que se formen escaras y con ello se produzca un sufrimiento inútil.<sup>24</sup>

Sigue siendo, por el momento difícil de evaluar económicamente los servicios de enfermería, aun cuando es relativamente sencillo comprobar sus efectos; dichos efectos no están reconocidos económicamente<sup>25</sup>.

Algunos indicadores pueden abrir una vía a nuevas posibilidades de apreciación. Un indicador podría ser la energía gastada al prestar un servicio de cuidado de enfermería. Cuando mayor sea la autonomía que adquieren o reparan las personas cuidadas a corto plazo, cuanto más asistida esté una persona (física, psicológica y socialmente), más cara le costará a la sociedad<sup>26</sup>. También es importante no separar el estudio del coste económico de una prestación en

---

\* \*To care: cuidar de, ocuparse de.

\*\* To cure: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal, de ahí deriva, cura, curetaje.

<sup>24</sup> Collière Marie Fracoise, Promover la vida, Edit Mc.graw Interamericana, Madrid, España, 1997, p. 334

<sup>25</sup> Ibíd.

<sup>26</sup> Ibíd.

dotación de personal, en tiempo, en mejoras de las condiciones de trabajo, en formación, en equipamiento de sus repercusiones sociales y económicas. Por lo que hay que tener en cuenta<sup>27</sup>:

- **El espacio** no sólo los lugares apropiados para los cuidados, sino también para la conversación, la documentación, la reflexión y la espera.
- **El tiempo**: de reflexión individual, en grupo o en equipo, sea considerado como un tiempo de trabajo. Esto no significa forzosamente tener más tiempo, en muchas ocasiones es cambiar el valor de la utilización del tiempo.
- **El número**: el personal cuidador efectivo no puede ser calculado en función del número de camas, sino en función de la naturaleza de los cuidados de mantenimiento y curación determinados por el tipo de defectos físicos, mentales, afectivos y de los problemas con los que están relacionados. En el sector extrahospitalario intervienen además factores geográficos, de excusa para un replanteamiento de los cuidados.<sup>28</sup>

## 1.4 CORRIENTES FILOSÓFICAS EN ENFERMERÍA

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas "paradigmas", principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982).

En enfermería se a denominado el nombre de metaparadigma ya que encierra los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno, los cuales están presentes desde los escritos de Florencia Nightingale y en los de las teóricas que han surgido con las nuevas corrientes de pensamiento.

Kuhn y Capra, estos pensadores han precisado los tres paradigmas dominantes del mundo occidental, que han influido en todas las disciplinas, incluida enfermería.

- **PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN**: Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Collière Marie Fracoise, Promover la vida, Edit Mc.Graw Interamericana, Madrid, España, 1997

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> Kérouac Suzanne, El Pensamiento Enfermero, Edt. Masson, España, 1994, p3

Se sitúa entre 1850 y 1950. Este paradigma ha inspirado dos orientaciones, en enfermería guiando el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad:

1. Centrada en la salud pública, en el control de las enfermedades transmisibles y
2. Centrada en la enfermedad.

La salud se entiende como la ausencia de enfermedad.

Los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica. La intervención es "hacer para" el control de la enfermedad mediante procedimientos y tareas delegadas<sup>30</sup>

- **PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN:** Consiste en prolongar el paradigma de categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrando y el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.<sup>31</sup>

A partir de 1950, ésta nueva corriente de pensamiento ha inspirado la orientación hacia la persona. Intervenir significa "actuar con" la persona. El cuidado va dirigido a mantener la salud en todas sus dimensiones: física, mental, espiritual y social.

La salud y enfermedad son entidades distintas que están en interacción dinámica.

El entorno interactúa con la persona en forma de estímulos positivos o negativos.

El paciente pasa a ser cliente.

La enfermera incorporará conceptos como globalidad, necesidades y relación de ayuda. Adopta un proceso sistemático, basado en un modelo conceptual que transforma la actividad enfermera hacia el ser humano entendido como un todo integrado en su contexto.

Se produce el reconocimiento de una disciplina enfermera, distinta de la disciplina médica y se inician los conocimientos propios aplicados a la práctica.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Almansa Martínez Pilar, Metodología de los cuidados de enfermería, Edit. Diego Marín Homero, México, p16

<sup>31</sup> Kérrouac Suzanne, El Pensamiento Enfermero, Edt. Masson, España, 1994, p. 9

<sup>32</sup> Almansa Martínez, op cit. , p.13

- **PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN:** Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otros. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.<sup>33</sup>

Desde 1975, el paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Intervenir significa “estar con” la persona. El cuidado va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define.

La enfermera le acompaña en sus experiencias de salud, siguiendo su ritmo y su camino. Crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona, a la vez que ella desarrolla su propio potencial, en una atmósfera de mutuo respeto.<sup>34</sup>

Derivado del paradigma de la transformación, de la apertura hacia el mundo, se deduce una nueva enfermera en interacción con los complejos fenómenos que la rodean comprometida con el cambio, abierta a las transformaciones globales que modifican la concepción del hombre, la salud, el entorno y los cuidados.

El cambio es una cuestión esencial para la supervivencia profesional. Diversas autoras han señalado, que desde hace un tiempo el peligro de que la enfermería desaparezca, sino conseguimos demostrar la utilidad de nuestra aportación al complejo mundo de las ciencias de la salud.<sup>35</sup>

Afirma Poletti que nos encontramos en una encrucijada:

- O definimos nuestra función específica, el lugar que podemos ocupar.
- O desaparecemos como profesión original dentro de 15 o 20 años<sup>36</sup>

La credibilidad de nuestra disciplina, depende de la consistencia de sus conocimientos, la metodología utilizada y la traducción de estos conocimientos en una práctica de calidad.

---

<sup>33</sup> Kérouac Suzanne, El Pensamiento Enfermero, Edt. Masson, España, 1994, p. 17

<sup>34</sup> Almansa Martínez Pilar, Metodología de los cuidados de enfermería, Edit. Diego Marín Homero, México, p

17

<sup>35</sup> Ibid., p 181

<sup>36</sup> Ibid., p 182

En el paradigma de enfermería se manejan los conceptos centrales de la disciplina e intenta explicar su relación y estas son: enfermería, salud, entorno y persona con esto ampliando la visión de la enfermera para identificarse y brindar el cuidado.

## 1.5. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

La definición de enfermería: La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su repercusión (o a una muerte digna), actividades que realizaría por sí mismo, si tuviera, la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. Virginia Henderson.<sup>37</sup>

La enfermería es una profesión que ejerce de una forma autónoma la enfermera y es la responsable del cuidado que la administra. OMS<sup>38</sup>

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.<sup>39</sup>

Aquí hago referencia a solo algunas de las definiciones de enfermería, en las cuales coincide que el cuidado es la responsabilidad de la enfermera. La definición que para mí está más completa es la de Doris Grinspun ya que en ella incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, entorno, enfermería y salud.

## 1.6. METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

- **LA SALUD**

Es un derecho humano básico universal, recogido en todas las constituciones.

- Declaración universal de los derechos humanos (ONU 10/12/1948) Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado de vida que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar.

---

<sup>37</sup> Martínez Plilar, metodología de los cuidados de enfermería, dit. Diego María Homero, México, 1999, p 9

<sup>38</sup> *Ibid.*, p 11

<sup>39</sup> Grinspun Doris, Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico, Edit. Interamericana, España, 1998, p 177

- Constitución de la OMS (7/4/1948)
  1. La aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos los ciudadanos
  2. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social.
- Constitución de los Estados Unidos Mexicanos: En el capítulo I Art. 4º "El varón y la mujer son igualmente ante la ley. Está protegida la organización de la familia."<sup>40</sup>
- El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería. Nightingale determinó las mismas leyes de salud como las de enfermería, ya que en la realidad son las mismas y se deben lograr tanto en el enfermo como en el sano.<sup>41</sup>

Por lo que considero que la salud es el objetivo principal de la enfermera, y debe de brindar un cuidado a la persona de forma holística, tomando en cuenta su aspecto físico, psicológico, social y espiritual.

#### • LA PERSONA:

- Todo ser humano.<sup>42</sup>
- La persona se define de dos maneras:
  1. Holísticamente, entendiéndose que el todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esa totalidad. Es imposible separar a la persona y su contexto porque en conjunto forman una totalidad indivisible.
  2. Teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales), según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería.<sup>43</sup>

#### • ENTORNO:

Se conceptualiza como lo que rodea a la persona y forma parte integral e indivisible de ella, con él interactúa o coexiste y a cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente.<sup>44</sup>

<sup>40</sup> Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Actualizada en 1993.

<sup>41</sup> Rubio Domínguez Severino, Antología de Teorías y Modelos, Edit. U:N:A:M., México 1987, p.138

<sup>42</sup> Diccionario de Medicina. Expresiones técnicas y terminos médicos, edt. Época Méx. D.F. 1998

<sup>43</sup> Rubio Domínguez Severino, op. Cit., p. 138

- **CUIDADO:**

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, y cuidar es, ente todo en acto de vida individual y de reciprocidad que se tiene que dar a cualquier persona, que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales<sup>45</sup>

## **1.7. BREVE PANORAMA LEGAL Y ÉTICO DE LA ENFERMERÍA**

### **1.7.1. ASPECTO LEGAL**

El sistema legal influye de muchas formas en la práctica de la enfermería. Con respecto a esta profesión, son cuatro los posibles orígenes de la normativa legal (constitución, legislación, regulación y sentencias legales)<sup>46</sup>

Las leyes de cada país, en forma de legislación sobre la práctica de enfermería, especifican los parámetros de la responsabilidad legal. En cada institución la relación de enfermería, paciente, patrón y sociedad determinan la legislación aplicable.

El personal de enfermería realiza su práctica profesional en diferentes ámbitos y está sometida a distintas normas, según trabaje en hospitales, residencias asistenciales, instituciones de salud domiciliarias o centros de atención a pacientes crónicos. Estas normas varían según el país o nación. Las decisiones del Tribunal Supremo y las normativas nacionales se aplican a toda nación, mientras que las sentencias de los tribunales inferiores se aplican en un entorno específico.

En la atención de los pacientes, la responsabilidad de enfermería implica los siguientes deberes:

1. Proporcionar cuidado seguro y competente.
2. Prestar los cuidados definidos por las normas legales que rigen cada país.
3. Practicar la enfermería de forma que se salvaguarden los derechos del paciente.
4. Evitar la violación de los derechos del paciente y otras normas legales.

---

<sup>44</sup> Rubio Domínguez Severino, Antología de Teorías y Modelos, Edit. U: N: A: M: México 1987, p 139

<sup>45</sup> Collière Marie Fracoise, Promover la vida, Edit Mc.Graw Interamericana, Madrid, España, 1997, p. 224

<sup>46</sup> Beare P. y Myer J. s, Enfermería Medicoquirúrgica, vol I, Edt. Maby/Doyma, México, 1995, p. 115

**Los derechos del paciente:** Los cuidados de enfermería deben prestarse en concordancia con los derechos civiles y personales del paciente. Los hospitales deben de informar y hacer respetar estos derechos.<sup>47</sup>

Algunos aspectos de estos derechos son:

1. Consentimiento
2. Rechazo al tratamiento
3. Plan de alta
4. Confidencialidad

Existen leyes de varias categorías incluyendo daños legales, contratos, código penal y código civil, que puede imponerse mediante distintos procedimientos legales, pudiendo ser estos civiles, penales o administrativos.

El personal de enfermería al establecer una relación profesional con el usuario, esta consiste en brindar el cuidado razonable y prudente que exigen las circunstancias. Esto implica dos términos que pudieran ser causa de una querrela, estos son la negligencia y la mala práctica.

**La negligencia** implica una conducta de acción o de omisión que se ha traducido en un daño o lesión a un paciente. **La mala práctica** es un tipo de negligencia que se supone una conducta de acción o de omisión por parte de un miembro de la profesión.<sup>48</sup>

## 1.7.2. ASPECTOS ÉTICOS

La palabra ética proviene del lenguaje griego y es el estudio filosófico de la moralidad y cada persona confía en la teoría formal, reglas, principios o códigos de conducta para determinar el curso correcto de la acción. La moralidad proviene del latín y describe el compromiso personal de cada individuo con los valores y estos valores con frecuencia influyen las normas y expectativas sociales.

De esta manera una diferenciación consiste en que la ética es el estudio sistemático más formal de las creencias morales, en tanto que la moralidad es la adecuación de los valores personales informales.<sup>49</sup> Existe un código de enfermería.

El Código de ética para enfermeras, del CIE, revisado en 2000, es una guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales. El Código ha servido de norma para las enfermeras de todo el mundo desde su adopción en 1953.

---

<sup>47</sup> Beare P. y Myers J., Enfermería Medicoquirúrgica, vol I, Edt. Maby/Doyma, México, 1995, p 116.

<sup>48</sup> Ibid.p. 116

<sup>49</sup> Ibid. p.126

La nueva versión, revisada por vez primera en 27 años, responde a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. El Código de ética del CIE orienta a las enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y a la curación.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Copyright © 2000 Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

## **CAPITULO II BASES TEÓRICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PAE**

El proceso de enfermería, por la propia naturaleza de profesión en evolución, ha llegado a ser este proceso de cinco etapas. Fue considerado un proceso distinto por primera vez por Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) consideraron cada uno por separado, un proceso de tres etapas, que contenían los elementos primitivos del proceso final con cinco. En el año 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto que describe el proceso en cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación de los resultados. A mediados de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundingger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añaden la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco etapas<sup>51</sup>

Desde este momento se ha dado validez al proceso de enfermería, como estructura del ejercicio de la enfermería.

La American Nurses' Association utiliza el proceso de enfermería como directriz en el desarrollo de los códigos del ejercicio de enfermería. Recientemente se ha hecho una revisión de los exámenes que realizan los comités estatales para poder juzgar la capacidad (De la enfermera aspirante a titularse) en el manejo de las cinco etapas del proceso de enfermería en España.<sup>52</sup>

### **2.2. DEFINICIÓN DEL MÉTODO**

"Se entiende por proceso a un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente"<sup>53</sup>, que se caracteriza como ya antes se menciona por ser sistematizado, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo. Con lo que la enfermera demuestra su profesionalización al realizar numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, favoreciendo un pensamiento crítico, analítico, y dirigido al logro de un objetivo. El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Wlya Patricia, Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Edt. Mc Graw Hill, España, 1987, p.10

<sup>52</sup> *Ibíd.*, p. 11

<sup>53</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p 29

<sup>54</sup> Alfaro Rosalina, Aplicación de Proceso Enfermero, Edt. Masson, España, 1999, p. 4

**Valoración:** Es la primera etapa del proceso la cual nos permite reunir información necesaria referente al usuario, la familiar y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos con los que se cuentan.

**Diagnóstico:** Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico de salud del usuario, familia y comunidad.

**Planeación:** Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

**Ejecución:** Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan a el logro de los objetivos establecidos.

**Evaluación:** Permite determinar el progreso del usuario, familia o comunidad hacia el logro de los objetivos.

## **2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

### **2.3.1. VALORACIÓN**

Se define como el proceso organizado y sistematizado de recolección de datos sobre el estado de salud del usuario a través de diversas fuentes.<sup>55</sup>

Son tres los pasos que se deben de realizar en la etapa de valoración.<sup>56</sup>

1. Recolección de la información
2. Validación de la información
3. Registro de la información.

#### **1-Recolección de la información:**

Pueden ser de forma directa o indirecta, estas incluyen al usuario como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia, a cualquier otra persona que dé atención al usuario. Esta se realiza por medio de observación, entrevistas, examen físico y antropometría.

---

<sup>55</sup> Atkinson Murria-, Proceso de atención de enfermería, Edt. Interamericana, México, 1996, p 9

<sup>56</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p 40

**-La observación:** Es una técnica que la enfermera debe de desarrollar al máximo, para poder detectar en el usuarios los signos subjetivos y objetivos que él refiera, estar atenta a la comunicación no verbal y aprender a reconocer los gestos que transmiten actitudes defensivas, hostiles, confiadas, e impacientes.<sup>57</sup>

**-La entrevista** tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de las actividades.

Pautas básicas para el entrevistador:

- El entrevistador debe dar en todo momento un trato humano al usuario. Además hará que se sienta a gusto y tomará medidas para su comodidad.
- Debe de permitir que el usuario se exprese sin cortapisas.
- Utilizar la forma de anamnesis como guía para la entrevista y ajustar el orden de las preguntas de modo que coincidan con el flujo de la conversación.
- Debe mostrar que comprende la naturaleza y la intensidad del problema del usuario.
- Debe de tomar en cuenta los antecedentes culturales del usuario.
- El entrevistador está conciente de sus propios sentimientos y actitudes.
- Comunicarse según el nivel del usuario.
- Terminar la entrevista en una forma apropiada, resume la información obtenida y se cerciora de que el usuario comprende los principales temas analizados.<sup>58</sup>

Se debe de realizar un perfil del usuario que consiste en obtener información de su desarrollo pasado, estudios y ocupación, ambiente (físico, espiritual e interpersonal), estilo de vida (costumbres, creencias y hábitos), concepto de sí mismo y respuesta al estrés.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> D.O. Potter, Estudio Clínico Integral, Edt. Interamericana, México, 1985, p. 9

<sup>58</sup> Brunner y Suddarth, Enfermería medicoquirúrgica, Tomo I, 7ª ed., Edt. Interamericana. México, 1994, p.84-

86

<sup>59</sup> *Ibid.*, p.89

-El **examen físico** permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud del individuo, éste debe de ser sistemático y preciso con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies, por medio de la técnica de inspección, palpación percusión y auscultación.<sup>60</sup>

-La **antropometría**: Entre las medidas más usadas, se encuentra las de la estatura, peso y circunferencia de los músculos del brazo y antebrazo. Cuando se hagan estas mediciones se debe de emplearse equipos, procedimientos y guías de medición normalizadas.<sup>61</sup>

## **2-Validación de la información:**

Es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario \ familia y a otros integrantes del grupo.

## **3-Registro de la información:**

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron. El objetivo que se persigue es "favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería"<sup>62</sup>

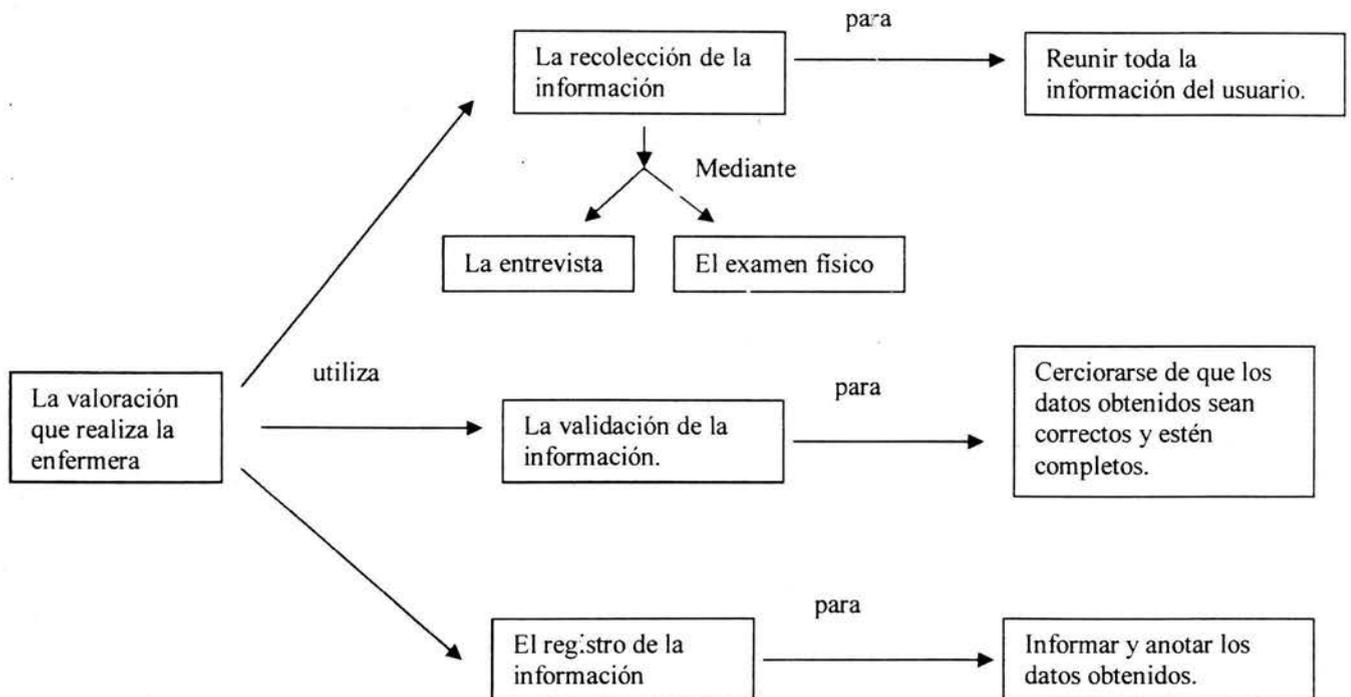
---

<sup>60</sup> Brunner y Suddarth, Enfermería medicoquirúrgica, Tomo I, 7ª ed., Edt. Interamericana. México, 1994, p. 95

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 99

<sup>62</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p. 46-47

## PASOS DE LA VALORACIÓN



FUENTE: Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, edt. Cuellar, México, 1998, p. 49.

### 2.3.2. DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una "función, mental compleja"<sup>63</sup> al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, real y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

<sup>63</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, edt Cuellar, México, 1998, p. 51

## CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

-Diagnósticos de enfermería reales se refiere aun problema que existe en el presente.<sup>64</sup>

-Diagnósticos de riesgo: es un juicio clínico de que es más probable que un individuo, familia o comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.<sup>65</sup>

-Diagnóstico enfermero de salud: es un diagnóstico que se formula cuando la persona, familia o comunidad gozan de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero pueden y quieren alcanzar un nivel mayor. Al cual se le antepone "potencial de aumento o potencial de mejora."<sup>66</sup>

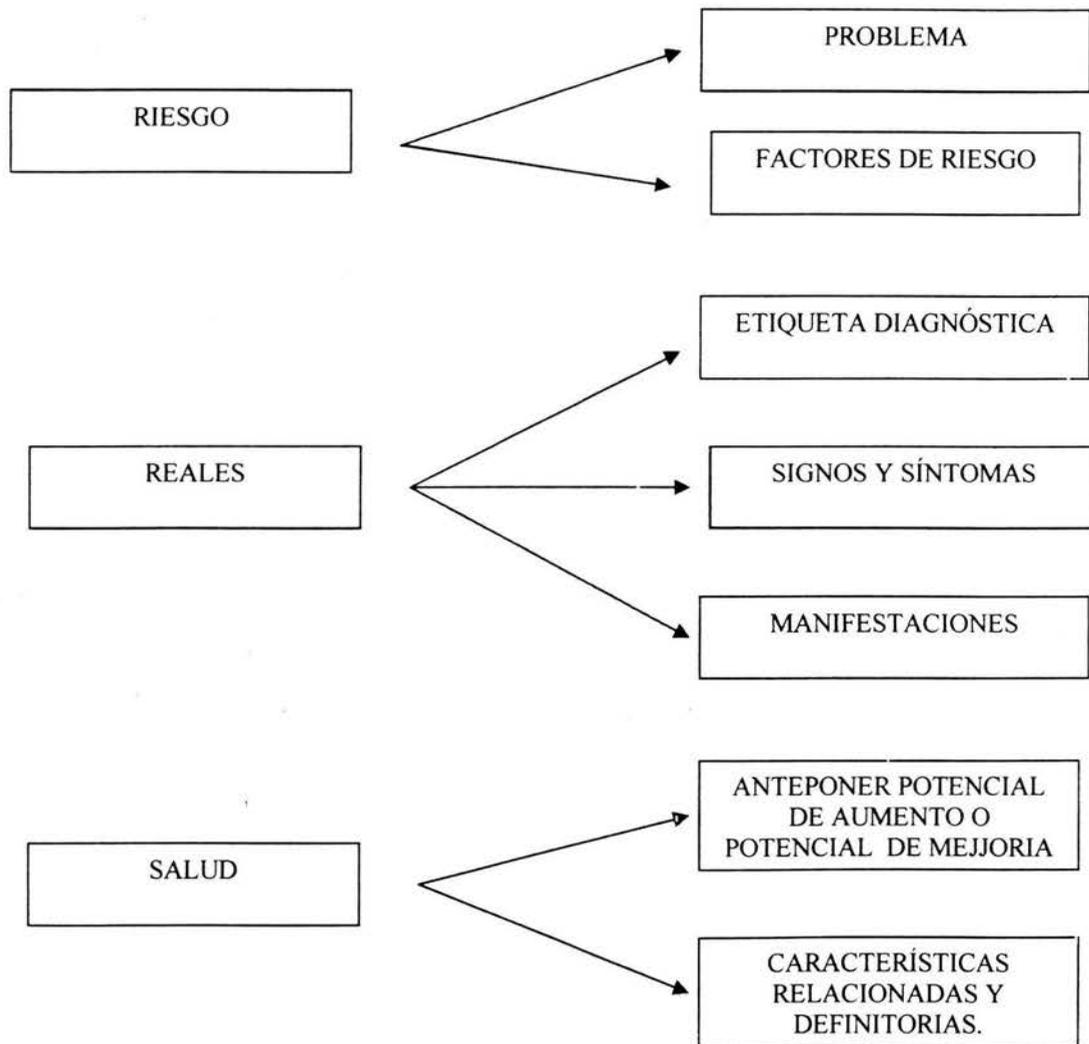
---

<sup>64</sup> Atkinson Leskie, Murray Mary, Proceso de atención de enfermería, Edt. Interamericana, México, 1996, p. 44

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, edt Cuellar, México, 1998, p. 62

## Reglas para formular diagnóstico:



FUENTE: Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, ed. Cuellar, México, 1998, p. 63.

## Pasos para la redacción de diagnósticos de enfermería:

1.- No incluir diagnósticos médicos

2.- Escribir el diagnóstico de enfermería en cuanto a la respuesta humana del usuario y no a la necesidad de la enfermera.

Ejem:

(No) Necesito aspiración por tener demasiadas secreciones

(Si) Riesgo de aspiración relacionado con secreciones excesivas.

3.- Redactar en términos legales totalmente aconsejables.

Ejem.

(No) Deteriora de la integridad de la piel con cambios infrecuentes de posición

(Si) Deteriora de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad prolongada.

4.- Emitir el diagnóstico sin emitir juicios de valores

Ejem.

(No) Alteración del cuidado del niño relacionado con pobres lazos de cariño y unión en el niño.

(Si) Alteración en el cuidado del niño relacionado con prolongada separación de su hijo.

5.- Evitar cambiar las partes de la declaración de manera que se revuelvan.

Ejem.

(No) Sobre carga sensorial con alteración del modelo del sueño

(Si) Trastorno del patrón del sueño relacionado con sobrecarga sensorial.

6.- Evitar el uso de señales únicas en la primera declaración.

Ejem.

(No) inquietud relacionado con el cambio de entorno

(Si) Alteración de la protección relacionado con cambio del entorno manifestado por inquietud.

7.-No deberá de significar lo mismo las dos partes de la declaración

Ejem.

(No) Incapacidad de auto limitarse relacionado con problemas de alimentación.

(Si) Déficit de auto cuidado para alimentarse relacionado con adinamia manifestado por disminución de peso.

8.-Hay que expresar los factores relacionados de forma que puedan cambiarse.

Ejem.

(No) Dolor relacionado con la incisión quirúrgica

(Si) Dolor relacionado con los efectos de la cirugía

9.-Declarar el diagnóstico en forma clara y concisa1.- Establecer prioridades

### 2.3.3. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es la tercera etapa del proceso y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del usuario sano o para evitar, reducir o corregir la respuestas del usuario enfermo.<sup>67</sup>

Los pasos para la planeación<sup>68</sup> son:

- 1.- Establecer prioridades
- 2.- Elaborar objetivos
- 3.- Determinar acciones de enfermería
- 4.- Documentar el plan de cuidados.

**1-Establecer prioridades:** Seleccionar de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar el individuo, las familias y la comunidad raras veces se pueden ser abordadas al mismo tiempo, por falta de disponibilidad del personal de enfermería, de la familia, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados de acuerdo a las necesidades humanas, Maslow (1972), favoreciendo en gran medida la recuperación de la enfermedad.<sup>69</sup>

**2-Elaboración de los objetivos:** Definirlos objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para: dirigir el cuidado, identificar los resultados esperados, medir la eficiencia de las actuaciones.<sup>70</sup> Existen dos tipos de objetivos:

a) objetivos de enfermería o criterios del proceso.

b) objetivos del paciente/ criterios de resultados.

Normas generales para descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros alcanzables y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos a corto plazo.
- Hacer específicos los objetivos.

<sup>67</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p. 73

<sup>68</sup> *Ibid.*, p73

<sup>69</sup> Alfaro Rosalina, Aplicación de Proceso Enfermero, Edt. Masson, España, p. 115

<sup>70</sup> Rodríguez Bertha Alicia, *Op cit.* p 75

- Cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.
- Utilizar un solo verbo en cada objetivo.

**3-Determinar acciones de enfermería:** Son estrategias concretas diseñadas para ayudar al usuario a lograr sus objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico de enfermería. En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta los recursos humanos y financieros.<sup>71</sup>

- **Actividades dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las acciones médicas.
- **Acciones interdependientes:** Son aquellas actividades que la enferme lleva acabo junto con otros miembros del equipo de salud.
- **Acciones independientes:** Son aquellas que la enfermera realiza sin recibir ninguna indicación, se basa en el conocimiento enfermero para cubrir las necesidades del usuario.

**4-Documentación del plan de cuidados:** Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en forma especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. La finalidad del plan de cuidados está dirigida a fomentar cuidados de calidad <sup>72</sup>mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación y evaluación.

<sup>71</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p 82

<sup>72</sup> Ibid. P. 86

### 2.3.4. EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es cuando realmente se ponen en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades de enfermería<sup>73</sup>:

- Continuar con la recopilación y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al familiar, así como a otros miembros del equipo.

### 2.3.5. EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; En esta etapa se evalúa al proceso mismo, a la persona o usuario y a la enfermera:

- **Al proceso:** la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución<sup>74</sup>. Es útil para determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlos o darlo por finalizado. Cuando los resultados no son los esperados hay que revisar cada una de las etapas del proceso, detectar fallas posibles y proceder a corregirlas.
- **Al usuario:** Comparar los resultados con los objetivos planeados a cerca de los beneficios logrados en la persona y el aprendizaje sobre la educación para la salud.
- **A la enfermera:** La evaluación tiene utilidad directa para la persona interesada, ya que le da oportunidad de proceder a un examen

<sup>73</sup> Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Edt Cuellar, México, 1998, p 89

<sup>74</sup> Atkinson Murria-, Proceso de atención de enfermería, Edt. Interamericana, México, 1996, p.119

crítico de su propio trabajo, por lo que se valora: la eficiencia, eficacia, inteligencia, honradez y sentido de responsabilidad.<sup>75</sup>

En la **evaluación** sistemática continua **para la mejora de la calidad** se tiene tres tipos de evaluación<sup>76</sup>

- 1- **Evaluación de los objetivos**, se centra en los objetivos o resultados de los cuidados, ¿Las personas están satisfechas con los cuidados?
- 2- **Evaluación del proceso**: Se centra en como se brindan los cuidados, ¿las evaluaciones e intervenciones se hicieron consistentes y a tiempo?
- 3- **Evaluación de la estructura**: Se centra en el entorno en que se brindan los cuidados.

---

<sup>75</sup> Leon Moreno Zoila, Antología, Administración en Instituciones de Salud, UNAM, 1997, p. 271-272

<sup>76</sup> Alfaro Rosalina, Aplicación de Proceso Enfermero, Edt. Masson, España, 1999, p. 186

## CAPITULO III MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

### 3.1. TRAYECTORIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1922 empezó a enseñar Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929 Herserson trabajo como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial al Teacher's Collage.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora, de 1959 a 1971 dirigió el proyecto Nursung Studies Index, auspiciado por Yale. El Nirsing Studies Inmdex se elaboro en forma de índice comentado de cuatro volúmenes de textos bibliográficos, analíticos e históricos de Enfermería. Henderson fue coautora o autora de otros trabajos importantes.

En la década de 1980, permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale. Los logros y la influencia de Henderson en la profesión de enfermera le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer Christiane Reimann Award.<sup>77</sup>

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."<sup>78</sup>

### 3.2. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, VIRGINIA HENDERSON

El método de trabajo de enfermería con orientación al modelo de atención de Virginia Henderson, enfoca las acciones individualizando los cuidados hacia el paciente, partiendo del concepto de que el individuo tiene catorce necesidades básicas, las cuales debe tener satisfechas para estar sano. Es por esto básico y de suma importancia establecer esquemas de valoración sistematizada con este enfoque teórico, que permitan al profesional de enfermería realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado del paciente.

---

<sup>77</sup> Marriner Anna, Teorías de Enfermería, Edt.Rol, España, 1989, p. 67

<sup>78</sup> *Ibid.* p. 69

### **3.2.1. LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

### **3.2.2. LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON:**

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales .

Las catorce necesidades son:

- 1º .- Respirar con normalidad.
- 2º .- Comer y beber adecuadamente.
- 3º .- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º .- Descansar y dormir.
- 6º .- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º .- Mantener la temperatura corporal.
- 8º .- Mantener la higiene corporal.
- 9º .- Evitar los peligros del entorno.
- 10º .- Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones.
- 11º .- Ejercer culto a Dios , acorde con la religión.
- 12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.<sup>79</sup>

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

El concepto de **INDEPENDENCIA** se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.<sup>80</sup>

La **DEPENDENCIA**, es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.<sup>81</sup> Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

**Falta de fuerza:** La capacidad física, habilidades mecánicas, estado emocional capacidad intelectual, para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación.

**Falta de conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia enfermedad y salud.

**Falta de voluntad:** Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución o mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

---

<sup>79</sup> Rodrigo María Teresa Lis El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª ed., Edt. Masson, España, 1998, p.38

<sup>80</sup> Rodríguez Jiménez Sofia, Antología Fundamentos de Enfermería, tomo I, Edt. UNAM, México, 1987, p. 216

<sup>81</sup> *Ibid.* p. 217

**-Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

**-Variables:** estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.<sup>82</sup>

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

### **3.2.3. DEFINICIÓN DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.**

**- Persona:**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

---

<sup>82</sup> Rodrigo María Teresa Lis El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª ed., Edt. Masson, España, 1998, p.40

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseo, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- **Entorno:**

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados

- **Salud:**

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería.

- **Enfermería:** Esta es la contribución de la enfermera a la conservación o la recuperación de la salud, asistencia en lo que la persona o su familia, no puede hacer, pero hacerlo de tal manera que el paciente y su familia sean independientes a la mayor brevedad.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> García González Ma. De Jesús, Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Edt. Progreso, México, 1997, p. 12

## **CAPITULO IV APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

### **4.1. CONTEXTO**

Nombre: Hospital "Dr. Gaudencio Gonzáles Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza".

Ubicación: Calzada Vallejo, esquina Jacarandas o circuito interior S/N

Colonia La Raza México DF: CP: 02990

Teléfonos: 57 24 59 00 y 55 82 10 88

Departamento de enfermería: Ext. 2138 y 2139

Dependencia: Instituto Mexicano del Seguro Social

Organización: Lineal, horizontal y mixta.

### **ANTECEDENTES HISTORICOS**

Inauguración simbólica, el día 12 de octubre de 1952 por el Lic. Miguel Alemán Valdés, Presidente de la República.

Inauguración oficial el 10 de febrero de 1954 por el Lic. Antonio Ortiz Mena director General del IMSS.

Es el primer hospital de esta dependencia y con estas características.

El día de la inauguración se presentó el mural de Diego Rivera titulado "El pueblo en demanda de salud", obra que se inició desde 1951.

En febrero de 1954 llegan los primeros usuarios de infectología y pediatría, los que empiezan a funcionar como servicios independientes.

El 18 de marzo de 1955 se develó el mural de David Alfaro Siqueiros titulado "por una seguridad completa para todos los Mexicanos"

En 1957 se integran los servicios de Psiquiatría y Hemodinámica

En el año de 1964 se conforma el Centro Médico "La Raza" desde entonces el Hospital General forma parte de éste.

Desde su inauguración se obtienen innumerables avances y logros de la medicina mexicana, por mencionar algunos:

- Primera diálisis

- Primera cirugía a corazón abierto con circulación extracorpórea.
- Primer trasplante de mano amputada.
- Primer trasplante de corazón en México.
- Uso de la colangiografía transoperatoria.

En el ámbito educativo se han obtenido importantes logros, actualmente es sede de cursos de especialización en el área médica de: Anestesiología, Cirugía Cardiorácica, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Comunicación-Audiología-Foniatría, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Patología clínica. Además es sede de cursos posttécnicos de Enfermería Pediátrica y en áreas Técnico asistenciales bibliotecarios y de Radiología e Imagen, Nutrición y Dietética.

#### **4.2. SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRURGICA**

La terapia posquirúrgica se encuentra en el tercer piso lado "A" del hospital general. Cuenta con nueve camas y la terapia intermedia con nueve camas cada una equipada con camas eléctricas, monitores, trombas de oxígeno y succión, , un área de oficina de médicos, descanso de médicos, cocineta y área de descanso de enfermería. Ver anexo # 1(croquis del servicio)

En la terapia posquirúrgica se brinda la primera atención a usuarios adultos postoperados de cirugía de corazón, como son: Cambio valvular aórtico, cambio valvular mitral, cambio valvular tricuspido, revascularización de uno, dos y tres puentes y trasplante de corazón. Ofreciendo una atención de calidad con personal especializado

En el años del 2003 ingresaron un total de 379 pacientes, con un promedio de días de estancia de 4.4, un promedio de ocupación de 5 pacientes diarios en la terapia y de 4 en la terapia intermedia, la mortalidad es del 12.92% anual.<sup>84</sup>

En cuanto a personal laboran: una jefe de piso, dieciséis enfermeras especialistas en medicina crítica, una auxiliar de enfermería. Personal médico, tres médicos especialistas en medicina crítica en el turno vespertino..

<sup>84</sup> Área de estadística del Hospital General Centro Medico La Raza, 2003.

### 4.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE DE LA TERAPIA POSTQUIRÚRGICA.

#### 4.3.1 PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Se realiza en un paciente de la terapia posquirúrgica, valorando las catorce necesidades que marca Virginia Henderson.

##### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Peña Reyes Vicente.

Edad: 75 años                      Peso: 70.500 Kg.                      Talla: 1.58 cm.

Fecha de nacimiento. 30- 11- 1939                      Sexo: Masculino

Escolaridad: Técnico en mecánica automotriz

Ocupación: Mecánico automotriz

Tiempo de trabajo: Duró 30 años, tiene cinco años de jubilado.

Fecha de ingreso al servicio: 11-11-2003

Hora: 15.30

Procedencia: Quirófano del tercer piso.

##### 1ª Necesidad de oxigenación:

Ingresó bajo efectos de anestesia

Con cánula de baja presión del número 8 (intubación orotraqueal) conectado a ventilador volumétrico modo asistido controlado, Fio<sub>2</sub> 80% volumen corriente 0.60, frecuencia respiratoria 16, PEEP de 1.

Catéter de presión invasiva Swan Ganz en yugular izquierda.

Línea arterial en miembro superior derecho

Signos Vitales:

T/A sistólica	90	PAPS	14	PCP	5	Temperatura.	35 C°
Diastolita	54	PAPD	16	PVC	19	FR	16
Media	72	PAPM	20	Sao <sub>2</sub>	87%	FC	127

Monitoreo cardíaco continuo con ritmo de taquicardia sinusal.

Soporte de marcapaso: Frecuencia de 60, captura de 15 sensibilidad de .5

A los diez minutos de su ingreso a la unidad presenta taquicardia ventricular

Soporte farmacológico: Dopamina, dobutamina y noradrenalina.

Laboratorio:

Gases arteriales

Ph. 7.49

PaCO<sub>2</sub> 37

PaO 80

HCO<sub>3</sub> 26.8

Niveles hemáticos:

Grupo y Rh O+

Hb. 11g/dl

Leucos 4.500 a 10 000

TPT 1.0 – 3 seg. valor límite 1.5-2

TP1-2 seg. Valor terapéutico 1.2-2

Fumador activo desde hace 45 años de una a dos cajetillas diarias.

Antecedentes de hipertensión de 12 años controlada con antihipertensivo.

### **2ª Necesidad de nutrición e hidratación:**

Peso. 70.500 Kg. Talla: 1.58 Glucosa capilar de 240 mg/dl

Falta de dientes incisivos superiores e inferiores

Sonda nasogástrica para alimentación.

Se queda en ayuno de 2 a 4 hrs. posterior el médico le indica dieta.

### **3ª Necesidad de eliminación:**

Dos sondas mediastinales conectadas a pleurovac a succión continua con 20 cm. de agua, drenando líquido hemático en cantidad moderada de 20 a 30 ml por hora en las primeras cuatro hrs.

Sonda de foley con volúmenes urinarios bajos forzados con poca respuesta a diurético de ASA (40 ml por hora en las primeras cuatro hrs.)

Bililastix en orina

Ph de 6

Proteínas 30

Densidad de 1.020

Hábitos intestinales cada tercer día, dolor al defecar uso de ciruela pasa como laxante.

### **4ª Necesidad de moverse y mantener buena postura:**

Posición en decúbito dorsal

Dolor al movimiento por la presencia de herida quirúrgica, sondas y catéteres.

Estado emocional alterado con periodos de hiperactividad psicomotriz.

### **5ª Necesidad de descanso y sueño:**

Necesidad satisfecha

### **6ª Necesidad de uso de ropa de vestir adecuadas:**

Uso de camisón de paciente

Vendaje en miembros inferiores

### **7ª Necesidad de termorregulación**

Presencia de hipotermia por entrar a la bomba de circulación extracorpórea en la cirugía.

Necesidad parcialmente dependiente por falta de voluntad.

### **8ª Necesidad de higiene y deterioro de la piel**

Hematoma en sitio de punción y en miembro torácico izquierdo, herida quirúrgica con escaso sangrado.

### **9ª Necesidad de evitar los peligros.**

Al despertar presenta ansiedad y temor por los resultados de la cirugía, (presencia de sangrado o falta de orinar).

**10ª Necesidad de comunicación:**

Comunicación verbal impedida por la presencia de tubo orotraqueal  
Comunicación no verbal limitada.

**11ª Necesidad de vivir según sus creencias y valores:**

Se respetan las creencias, valores y religión de la persona.

**12ª Necesidad de trabajar y realizarse:**

Necesidad no valorable por el momento.

**13ª Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:**

Necesidad no valorable por el momento.

**14ª Necesidad de aprendizaje**

Necesidad no valorable por el momento.

(Ver anexo #2 instrumento de recolección de la información.)

### **4.3.2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

**1) Necesidad de oxigenación:**

Alteración de la función respiratoria *relacionada a* efectos de sedación y evento quirúrgico de corazón reciente *manifestado por* respiración superficial paradójica.

Limpieza ineficaz de vías respiratorias superiores *relacionada con* intubación orotraqueal *manifestado por* presencia de secreciones abundantes.

Alteración hemodinámica del ritmo cardiaco *relacionado con* hipoxemia, alteraciones electrolíticas, proceso quirúrgico reciente *manifestado por* cambios morfológicos en el trazo del monitoreo cardiaco (Taquicardia ventricular, Fibrilación Ventricular o Asistolia)

**2) Necesidad de Nutrición e hidratación:**

Alteración de la alimentación *relacionado a* proceso quirúrgico de corazón reciente *manifestado por* presencia de tubo endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica y ayuno.

### **3) Necesidad de eliminación:**

Alteración en la eliminación de la diuresis *relacionada a* cambios en el volumen circulante por manejo de bomba extracorpórea en el proceso quirúrgico *manifestado por* oliguria y proteinuria.

*Potencial* de alteración en la eliminación intestinal *relacionado con* la falta de ejercicio por reposo en cama.

### **4) Necesidad de moverse y mantener buena postura:**

Deterioro de la movilidad en cama *manifestado por* proceso quirúrgico de corazón reciente, *relacionado con* la presencia de drenajes torácicos, mediastinales y dolor al movimiento.

### **5) Necesidad de descanso y sueño:**

*Posible* alteración en el patrón de sueño *relacionado con* ambiente poco tranquilo de la terapia.

### **6) Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Necesidad no valorable por el momento.

### **7) Necesidad de termorregulación:**

Hipotermia *relacionada con* uso de la circulación extracorpórea en el proceso quirúrgico reciente de corazón *manifestado por* piel fría, escalofríos, temperatura corporal de 35 °C.

### **8) Necesidad de Higiene y protección de la piel:**

Deterioro de la integridad cutánea *relacionado con* la instalación permanente de catéteres *manifestado por* multipunciones, equimosis y herida quirúrgica.

### **9) .Necesidad de evitar los peligros:**

*Posible* presencia de infecciones nosocomiales por exposición constante a métodos invasivos *relacionado con* procesos quirúrgico.

— *Posible* riesgo de caída (edema cerebral) *relacionado con* uso post-bomba en el proceso quirúrgico.

**10) Necesidad de comunicación:**

Alteración en la comunicación verbal *relacionado con* intubación orotraqueal *manifestado por* utilización de señales no verbales (movimientos faciales y con las manos)

**11) Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Necesidad no valorable por el momento.

**12) Necesidad de Trabajar y realizarse:**

Necesidad no valorable por el momento.

**13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:**

Necesidad no valorable por el momento.

**14) Necesidad de aprendizaje:**

Necesidad no valorable por el momento.

**4.3.3 TERCERA, CUARTA Y QUINTA ETAPA: PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la función respiratoria *relacionada a* efectos de sedación y evento quirúrgico de corazón reciente *manifestado por* respiración superficial paradójica.

**LA CAUSA DE DIFICULTAD**

Falta de voluntad

**OBJETIVOS**

Mantener una correcta ventilación-perfusión, mediante una SaO<sub>2</sub> arriba del 90% y parámetros gasométricos adecuados, durante el tiempo que la persona requiera ventilación mecánica.

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Vigilar estado. Hemodinámico. (Signos vitales, monitoreo electrocardiográfico, oximetría de pulso, drenaje de sondas mediastinales y volúmenes urinarios.)

2-Auscultación de ruidos pulmonares.

3-Mantener y verificar permeabilidad de tubo endotraqueal. (Auscultación de campos pulmonares.)

4-Monitoreo de oxígeno de pulso.

### **FUNDAMENTACIÓN**

1-La vigilancia hemodinámica nos permite una continua evaluación del estado de salud del paciente, identificando eficazmente el tono vascular, la contractilidad del miocardio (gasto cardíaco, índice cardíaco), presiones intracardiacas y equilibrio de líquidos.

2-Con la auscultación se valora la presencia de estertores, presencia de secreciones acumuladas. Con la observación sí hay movimientos inusuales al respirar, ya que el tórax y el abdomen deben de expandirse o elevarse juntos durante la inspiración, en la respiración paradójica al inspirar el tórax se eleva y el abdomen se retrae debido a que el diafragma fatigado no desciende con la inspiración como debiera, sino que se eleva durante la inhalación por la presión intratorácica negativa.

3-Verificar que el globo de la cánula de baja presión este inflado esto evita que se pueda salir. Valorar la expansión torácica bilateral durante la inspiración y la expiración. Auscultar ambos lados del tórax en su periferia, así como el abdomen. Con lo cual se obtiene una buena oxigenación y perfusión de todos los tejidos y órganos.

4-Nos muestra la oxigenación de los tejidos, la cual podemos confirmar por medio de una muestra de gases arteriales.

### **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Recolocación de tubo endotraqueal.

Indicación de sedantes y relajantes.

### **EVALUACION**

Se obtuvo la sincronía de ambos campos pulmonares, oximetría de pulso con SaO<sub>2</sub> arriba del 90% y resultados gasométricos normales.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Limpieza ineficaz de vías respiratorias superiores *relacionada con* intubación orotraqueal *manifestado por* presencia de secreciones abundantes.

### **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Mantener la vía aérea permeable mediante una adecuada aspiración de secreciones, permitiendo llevar a cabo una correcta ventilación y disminución de alteraciones hemodinámicas durante el tiempo de ventilación mecánica.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Fisioterapia pulmonar y espirometría incentiva si la persona esta en condiciones.

2-Vigilar la presencia de secreciones traqueobronquiales.

3-Movilización cada 2 horas.

4-Aspiración de secreciones traqueobronquiales por razón necesaria con técnica aséptica.

5-Verificar cantidad y características de las secreciones.

6-Realizar aseo bucal con agua bicarbonatada.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1- Se realiza en pacientes que tienen dificultad para limpiar las secreciones de la vía aérea con tos o aspiración, suele constar de dos partes el drenaje postural y la percusión/vibración.

2-El personal de enfermería debe de anotar los cambios que se observan en el patrón respiratorio, coloración de la piel y características de las secreciones.

3- La movilización ayuda que las secreciones no se estanquen y fluyan para ser expectoradas o aspiradas.

4- Esta indicada cuando el paciente es incapaz de expectorar las secreciones, no debe de olvidarse oxigenar al 100% al paciente antes de introducir la sonda para aspirar.

5- La cantidad y características de las secreciones nos alertan de un posible proceso infeccioso que exista en las vías respiratorias bajas.

6-Realizar el aseo bucal con agua bicarbonatada nos ayuda a cambiar el grado de acidez de la boca evitando infecciones y mal olor (halitosis).

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Reintubación en caso necesario.

## **EVALUACION**

Una vía aérea permeable permite una mejor ventilación-perfusión evitando complicaciones hemodinámicas en la persona disminuyendo los días de estancia en el servicio.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración hemodinámica del ritmo cardiaco *relacionado con* hipoxemia, alteraciones electrofíticas, proceso quirúrgico reciente *manifestado por* cambios morfológicos en el trazo del monitoreo cardiaco (Taquicardia ventricular, Fibrilación. Ventricular o Asistolia)

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Identificar tempranamente en la persona alteraciones hemodinámicas (Hipotermia, Presión Venosa Central, Gasto Cardiaco, presión capilar pulmonar Presión de arteria pulmonar bajos) y alteraciones electro-cardiográficas (Taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o asistolia)

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES:**

- 1-Registro de signos vitales horario.
- 2-Administración de inotrópicos por vía central e independiente a otro tipo de soluciones o cargas de líquidos.
- 3-Verificar dosis y dilución de medicamentos preescrita.
- 4-Administración estricta de inotrópicos por bomba de infusión.
- 5-Identificar trastornos del ritmo mas frecuentes.
- 6-Notificar al médico.
- 7-Verificar Posición de los electrodos.
- 8-Proporcionar oxigeno suplementario o incrementar Fio2 del ventilador
- 9-Activar sistema de reanimación cardiopulmonar (RCP).
- 10-Si el tratamiento de la arritmia requiere terapia eléctrica preparar carro rojo con desfibrilador.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-Debido al estado de salud del paciente nos obliga al chequeo horario de signos vitales para la identificación de alguna alteración hemodinámica que puede ocurrir.

2-El manejo de inotrópicos se debe de pasar por una vía independiente para evitar la alteración de su dosis al administrar con otras soluciones y por vía central para evitar lacerar los tejidos y obtener un resultado más rápido de sus efectos.

3-4-La preparación de inotrópicos es muy delicada debido a los efectos que estos tiene en el organismo, los cuales deben de ir aforados a una solución. Las dosis que se administran están dadas en gamas que corresponden al peso del paciente y a los mililitros que pasan por hora. Por lo que se deben de administrar estrictamente por bomba de infusión.

5-6-El conocimiento del ritmo cardiaco sinusal y sus alteraciones nos permiten identificar cualquier arritmia que pueda ser letal para el paciente, la cual debe de identificarse y notificarse de inmediato al médico para su pronto tratamiento.

7- La verificación de los electrodos nos permite saber si la alteración del ritmo cardiaco es real o sólo se debe a alguna interferencia por el desprendimiento de algún electrodo.

8-Algunas arritmias disminuyen o desaparecen con la implementación o aumento de oxígeno. (Extrasístoles auriculares.)

9-Activar el sistema de reanimación cardiopulmonar es muy importante para evitar la muerte del paciente y la lesión de órganos vitales. Cada persona ocupa un lugar, vía aérea, circulación y ministración de medicamentos y control del suceso, ya que una sola persona no es capaz de realizar RCP en esta situación.

10-La terapia eléctrica esta indicada para arritmias letales como son la taquicardia ventricular con y sin pulso, fibrilación ventricular y asistolia.

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de inotropicos o modificación de dosis.

En caso necesario realizar descargas eléctricas.

## **EVALUACIÓN**

El identificar tempranamente las alteraciones hemodinámicas y del ritmo con una notificación oportuna al médico disminuyen el riesgo de mortalidad en la persona.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Hipotermia *relacionada con* uso de circulación extracorpórea en el proceso quirúrgico reciente de corazón *manifestado por* piel fría, escalofríos, temperatura corporal de 35° C.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

**OBJETIVOS**

Incrementar la temperatura corporal de la persona a 37oC en la primera hora de su ingreso al servicio.

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Colocación de bata.

2-Vendaje de miembros inferiores.

3-Uso de sabanas y lámpara local.

**FUNDAMENTACIÓN**

1-2-3-Si la temperatura corporal disminuye en exceso, el metabolismo, la actividad cerebral y cardiaca se alentan, proporcionando somnolencia, la cual puede progresar al coma y muerte. En este caso el paciente es conducido a un estado de hipotermia controlada por el uso de circulación extracorpórea por lo que al llegar a la terapia posquirúrgica se trata de elevar la temperatura, el paciente comienza a controlar su temperatura con temblores finos, se coloca una bata, cobertores y lámpara para calentar el medio ambiente y tome una temperatura normal de 36 a 37° C.

**INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Ninguna.

**EVALUACIÓN**

Obtener la eutermia en la primera hora de su ingreso al servicio.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración de la alimentación *relacionado a* proceso quirúrgico de corazón reciente *manifestado por* presencia de tubo endotraqueal y colocación de sonda nasogástrica.

**CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad.

**OBJETIVOS**

Mantener una alimentación adecuada a las primeras 6 u 8 horas posteriores a su ingreso al servicio.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Colocación de Sonda Nasogástrica o Sonda orogástrica y verificar permeabilidad de la sonda.

2-Realizar lavado gástrico identificando características y contenido.

3-Ministración de dieta con previa valoración de residuo gástrico.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-2-La sonda nasogástrica u orogástrica se utiliza con fines terapéuticos y de diagnóstico, así podemos administrar medicamentos, verificar el contenido gástrico y descomprimir el estomago. Verificar que realmente la sonda se encuentre en cavidad gástrica para realizar un lavado gástrico e identificar la presencia o ausencia de sangrado y características del contenido gástrico.

3-Posterior a las 4 o 6 horas de postoperatorio el paciente se encuentra consciente y se inicia su alimentación por vía enteral u oral.

## **INTERVENCIONE DEPENDIENTES**

Indicación de dieta enteral o por vía oral.

Indicación de retiro de SNG o SOG

## **EVALUACION**

Iniciar una alimentación temprana y adecuada, de acuerdo a la evolución del estado hemodinámico de la persona permite una mejor recuperación.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración en la eliminación de la diuresis *relacionado a* cambios en el volumen circulante por manejo de bomba extracorpórea en el proceso quirúrgico *manifestado por* oliguria y proteinuria

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Mantener una diuresis horaria mayor a 60ml.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Verificar la permeabilidad de la sonda de foley y cuantificación horaria de egresos

2-Realización de bililastix.

3-Identificación de características macrosomicas de la orina

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-2-3-La permeabilidad de la sonda se verifica para obtener la libre salida de orina la cual puede ser obstruida por algún coagulo de sangre, hay que verificar la función renal ya que el uso de la circulación extracorpórea puede dañar el riñón. Valorando esta función por medio de la cantidad de orina eliminada por hora la cual de ser mayor a 60 ml. por hora., las características macrosómicas e identificar por medio del bililastix normalmente debe de estar libre de proteínas, densidad de 1.010, PH de 5, sangre negativo, cetonas ausentes, color amarillo pálido.

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de diuréticos y soluciones hipotónicas.

Indicación de electrolitos en caso necesario.

## **EVALUACION**

Obtener una diuresis horaria mayor a 60ml. con características normales

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Potencial* de alteración en la eliminación intestinal *relacionado con* la falta de ejercicio por reposo en cama.

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de conocimiento

Falta de voluntad.

## **OBJETIVOS**

Mantener un patrón de eliminación intestinal adecuado al siguiente día del proceso quirúrgico

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Masaje colonico.

2-Aplicación de enema evacuante.

3-Movilización de miembros inferiores.

4-Ministración de medicamentos laxantes.

5-Dar posición de sentarse en la cama.

6-Brindar privacidad a la persona.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-El masaje colonico estimula la movilidad del intestino grueso y los movimientos de éste ayudan a estimular los movimientos de propulsión a conducir el bolo fecal hacia el ano.

2- La aplicación de enemas ayuda a la eliminación intestinal cuando no es posible realizarse normalmente.

3-Los laxantes ayudan a la eliminación intestinal en caso de estreñimiento. Ya que por la operación y las alteraciones del ritmo cardiaco que presentan los pacientes podrían infartarse por el esfuerzo de pujo para la eliminación intestinal.

4-5- La contracción de los músculos abdominales y del diafragma puede ejercer presión hacia abajo sobre los órganos abdominales. La presión sobre el recto, se aumenta en posición de sentado.

6-Brindar un ambiente de privacidad al paciente con un biombo de más seguridad y confianza..

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de laxantes.

## **EVALUACION**

Se cubre la necesidad de la persona y evitar molestias e incomodidad.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Posible* riesgo de caída *relacionado con* uso post-bomba en el proceso quirúrgico (edema cerebral)

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad.

## **OBJETIVOS**

Disminución del riesgo de caída que produzcan complicaciones graves y prolonguen la estancia de la persona por más tiempo.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Identificación temprana de signos y síntomas de edema cerebral postbomba.

2-Vigilar estado de conciencia (Glasgow).

3-Mantener elevados los barandales de la cama.

4-Realizar sujeciones profilácticas y revisión continua de las mismas.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-El uso de circulación extracorpórea puede causar edema cerebral por lo que hay que identificar signos como estado de conciencia, actividad motora y diámetros o reflejos pupilares.

2-Por medio de la escala de Glasgow se valora rápidamente el nivel de conciencia. En la cual se valora la respuesta verbal, respuesta motora y respuesta por apertura de los ojos. Un valor normal es de 15 puntos, si el paciente tiene una valoración de menos de siete puntos está en coma y probablemente sufre ya una lesión neurológica intensa. La menor calificación que puede obtener es de 3 puntos.

3-4- Tienen la finalidad de evitar que el paciente se incorpore y pueda caerse, también ayuda a evitar que se retire las sondas y catéter que tiene instalados en el cuerpo.

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de sedantes.

Interconsulta a neurología

## **EVALUACION**

La identificación temprana de signos y síntomas de edema cerebral postbomba permite proporcionar las medidas de seguridad a la persona disminuyendo el riesgo de caída y evitando complicaciones. Además de evitar que la enfermera se vea inmersa en problemas legales.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Posible* presencia de infecciones nosocomiales por exposición constante a métodos invasivos *relacionado con* procesos quirúrgico.

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Disminuir la presencia de microorganismos patógenos, mediante curación de herida quirúrgica y catéteres favoreciendo el proceso de cicatrización y evitando complicaciones.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Verificar aumento o disminución de secreción, temperatura, volumen y cambios de coloración en la herida.

2-Curación de herida quirúrgica diaria o por razón necesaria (PRN).

3-Cambio de apósitos y gasas PRN

4-Evitar exponer la herida quirúrgica al medio ambiente.

5-Administración de antibióticos según prescripción médica.

6-Toma de cultivos según prescripción médica

### **FUNDAMENTACIÓN**

1-Estos son signos de infección por lo que hay que identificarlos tempranamente, para su tratamiento.

2-3-La curación diaria de herida quirúrgica se toma como una medida profiláctica para evitar infecciones.

4-El mantener la herida quirúrgica cubierta ayuda a evitar infecciones que puedan ser causadas por microorganismos que existan o se propaguen en el medio ambiente.

5-La ministración de antibióticos puede ser profiláctica o curativa ya que el proceso quirúrgico se realiza a corazón abierto.

6-Ya presente la infección se realizan cultivos de la secreción con antibiograma para saber que microorganismo causa la infección y a que tipo de antibiótico es resistente y a cual responde.

### **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación profiláctica de antibióticos

Indicación de cultivos.

### **EVALUACION**

La disminución de microorganismos patógenos favorece la cicatrización evitando complicaciones como es la sepsis y evitar que prolonguen la estancia de la persona en el servicio y que progrese a la muerte.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la movilidad en cama *manifestado por* proceso quirúrgico de corazón reciente *relacionado con* la presencia de drenajes torácicos, mediastinales y dolor al movimiento.

### **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Mantener un patrón de movimiento adecuado para evitar laceraciones en la piel.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Cambios posturales cada 2 hrs.

2-Movilización de extremidades y protección de las salientes óseas.

3-Ministración de analgésicos.

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-2-La movilización es necesaria para mejorar la circulación, evitar úlceras por presión, brindar comodidad al paciente y evitar la acumulación de secreciones traqueobronquiales por falta de movilidad.

3-Ayuda a la eliminación del dolor causado por el proceso quirúrgico, instalación de sondas por lo que hay que determinar la vía de administración, siendo preferible la vía intravenosa por ser menos dolorosa y se garantiza su más rápida absorción.

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de analgésico

## **EVALUACION**

Una postura adecuada ayuda a la persona para sentirse más cómoda.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Alteración en la comunicación verbal relacionado a intubación orotraqueal *manifestado por* utilización de señales no verbales (movimientos faciales y con las manos)

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Aumentar el patrón de comunicación no verbal de la persona.

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Interpretar las señales que realiza la persona con las manos.

2-Proporcionar alternativas de solución a sus necesidades.

3-De ser posible proporcionar papel y lápiz

## **FUNDAMENTACIÓN**

1-2-La comunicación se da en mensaje verbal y no verbal por lo que la enfermera debe tener conocimiento de éstas y la observación para con esto planear sus intervenciones, ya que la falta de comunicación nos limita a relacionarnos con otras personas y a expresar nuestro sentir.

3-El uso de comunicación alternativa puede ayudar a disminuir la ansiedad y los sentimientos de aislamiento. Por lo que se debe de promover una sensación de control sobre la situación y fomentar seguridad.

## **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Retiro tubo orotrapequeal en caso indicado

## **EVALUACION**

La comunicación ayuda a la satisfacción de los requerimientos sentidos de la persona

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la integridad cutánea *relacionado con* la instalación permanente de catéteres *manifestado por* multipunciones y equimosis.

## **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

## **OBJETIVOS**

Disminuir el deterioro de la integridad cutánea

## **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Toma de muestras de los catéteres ya instalados.

2-Proporcionar bolsas de agua caliente en zonas equimóticas

3-Lubricación de la piel.

4-Evitar zonas de presión

## **JUSTIFICACIÓN**

1-Nos ayuda a evitar una punción más en el paciente para obtener muestras sanguíneas para estudios de rutina.

2-La aplicación de calor en la piel debe de ser moderado y efectivo terapéuticamente con una vigilancia constante para evitar complicaciones.

3-El uso de emolientes en la piel ayuda a mantener la turgencia y humedad.

4-La colocación de cojines en zonas de salientes óseas para evitar la fricción con las sábanas y colchón.

#### **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Ninguna

#### **EVALUACION**

Se logro evitar presiones innecesarias y lograr la integridad de la piel.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** *Posible* alteración en el patrón de sueño *relacionado con ambiente poco tranquilo de la terapia.*

#### **CAUSA DE LA DIFICULTAD**

Falta de voluntad

#### **OBJETIVOS**

Mantener un patrón de sueño eficaz.

#### **INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

1-Atender lo antes posible a los sonidos de alarma de monitores y ventiladores.

2-Evitar conversaciones con tono de voz elevado

#### **FUNDAMENTACIÓN**

1-2-El estrés es la respuesta del organismo ante cualquier estímulo, el cerebro recibe la información y genera impulsos nerviosos, moviliza músculos, quema glucosa y las glándulas suprarrenales liberan adrenalina y cortisona para la reacción de pelear o de huir. El permanecer en una terapia causa estrés al paciente por lo que hay que ayudar a mantener un ambiente en silencio y relajado.

#### **INTERVENCIONES DEPENDIENTES**

Indicación de sedantes

#### **EVALUACION**

Mejorar el patrón de sueño para facilitar un mejor descanso y recuperación.

### 3.4.4 RESULTADOS

En las primeras tres horas de postoperatorio el paciente recupera el estado de conciencia, se evoluciona el modo del ventilador a ventilación obligatoria intermitente sincronizada (SIMV), se solicita un nebulizador para colocarlo en tubo en T y posterior proceder a la extubación.

El monitoreo electrocardiográfico posterior a los 10 minutos de su ingreso a la unidad presento un evento de taquicardia ventricular la cual se resolvió con un bolo de antiarrítmico (60 mgr. de lidocaina) posterior a esto se mantiene con ritmo sinusal.

En las primeras tres horas de su ingreso el paciente regula su temperatura corporal.

A las dos horas posteriores se va disminuyendo la infusión de aminas como son: dopamina, debuta y noradrenalina.

Al realizarse el lavado gástrico se observa que es negativo y sin residuo.

Las sondas mediastinales drenan líquido hemático en cantidad moderada de 10 a 15 ml. por hora.

La sonda de foley a derivación con buenos volúmenes urinarios forzados con diurético de asa.

En las primeras 5 horas solo se moviliza al paciente una vez por turno ya que está recién realizado el proceso quirúrgico.

Al entablar comunicación con el paciente y explicarle el procedimiento, que tiene un tubo orotraqueal y su función, que tiene sondas, catéter y el daño que podría causarse al moverse el paciente se controla.

### 4.3.5. SEGUIMIENTO

**Segundo día** de estancia: Se encuentra orientado en tiempo y espacio, ya esta extubado, se mantiene con nebulizador continuo y mascarilla facial FiO2 al 40% monitoreo electrocardiográfico con ritmo sinusal, signos vitales estables.

Se moviliza al paciente cada dos horas y se da fisioterapia pulmonar con palmo percusión con un manejo adecuado de secreciones bronquiales.

Buena ingesta de alimentos en papilla.

Se realiza baño de esponja, curación de herida quirúrgica la cual se encuentra limpia, curación de catéter y sondas mediastinales las cuales drenan líquido sanguinolento en poca cantidad, los volúmenes urinarios son normales sin estimulación de diurético.

**Tercer día:** El paciente se transada a la terapia intermedia antes de pasarse, se la retira el catéter de swan ganz y líneas arterial, se coloca un catéter central.

Se instala en la unidad, se encuentra conciente orientado en tiempo y espacio, continua con nebulizador continuo y mascarilla facial FiO2 al 40% con una saturación de oxígeno por oximetría de pulso del 98%

Monitoreo electrocardiográfico con ritmo sinusal, se retira la fuente de marcapasos, mantiene signos vitales estables.

Se realiza baño de esponja, curación de herida quirúrgica la cual se observa limpia y en proceso de cicatrización, curación de catéter y sondas, la sonda mediastinal drenando en poca cantidad líquido serohemático, volúmenes urinarios adecuados.

Mantiene buena ingesta de alimentos, se solicita la dieta en picados, los familiares traen su placa dental.

**Cuarto día:** Se encuentra estable el paciente se retiran sondas y cables de marcapasos.

Se realiza baño en regadera se transada en silla de ruedas, se realiza curación de herida quirúrgica y catéter, mantiene signos vitales estables, buena alimentación, destrostix de 140mg. buenos volúmenes urinarios.

**Quinto día:** El paciente se traslada al piso de cirugía cardioraxica, se instala en la unidad, el familiar del paciente ya puede permanecer con él todo el día. Se encuentra estable e inicia deambulacion.

**Sexto día:** Se realiza baño en regadera curación de herida quirúrgica la cual se encuentra limpia y en proceso de cicatrización, se retira catéter central y se inician los trámites para su alta a domicilio.

#### 4.3.6. PLAN DE ALTA

- **Dieta:**

Limitación de la sal moderadamente baja. Se recomienda ir disminuyendo progresivamente la cantidad no quitarla de un solo golpe.

- **Alimentos que debe de evitar:**

**Lista 1**, Leche agria, las bebidas con soda, los helados de crema, la leche helada.

**Lista 2**, betabel, zanahorias, apio, acelgas, mostaza, col agria, espinacas, nabos blancos y cualquier verdura enlatada que contenga sal.

**Lista 3**, Frutas secas, si fueron tratadas con silfito de sodio, cerezas en marrasquino y la fruta cubierta.

**Lista 4**, Pan de levadura, panqués, waffles, papas fritas.

**Lista 5**, Crustáceos frescos o enlatados, incluyendo las almejas, cangrejos, langostas, ostiones, camarones, carnes enlatadas, salchichas, jamón, pescado salado, chorizo, atún en latas, mantequilla de cacahuete.

**Lista 6**, mantequilla y margarina saladas, tocino, puerco salado, aderezos como mayonesa o vinagreta, cubos de consomé, salsa catsup, las salsas de chile.

- **Lista de alimentos que puede consumir**

Carnes de aves, pescado, pollo y cerdo con poca sal.

**Lista de cómo marinar las carnes:**

**Res:** hojas de laurel, jugo de limón, hongos, nuez moscada, cebolla, tomillo, jalea de membrillo o de uva.

**Pollo:** albahaca, hoja de laurel jugo de limón, mejorana, cebolla, pimienta, tomillo, sal de arándano.

**Codero:** curry, ajo, menta, cebolla, orégano, jalea de menta, piña cocida.

**Puerco:** ajo, jugo de limón, mejorana, salvia, puré de manzana, arándanos, manzanas al horno.

**Ternera:** hojas de laurel, curry, jengibre, mejorana, orégano, jalea de membrillo, albaricoque o peras cocidas.

**Pescado:** hoja de laurel, curry, ajo, jugo de limón, hongos, mostaza, cebolla, pimienta.

**Huevos:** albahaca, cebolla, curry, mostaza, perejil, pimienta verde, romero, tomate picado.

**Verduras:** espárragos, ejotes, brócoli, maíz, papas, calabaza, camote, tomate.

- **Revisar:** diariamente las heridas, tomarse la temperatura axilar, checar el pulso durante un minutó (normal 60 a 120 lat./ min.) y control de peso.
- **Ejercicio:** iniciar una caminata de 15 minutos las primeras dos semanas, posterior aumentar 30 minutos por semana, hasta llegar a caminar una hora y media por la mañana y por la tarde.
- **Continuar con su tratamiento medicamentos,** en los horarios establecidos, acudir a sus citas con el médico y realizar todas las preguntas que tenga.
- **Acudir al servicio de urgencias:** en caso de presentar cualquier alteración o malestar como: escalofríos severos, sofocación al caminar o subir escaleras más de lo normal, temperatura axilar mayor a 37°C, aumento de más de 1 Kg. en un día o 2.5 kg. en una semana, enrojecimiento o salida de secreción de las heridas, dolor torácico.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.**

Con el conocimiento de la historia de enfermería se aprecia los avances realizados en cada generación, reconociendo que desde su inicio el cuidado es la esencia de la enfermería.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta que nos ayuda para la profesionalización del área de enfermería, ya que es un proceso sistematizado, organizado y dinámico que individualiza los cuidados que se brindan a la persona, por lo que no se puede agrupar o protocolizar el cuidado, evitando con esto la rutina.

El Proceso de Atención de Enfermería aplicado al modelo de Virginia Henderson, me permitió visualizar mi trabajo diario como enfermera de una forma organizada y sistematizada, valorando a la persona de acuerdo a las 14 necesidades y así realizar una valoración integral sin olvidar ningún punto. También me di cuenta que muchas de las actividades que realizo al brindar el cuidado, no son anotadas ni en la hoja de enfermería, dando la impresión de que no realizamos ninguna actividad que no este en las indicaciones médicas.

Otra cosa que tiene el Proceso de Atención de Enfermería enfocado a la teoría de Virginia Henderson, es que nos ayuda a identificar el grado de independencia y dependencia de la persona y con esto saber como planificar nuestras actividades independientes, siendo estas las que corresponden específicamente a la enfermera, haciendo la diferencia de las acciones dependientes (médico y equipo de salud), permitiendo identificar hasta donde empiezan y terminan mis acciones como enfermera y donde comienzan las actividades de los otros miembros del equipo de salud, para con esto no intervenir en su trabajo.

Seria importante que en los hospitales durante la práctica diaria se introdujera el modelo de Virginia Henderson para sistematizar y organizar nuestro trabajo y con esto mejorar la atención que presta la enfermera en cuarto al cuidado del usuario.

Sugiero a la jefatura de enseñanza capacite al personal de enfermería sobre el manejo del proceso de atención de enfermería enfocado con el modelo de atención de Virginia Henderson y modificar la hoja de enfermería para realizar una buena valoración de acuerdo a las catorce necesidades, realizar un registro de diagnósticos de enfermería y actividades.

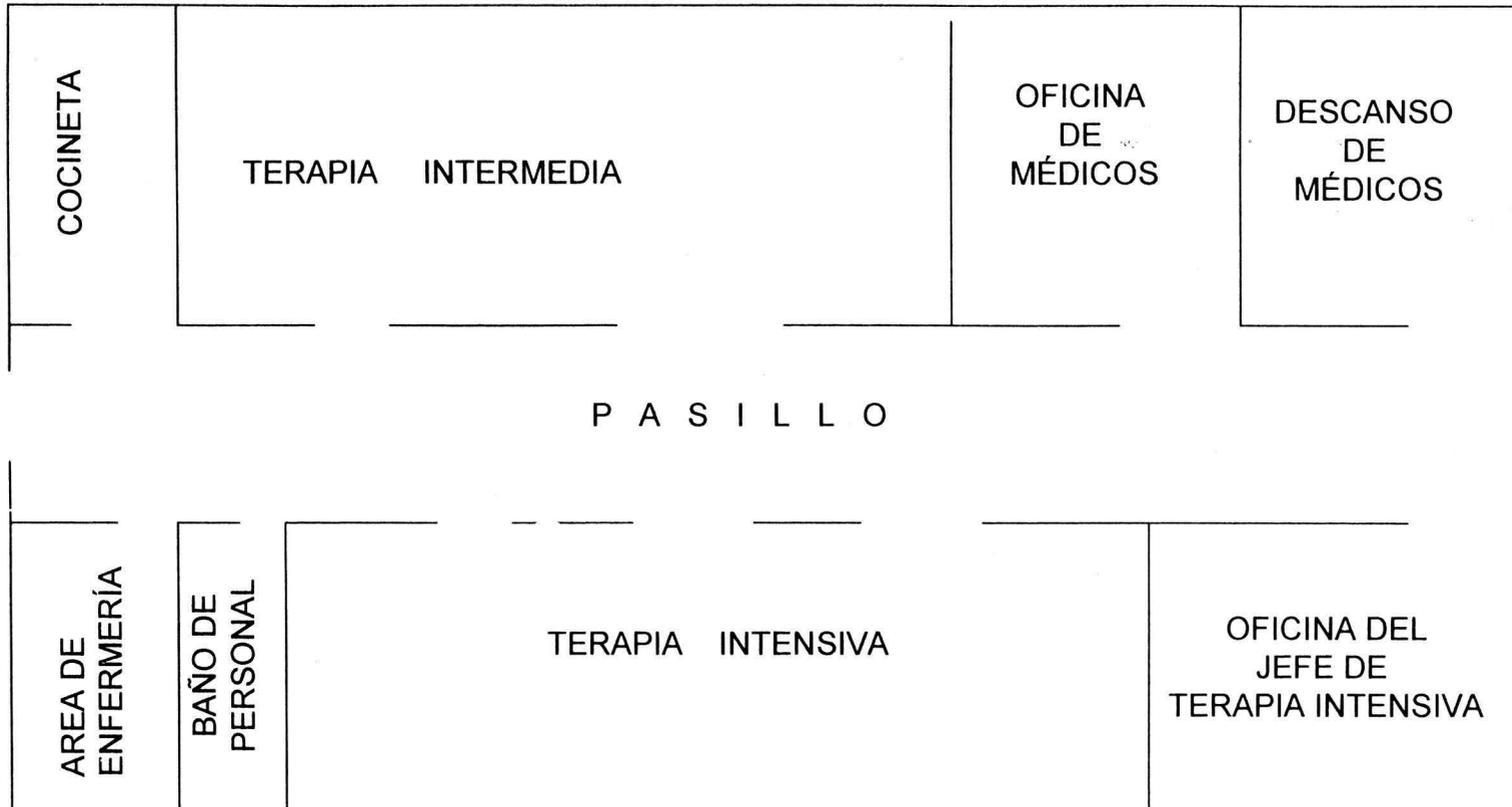
## CAPITULO VI BIBLIOGRAFÍA.

- Acoltzin C.. Efectos de captopril en la supervivencia de pacientes con infarto miocárdico agudo complicado con insuficiencia cardiaca congestiva venosa pulmonar y bajo gasto. Revista Mexicana de Cardiología. Vol. 7 Num. 4 Oct – Dic. 1996. p. 467
- ACLANT R, Wayne R.. Manual HURST El Corazón. Edt. Interamericana McGraw - Hill octava edición. España 1995. p. 378
- Almansa Martínez Pilar, Metodología de los cuidados de enfermería, Edit. Diego Marín Homero, México, 1999, p. 239
- Alfaro Rosalina, Aplicación de Proceso Enfermero, Edt. Masson, España, 2002, p. 275
- Atkinson Leslie, Murria Mary, Proceso de atención de enfermería, Edt. Interamericana, México, 1996, p 225
- Área de estadística del Hospital General Centro Medico La Raza, 2003.
- Beare P. y Myers J., Enfermería Medicoquirúrgica, vol I, Edt. Maby/Doyma,
- Brunner y Suddarth, Enfermería medicoquirúrgica, Tomo I, 7ª ed., Edit. Interamericana. México, 1994, p.84-86
- Canobbio.M. Trastorno cardiovasculares. edit.. Mosby / Doyma libros, España 1994. p. 764
- Collière Marie Fracoise, Promover la vida, Edit. Mc.Gaw Interamericana, Madrid, España, 1997, p 185.
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Actualizada en 1990.
- Diccionario de Medicina.
- D.O. Potter, Estudio Clínico Integral, Edt. Interamericana, México, 1985, p. 9
- Donahue M. Patricia, Historia de la enfermería, edit, Doyman, España 1995, p.337

- E. Braunwald., K. Isselbacher Harrison: Principios de Medicina Interna. Edit. Interamericana McGraw – Hill. Undécima edición, México 1989. p. 1999
- Escudero.X. ¿Qué tanto es tantito? Infarto del miocardio, lípidos sericos y el estudio CARE. Revista Mexicana de Cardiología. Vol. 8 Num. 1 Ene – Mzo 1997 p.235
- Guyton. J. may. Tratado de fisiología medica. Edt. McGraw – Hill. Décima edición. México 2002. p. 568
- Hernández Martínez Francisca, Historia de la enfermería en España, edit. Síntesis, España, 1996, p. 98
- Kérouac Suzanne, El Pensamiento Enfermero, edit. Masson, España, 1994, p 167.
- Leiva J., Saucedo J., y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª ed, México DF. edt. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p.567
- Rodríguez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, edit Cuellar, México, 1998, p 277
- Rubio Domínguez Severino, et al, Antología de Teorías y Modelos, edit. UNAM, México 1987, p.138
- Ríos Everardo Maribel, El Genero en la socialización profesional de enfermeras, edit. UNAM., México
- Rodrigo María Teresa Lis El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª ed., Edt. Masson, España, 1998, p.38
- Rodríguez Jiménez Sofia, Antologia Fundamentos de Enfermería, tomo I, Edt. UNAM, México, 1987, p. 216
- R. Schlant, R. Wayne. Manual HURST El Corazón. ED. Interamericana McGraw - Hill octava edición. España 1995. p. 362
- Sillez Gonzales José, Historia de la enfermería, edt. Agua clara, españa, 1999, p.328

- Schawarts, Shires, apencer. Principles of surgery. Seventh edition. Vol. 1. Ed. McGraw – Hill. EE. UU. Internacional edt. 1999. p. 1368
- Wlya Patricia, Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Edt. Mc Graw Hill, España, 1987, p.135

**ANEXO # 1**  
**CROQUIS DEL SERVICIO DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA**



## ANEXO #2

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_  
Fiabilidad (1-4) \_\_\_\_\_ Miembro de la familia/persona significativa: \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición, eliminación y termorregulación.

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:  
Disnea debido a \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_  
Desde cuando fuma/cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: \_\_\_\_\_ Objetivos: \_\_\_\_\_  
Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_  
Tos seca/productiva: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
Coloración de la piel/lechos ungueales/ peribucal \_\_\_\_\_  
Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

#### NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo  
Dieta habitual (tipo) \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_  
Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_  
Intolerancia alimenticia/ Alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas de masticación y deglución \_\_\_\_\_  
Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivos:  
Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_  
Función neuromuscular y esquelética: \_\_\_\_\_  
Aspecto de dientes y encías: \_\_\_\_\_  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_

Características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_

Orina: \_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales/ otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_

Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/ orinar/ menstruar: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Abdomen características: \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio/ tipo/ frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético: Fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular: Tono/resistencia/flexibilizad: \_\_\_\_\_

Postura: \_\_\_\_\_

Necesidad de ayuda para la de ambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

Insomnio: \_\_\_\_\_ Debido a: \_\_\_\_\_

Descansado al levantarse: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental: Ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_ Ojeras: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_

Apatía: \_\_\_\_\_ Cefalea: \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de animo para seleccionar sus prendas de vestir: \_\_\_\_\_

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: \_\_\_\_\_

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para seleccionar su vestuario: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_

Inadecuado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_ Momento preferido del baño: \_\_\_\_\_  
Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_  
Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de eliminar: \_\_\_\_\_  
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Aspecto general: \_\_\_\_\_  
Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_  
Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_ Lesiones dermicas: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: \_\_\_\_\_  
Como reacciona ante situaciones de urgencias: \_\_\_\_\_  
Conoce las medidas de prevención de accidentes: \_\_\_\_\_  
Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_  
Como canalizar las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_  
Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## 3.- NECESIDAD BÁSICA DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, jugar y participar en actividades recreativas y de aprendizaje.

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Viven con: \_\_\_\_\_  
Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Otras personas que puedan ayudar: \_\_\_\_\_  
Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
Comunica los problemas de enfermedad: \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de los contactos sociales diferentes del trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivos:  
Habla claro: \_\_\_\_\_ Confuso: \_\_\_\_\_  
Dificultad visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

### **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

Subjetivo:  
Creencia religiosa: \_\_\_\_\_ Su creencia religiosa le genera conflictos personales: \_\_\_\_\_  
Principales valores personales: \_\_\_\_\_  
Principales valores familiares: \_\_\_\_\_  
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: \_\_\_\_\_

Objetivo:  
Hábitos específicos de vestido (grupo social y religioso): \_\_\_\_\_

Permite el contacto físico: \_\_\_\_\_  
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores y creencias: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

Subjetivo:  
Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_  
Riesgos: \_\_\_\_\_  
Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_  
Esta satisfecho con su trabajo: \_\_\_\_\_  
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: \_\_\_\_\_ Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: \_\_\_\_\_

Objetivo:  
Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquirteado/eufórico: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### **NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Subjetivo:  
Nivel de educación: \_\_\_\_\_ Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Preferencias: leer/escribir: \_\_\_\_\_

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: \_\_\_\_\_

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: \_\_\_\_\_

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_ Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional ansiedad, dolor: \_\_\_\_\_ Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## ANEXO # 3

### MARCO TEÓRICO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

#### Epidemiología

La causa mas común de muerte en el mundo occidental es la cardiopatía isquémica, que es consecuencia de un flujo sanguíneo coronario insuficiente. Aproximadamente el 35% de las personas mueren por esta causa en estados unidos. Siendo el infarto al miocardio de las principales causas de muerte en los países desarrollados y una importante causa de morbilidad en población económicamente activa.<sup>85</sup>

En México al igual que en los países de mayor desarrollo, las enfermedades cardiovasculares ocupan la primera causa de morbilidad general. Junto con la diabetes y las enfermedades vasculares cerebrales, conforman el 26% de las defunciones que ocurren en el país en todos los grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres. <sup>86</sup>

Se han identificado una serie de indicadores de riesgo conocidos mundialmente como son: sexo, edad, niveles plasmáticos de lípidos, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial y sedentarismo. Entre estos factores, se reconoce internacionalmente a la hipercolesterolemia como el factor de riesgo de mejor valor predictivo y que muestra una estrecha correlación con la severidad de las lesiones ateroscleróticas, razón por lo cual se ha determinado que el nivel plasmático del colesterol menor o igual a 200 mg/dl indica un bajo riesgo coronario.

Sin embargo, existe evidencia en la literatura de episodios coronarios en individuos con niveles plasmáticos de colesterol menores de 200 mg/dl. Los autores de estos trabajos concluyen que la sola medición de colesterol total para pesquisar individuos en riesgo dentro de poblaciones sanas, es insuficiente. Considerando estos antecedentes, es necesario buscar nuevos indicadores de riesgo que pudieran utilizarse como factores predictivos de enfermedad coronaria en individuos que tienen niveles plasmáticos de colesterol iguales o menores a 200mg/dl.

---

<sup>85</sup> X. Escudero. ¿Qué tanto es tantito? Infarto del miocardio, lípidos sericos y el estudio CARE. Revista Mexicana de Cardiología. Vol. 8 Num. 1 Ene - Mzo 1997 p. 7 - 9

<sup>86</sup> *Ibíd.* p.12

De este modo podrían identificarse poblaciones en riesgo y así adoptar estrategias de prevención adecuadas y fomentar hábitos de vida saludable. Entre algunos indicadores estudiados figura la lipoproteína(a) La que es un colesterol éster y cuyos niveles plasmáticos elevados se han asociado con la génesis de la enfermedad coronaria, atribuyéndosele un rol trombogénico y/o ateroesclerótico.

La mortalidad por infarto del miocardio varía según las complicaciones que le acompañan, de tal modo que si no esta complicado podrá esperarse una supervivencia de aproximadamente 87%.

El infarto miocárdico complicado con fibrilación ventricular tratado en la unidad coronaria ocasiona una mortalidad del 10%, si ocurre ruptura cardiaca, la cifra oscila entre 10 y 25%, cuando se complica con insuficiencia cardiaca congestiva venosa pulmonar grave, la mortalidad será entre 18 y 23% y si además se asocia con hipotensión arterial clase IV de Forrester), se eleva a 55.5%.<sup>87</sup>

#### **CONCEPTO:**

**Isquemia:** Se refiere a la falta de oxígeno por riego sanguíneo inadecuado.

**Cardiopatía isquémica:** se entiende un padecimiento debido a varias causas que presentan en común, un trastorno de la función cardiaca debido a desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.<sup>88</sup>

**Infarto agudo del miocardio:** Es el desarrollo agudo o repentino de una zona localizada o circunscrita de necrosis miocárdica debido a isquemia grave por inadecuación del flujo sanguíneo, de la oxigenación o de ambos a la vez. Un infarto de miocardio en evolución es un proceso en el que un segmento de miocardio esta progresando de la isquemia a la necrosis real, habitualmente a causa de la oclusión de una arteria coronaria.

**Revascularización coronaria:** Tratamiento quirúrgico del infarto agudo del miocardio en la cual se emplea un segmento de vena (casi siempre safena) para formar una conexión entre la aorta y la arteria coronaria, distalmente a una lesión obstructiva. Otra manera es recurrir a una anastomosis entre la arteria mamaria interna izquierda y la arteria coronaria distalmente a la lesión obstructiva.

---

<sup>87</sup> C. Acoltzin. Efectos de captopril en la supervivencia de pacientes con infarto miocárdico agudo complicado con insuficiencia cardiaca congestiva venosa pulmonar y bajo gasto. Revista Mexicana de Cardiología. Vol. 7 Num. 4 Oct – Dic. 1996. p. 142 – 145.

<sup>88</sup> E. Braunwald., K. Isselbacher. Harrison: Principios de Medicina Interna. Edt. Interamericana McGraw – Hill. Undécima edición, México 1989. p. 1999

## **FISIOPATOLOGÍA**

La causa mas común de disminución del flujo sanguíneo coronario es la aterosclerosis. En algunas personas que tienen una predisposición genética a la aterosclerosis o en personas que comen cantidades excesivas de colesterol y otras grasas, se depositan gradualmente grandes cantidades de colesterol por debajo del endotelio en muchas partes de las arterias de todo el cuerpo. Gradualmente estas zonas de depósito son invadidas por tejido fibroso y con frecuencia se calcifican. El resultado neto es el desarrollo de placas ateroscleróticas que sobresalen en el interior de las luces vasculares y bloquean total o parcialmente el flujo sanguíneo. Un lugar frecuente de desarrollo de las placas ateroscleróticas son los primeros centímetros de las arterias coronarias primarias.<sup>89</sup>

## **OCLUSION CORONARIA AGUDA**

La oclusión aguda de una arteria coronaria es frecuente en una persona que ya tiene una cardiopatía aterosclerótica coronaria, pero casi nunca se da en una persona con una circulación coronaria normal. Este trastorno puede ser consecuencia de varios procesos:

La placa aterosclerótica puede producir un coagulo sanguíneo local, denominado trombo, que a su vez ocluye la arteria. El trombo se produce habitualmente en el lugar donde la placa ha atravesado el endotelio, poniéndose así en contacto directo con la sangre que fluye. Debido a que la placa tiene una superficie rugosa, las plaquetas comienzan a adherirse a ella, se empieza a depositar fibrina, y los hematíes quedan atrapados para formar un coagulo hasta que ocluye el vaso o en ocasiones, el coagulo se desprende de su lugar de anclaje a la placa aterosclerótica y fluye a una rama mas periférica del árbol arterial coronario, bloqueando la arteria en ese punto. Un trombo que circula por la arteria de esta forma y ocluye un vaso mas distal se denomina un embolo.

La isquemia es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas, las cuales por presentar disminución de su luz causan disminución absoluta en la circulación miocárdica en reposo o disminuyen el incremento adecuado en el riego sanguíneo cuando hay un aumento en las demandas. El flujo sanguíneo coronario también puede estar limitado por trombos arteriales, espasmos y raramente por embolias coronarias, arteritis y estrechez de los orificios coronarios por aortitis sifilítica.

La isquemia miocárdica se produce también si las demandas de oxígeno por parte del miocardio están anormalmente aumentadas como sucede en la hipertrofia

---

<sup>89</sup> A. Guyton. J. may. Tratado de fisiología medica. Edt. McGraw – Hill. Décima edición. México 2002. p. 276

ventricular grave debida a hipertensión arterial o estenosis aortita. Esta última puede producir síntomas de angina de pecho imposible de diferenciar de una

debida a aterosclerosis coronaria. La isquemia miocárdica ocurre a veces si hay disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por parte de la sangre como sucede en pacientes con anemias muy intensas o en presencia de carbixihemoglobina.<sup>90</sup>

La circulación coronaria normal esta controlada por los requerimientos de oxígeno por parte del miocardio. Estos requerimientos se sacrifican por la capacidad de resistencia vascular coronaria. Normalmente, la resistencia intramiocárdica de las arteriolas presenta gran capacidad de dilatación. Durante el ejercicio o tensión emocional, los requerimientos de oxígeno afectan la resistencia vascular coronaria y de esta manera regulan el aporte de sangre y oxígeno (regulación metabólica). Estos mismos vasos se adaptan a las alteraciones fisiológicas en la presión arterial a fin de conservar el riego sanguíneo coronario en niveles adecuados a los requerimientos del miocardio (autorregulación).<sup>91</sup>

### **Efectos de la isquemia**

La oxigenación inadecuada secundaria a aterosclerosis coronaria puede causar trastornos transitorios de la función mecánica, bioquímica y eléctrica del miocardio. El desarrollo brusco de isquemia suele afectar un segmento del miocardio ventricular izquierdo con falla prácticamente instantánea de la relajación y contracción normales del miocardio. La disminución del riego del subendocardio causa isquemia mas intensa de esta parte de la pared miocárdica. La isquemia de segmentos grandes del ventrículo causa insuficiencia transitoria del ventrículo izquierdo, afectando músculos papilares, por lo que puede haber insuficiencia mitral como complicación. Cuando los fenómenos isquémicos son transitorios, se pueden acompañar de angina de pecho, pero cuando son prolongados pueden producir necrosis y cicatriz miocárdica con o sin manifestaciones clínicas de un infarto agudo del miocardio. La aterosclerosis coronaria es un proceso localizado que causa isquemia no uniforme.<sup>92</sup>

### **INFARTO DEL MIOCARDIO**

Inmediatamente después de una oclusión coronaria aguda, el flujo sanguíneo cesa en los vasos coronarios situados mas allá de la oclusión, excepto pequeñas cantidades de flujo colateral de los vasos de alrededor. La porción de músculo que

---

<sup>90</sup> E. Braunwald., K. Isselbacher. Harrison: Principios de Medicina Interna. Edt. Interamericana McGraw – Hill. Undécima edición, México 1989. p. 1909

<sup>91</sup> Ibid. p. 1968

<sup>92</sup> Ibid.. p. 1999

carece de flujo o que recibe tan poco flujo que no puede mantener la función del músculo cardíaco se dice que esta infartada. El conjunto del proceso recibe el nombre de infarto de miocardio.<sup>93</sup>

Poco tiempo después del comienzo del infarto, empiezan a filtrarse a la zona infartada pequeñas cantidades de sangre colateral, y esto, combinado con la dilatación progresiva de los vasos sanguíneos locales, hace que la zona se llene de sangre remansada. Simultáneamente las fibras musculares consumen los últimos vestigios de oxígeno de la sangre haciendo que la hemoglobina quede totalmente reducida y de un color azul oscuro. La zona infartada asume un tono marrón azulado y los vasos sanguíneos de la zona parecen congestivos a pesar de la falta de flujo sanguíneo. En fases más tardías, las paredes vasculares se vuelven muy permeables y pierden líquido, el líquido se torna edematoso, y las células musculares cardíacas comienzan a hincharse por la disminución del metabolismo celular. En pocas horas de ausencia casi total de flujo sanguíneo, las células musculares cardíacas mueren.<sup>94</sup>

## **CUADRO CLINICO**

El reconocimiento del infarto depende de la interpretación correcta de los síntomas del paciente. Habitualmente la queja de la presentación de un dolor torácico persistente, o su equivalente, de más de 15 minutos. El dolor torácico característico asociado a infarto es una presión, aplastamiento, estrujamiento o una sensación de peso. Este dolor con frecuencia se irradia al precordio anterior, a la cara medial del brazo izquierdo, o a los codos. A veces puede irradiarse a la mandíbula, simulando un dolor dental.<sup>95</sup>

Hasta el 30 % de los infartos de miocardio pasan inadvertidos, debido a que no existen estos síntomas típicos; sin embargo, solo la mitad de ellos son verdaderamente silentes desde el punto de vista clínico. Los infartos no detectados aparecen con más frecuencia en diabéticos, hipertensos y ancianos.

En la mitad de los pacientes con IAM no es posible detectar un factor precipitante; en el grupo de enfermos en quienes pudieran detectarse alguna actividad relacionada con el inicio del infarto, un porcentaje importante refiere relación con ejercicio moderado a intenso y estrés emocional. Otras situaciones asociadas a infarto incluyen: procedimientos quirúrgicos con pérdida importante de sangre, infecciones respiratorias, embolismo pulmonar, hipoxemia de cualquier origen,

---

<sup>93</sup> A. Guyton. J. may. Tratado de fisiología médica. Edt. McGraw – Hill. Décima edición. México 2002. p. 276

<sup>94</sup> *Ibid.* p. 279

<sup>95</sup> R. ACLANT, R. Wayne. Manual HURST El Corazón. Edt. Interamericana McGraw - Hill octava edición. España 1995. p. 120

hipoglucemia, ingesta de medicamentos que contienen algún derivado ergonovínico, alergias, enfermedad del suero y otras.<sup>96</sup>

### **SÍNTOMAS PRODRÓMICOS**

El 20 a 60% de los pacientes con IAM tienen datos de pródromos, incluso entre los pacientes que aparentemente presentan IAM sin sintomatología previa; en un porcentaje nada despreciable y con interrogatorio dirigido pueden detectarse antecedentes de síntomas precordiales a los cuales no se les había dado importancia.<sup>97</sup>

### **Semiología del dolor de infarto:**

**Tipo:** Frecuentemente se refiere como una opresión, sensación de compresión con el puño cerrado sobre la región retroesternal (signo de Levine), "apretujamiento", estrangulamiento o hasta dolor quemante, sensación de odinofagia o de vacío retroesternal.<sup>98</sup>

**Localización:** De manera típica se localiza en la cara anterior del hemitórax izquierdo, con irradiación hacia hombro izquierdo, muñeca y dedos de la mano izquierda, aunque puede tener otras localizaciones menos frecuentes, que pueden ser cualquier sitio desde el epigastrio hasta el maxilar inferior.<sup>99</sup>

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

**Duración:** A diferencia de la angina de pecho, habitualmente dura más de 30 minutos, hasta varias horas después, y no cede con la administración de nitroglicerina o isosorbide sublingual.

**Síntomas acompañantes:** En la mitad de los pacientes ocurren náuseas y vomito (sobretudo en el infarto de localización posteroinferior), disnea, palpitations, debilidad, sensación de desvanecimiento, mareos, angustia.

---

<sup>96</sup> J. Leiva, J. Saucedo, y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª edición, México DF. Edt. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p. 90

<sup>97</sup> J. Leiva, J. Saucedo, y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª edición, México DF. Edt. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p. 93

<sup>98</sup> *Ibíd.* p. 108

<sup>99</sup> *Ibíd.* p. 167

**Presentación del dolor:** El IAM debe considerarse en cualquier paciente que se presente con edema agudo pulmonar de origen desconocido; otras formas de presentación incluyen solo náuseas y vómitos, fatiga importante de rápida instalación, síncope, embolismo periférico o cerebral, pericarditis, arritmias ventriculares malignas, ECG anormal en un paciente obnubilado, localización atípica del dolor, muerte súbita y psicosis.<sup>100</sup>

## **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

### **Exploración física**

Los hallazgos exploratorios durante un infarto agudo en evolución son muy inespecíficos. Son frecuentes la sudoración y la hipertensión. La auscultación cardiaca puede revelar un galope auricular (S4), que refleja un ventrículo isquémico, poco distensible. Un galope ventricular (S3), según su localización, implica disfunción de ventrículo izquierdo o derecho. Hallazgos exploratorios como la hipertensión, la distensión venosa yugular, los estertores pulmonares, o los soplos de nueva aparición son muy útiles para identificar las complicaciones de infarto agudo. Ocasionalmente, existe un roce pericárdico cuando se ve al paciente por primera vez, lo que indica que el infarto comenzó varias horas o días antes.<sup>101</sup>

### **Radiografía de tórax**

En un paciente con infarto de miocardio no complicado, la radiografía de tórax es normal. La presencia de edema pulmonar intersticial sugiere la presencia de disfunción significativa del ventrículo izquierdo. Un aumento de la silueta cardiaca implica cardiopatía previa o derrame pericárdico.<sup>102</sup>

### **Enzimas cardíacas**

La creatinina cinasa (CK), el lactato dehidrogenasa (LDH) y la aspartato transaminasa (AST, anteriormente denominada SGOT) se liberan por la rotura de la membrana de los miocitos muertos.<sup>103</sup>

La CK se eleva por encima de los límites normales (en mayor parte de los laboratorios, hasta 120 UI/L aproximadamente) aproximadamente 6 horas después de un infarto de miocardio. Las elevaciones máximas se alcanzan entre las 14 y 36 horas. Esto va seguido de un descenso gradual hasta un nivel normal en 48 a 72 horas si se detiene la muerte de miocitos. Los niveles de Ck \_ MB

---

<sup>100</sup> J. Leiva, J. Saucedo, y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª edición, México DF. Edt. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p. 98

<sup>101</sup> R. Schlant, R. Wayne. Manual HURST El Corazón. ED. Interamericana McGraw - Hill octava edición. España 1995. p. 111

<sup>102</sup> Ibid. p. 115

<sup>103</sup> Ibid. p. 118

deben exceder un 5 por 100 de la CK total para ser diagnósticos de infarto de miocardio.

Para diagnosticar un infarto de miocardio en pacientes que ingresan 48 a 72 horas después del comienzo de los síntomas, es útil la relación LDH1/LDH2. La actividad del LDH1 alcanza un máximo entre las 48 y 72n horas y permanece elevada durante 10 a 14 días. Una relación LDH1/LDH2 >1 sugiere infarto de miocardio. Las muestras para medir la actividad de LDH se toman habitualmente cada 12 a 24 horas.

### **Electrocardiografía**

La progresión de las alteraciones electrocardiográficas (ECG) en el infarto de miocardio es la siguiente:

Alteraciones de la onda "T": las ondas T afiladas, simétricas o invertidas sugieren isquemia. (estos cambios muy precoces hiperagudos, frecuentemente se producen antes de ver a los enfermos).

Elevación del segmento ST en las derivaciones situadas encima del infarto, que implica lesión del epicardio.

elevación del segmento ST con inversión de onda T.

Elevación de ondas Q anormales, que habitualmente significan muerte celular.

La sensibilidad de las alteraciones ECG en el infarto agudo de miocardio se reduce por la presencia de un infarto previo, por la ausencia frecuente de alteraciones del complejo QRS en los infartos posterolaterales, y por la presencia de un bloqueo de rama izquierda.<sup>104</sup>

### **ERGOMETRIA**

La prueba de esfuerzo estudia la respuesta clínica y electrocardiográfica a un ejercicio físico programado; constituye una prueba fundamental para el diagnóstico del paciente coronario y, además, proporciona datos sobre su pronóstico y capacidad funcional (v. Prueba de esfuerzo).

### **ECOCARDIOGRAFIA (DOPPLER)**

El ecocardiograma constituye un método sensible e incruento para el diagnóstico de los defectos segmentarios de la contractilidad y la evaluación global de la función ventricular. De esta forma, el ecocardiograma es fundamental en la evaluación de la función ventricular residual en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Igualmente, permite el diagnóstico de las alteraciones de la contractilidad en enfermos con angina de pecho (miocardio hibernado).

---

<sup>104</sup> R. Schlant, R. Wayne. Manual HURST El Corazón. ED. Interamericana McGraw - Hill octava edición.

Además, se está utilizando en combinación con la prueba de esfuerzo para el diagnóstico de la isquemia miocárdica (ecocardiografía de estrés). Para ello, se valoran las alteraciones segmentarias de la contracción ventricular que aparecen durante el ejercicio como consecuencia de la isquemia.<sup>105</sup>

### **CATETERISMO CARDIACO**

Mediante la opacificación del ventrículo izquierdo y de las arterias coronarias, el cateterismo cardíaco permite el análisis de la función ventricular y el conocimiento del grado y la extensión de las lesiones coronarias. Así pues, las indicaciones principales de esta técnica son dos:

- 1) Los diagnósticos de la enfermedad en pacientes con un cuadro clínico y exploraciones incruentas dudosos o contradictorios.
- 2) El diagnóstico de la localización de las estenosis coronarias está indicada la revascularización (los que no responden al tratamiento médico o tienen signos clínicos de mal pronóstico).

En ocasiones puede utilizarse para evaluar el pronóstico de un paciente determinado; de cualquier forma, es una exploración que entraña cierto riesgo, por lo que debe emplearse de forma selectiva y no indiscriminada. El grado de afección coronaria observado durante la coronariografía en las diferentes series de angina estable publicadas varía ligeramente; en general, existe una proporción similar (25%) de pacientes con estenosis en una, dos o las tres arterias coronarias principales. El 5-10% muestra lesiones coronarias no obstructivas e incluso puede tener un árbol coronario angiográficamente normal.

### **TRATAMIENTO**

Todos los pacientes con IAM deben ser admitidos en una unidad de cuidados coronarios o su equivalente.

#### **Medidas generales**

**Dieta:** Depende de la evaluación inicial, de la presencia de complicaciones, del estado hemodinámico al ingreso y de la probabilidad de realizar intervenciones invasivas durante las siguientes horas. En general, en un IAM no complicado se recomienda un ayuno inicial de 6 a ocho horas, a partir de las cuales se inicia dieta

blanda, rica en residuos y de 20 a 30 calorías/Kg. de peso; el contenido en grasas, carbohidratos y sodio se individualiza.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> R. Schlant, R. Wayne. Manual HURST El Corazón. ED. Interamericana McGraw - Hill octava edición. España 1995. p. 120

<sup>106</sup> J. Leiva, J. Saucedo, y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª edición, México DF. ED. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p. 90 - 109

**Laxantes:** La estancia en cama puede predisponer a la constipación; debe evitar el esfuerzo defecatorio con el uso de laxantes tipo agarol, agiolax, o algún similar.

**Reposo absoluto:** En semifowler.

**Oxígeno:** Administrado de 2 a 4 litros por minuto.

### **Medidas específicas**

**Analgésicos:** Son importantes en el tratamiento inicial; se recomienda meperidina, 25 a 50 mg IV cada 15 min. Con vigilancia de cifras tensionales y reacciones secundarias a su uso.

**Ansiolíticos:** Puede utilizarse benzodiazepinas como diazepam, bromacepam, loracepam, u otro similar, por vía oral cada 12 a 24 horas.

**Nitratos:** Han de evitarse los nitratos de acción prolongada debido al poco control que se tendría sobre sus efectos. Debe iniciarse la administración de nitroglicerina sublingual desde el momento en que el paciente llega a urgencias, con determinación de TA sistólica, la cual debe ser mayor de 90 mm de mercurio.

Los efectos hemodinámicos de los nitratos son vaso dilatación de vasos coronarios de conductancia, disminución de la presión teledistólica del VI, incremento del flujo sanguíneo coronario a través de circulación colateral y, por su efecto venodilatador predominante, disminuyen el retorno venoso y con ello el consumo miocárdico de oxígeno. En algunos enfermos disminuye el tamaño del infarto y la frecuencia de complicaciones mecánicas, mejoran la remodelación ventricular pos – IAM y reducen o suprimen el dolor anginoso.<sup>107</sup>

El uso de NTG en infusión continua ofrece la ventaja de un fácil control sobre modificaciones en las dosis y en sus efectos hemodinámicos (50mg de NTG en 250 cc de solución glucosaza al 5%, cada microgota contiene 3.3 ug de NTG).

**Antiagregantes plaquetarios:** el estudio multicentrico ISIS – 2 (estudio Internacional de la sobrevivencia en el infarto) estableció las bases para el uso de aspirina en el IAM; demostró una disminución en la mortalidad a cinco semanas del 23% con el uso aislado de aspirina (162.5 mg/día) y hasta de 42% cuando se asocia aspirina y estreptomycinaza en las primeras 6 hrs. Del inicio de los síntomas de infarto. La recomendación es de 32.5 mg. Que deben administrarse tan pronto se establezca el diagnóstico de infarto (evitar utilizar tabletas con capa entérica o de liberación prolongada en la primera dosis) después continuar con media tableta diaria.

---

<sup>107</sup> J. Leiva, j. Saucedo, y cols., Manual de Urgencias Cardiovasculares. 1ª edición, México DF. ED. McGraw-Hill Interamericana. 1996. p. 90 – 109

**Trombolisis:** El tratamiento del IAM con medicamentos trombolíticos modifico la evolución del infarto. Disminuyendo la mortalidad cuando el tratamiento trombolítico es utilizado en las primeras seis horas del inicio de los síntomas, ya que mientras mas pronto se logre permeabilizar la arteria relacionada con el infarto, mayor masa miocárdica se salvara y esto se traducirá en mejor supervivencia y mayor función ventricular en la mayoría de los casos.

**Heparina:** Se administra en bolo intravenoso, con el objetivo de lograr un efecto rápido, con saturación inmediata de receptores endoteliales para heparina y de proteínas de la circulación que se unen a heparina, como antitrombina III y macrófagos. Posteriormente se continúa con infusión IV permanente con mediciones continuas de TPT para mantenerlo entre 60 y 80 seg. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): De igual que la aspirina y los agentes trombolíticos, los IECA han demostrado disminuir la mortalidad en el contexto del infarto cuando se administran durante la fase aguda del mismo.

**Beta bloqueadores beta (BB):** (metoprolol, esmolol) Dentro de sus efectos benéficos están la disminución en las demandas de oxígeno al reducir TA, FC y contractilidad. Antagonizan los efectos cardiotoxicos de los niveles excesivos de catecolaminas, disminuyen la frecuencia de arritmias ventriculares y tal vez elevan el umbral para la fibrilación ventricular; también, reducen el tamaño del infarto, la isquemia recurrente y se les atribuye cierto papel en la disminución de incidencia de rotura cardíaca.

**Bloqueadores de los canales de calcio:** Su utilidad se limita a sus efectos antihipertensivos y para control del vasoespasmismo coronario que producen los bloqueadores beta.

## **TRATAMIENTO QUIRURGICO (REVASCULARIZACIÓN CORONARIA) EN LA ETAPA AGUDA DEL INFARTO.**

En los 60's, el desarrollo de la cirugía de Revascularización coronaria contribuyó de manera importante a disminuir la enfermedad coronaria. En los EE.UU. el principal crédito para el desarrollo de cirugía cardíaca de Revascularización fue para Favaloro, Effler y asociados de la clínica de Cleveland; quienes realizaron la primera serie de revascularización coronaria.

En 1967 usando puentes coronarios venosos a la arteria coronaria derecha Jonson y colaboradores demostraron similares puentes pudieran ser realizados en el sistema coronario izquierdo.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> Schawarts, Shires, apencer. Principles of surgery. Seventh edition. Vol. 1. Ed. McGraw – Hill. EE. UU. Internacional ed. 1999. p. 854 - 860

No fue sino hasta 1968 cuando Green realizó la primera cirugía de Revascularización, utilizando la arteria mamaria descendente anterior, usando un microscopio. Es hasta los 80's que se uso en forma más rutinaria la arteria mamaria interna con 10 años de estudio y seguimiento angiográfico. La cirugía de Revascularización tiene un impacto monumental en el tratamiento de la enfermedad coronaria y viene a simbolizar los avances técnicos de la medicina occidental. Tan solo 350 000 procedimientos de Revascularización coronaria son realizados anualmente tan solo en los EE.UU.

La Revascularización de la arteria coronaria es un método directo para incrementar el flujo sanguíneo coronario del miocardio; proporciona alivio asintomático en el 80% de los pacientes con angina significativa y tiene una baja mortalidad operatoria. Las indicaciones incluyen la angina inhabilitante refractaria al tratamiento médico, el electrocardiograma (ECG) significativamente anómalo en respuesta al ejercicio, la obstrucción del 50% o más de la arteria coronaria principal izquierda y las lesiones obstructivas en las arterias coronarias.<sup>109</sup>

Es útil en los pacientes en los que el tratamiento médico es ineficaz o en aquellos que consideran inaceptable la calidad de vida que éste les proporciona, la revascularización miocárdica mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) o mediante cirugía con injerto venoso o arterial, consigue a menudo eliminar las crisis anginosas y simplificar la medicación. Además, se ha demostrado que la cirugía mejora la expectativa de vida en ciertos grupos de pacientes de alto riesgo con afección coronaria grave y disfunción ventricular izquierda.

La cirugía de revascularización mediante injerto aortocoronario con vena safena o con la arteria mamaria interna constituye la intervención de cirugía cardiaca más frecuente en la actualidad y su eficacia en el tratamiento de la isquemia miocárdica está bien establecida. En la angina estable, la mortalidad operatoria oscila entre el 1 y el 3%, excepto para los enfermos con afección del tronco común de la coronaria izquierda o cirugía valvular combinada, en los que puede elevarse hasta el 10%.

Los factores que indican mal pronóstico son la edad avanzada, la cirugía urgente, la insuficiencia renal, las afecciones del tronco común de la coronaria izquierda y la disfunción ventricular grave. La incidencia de infarto perioperatorio oscila entre el 2 y el 5%, las infecciones postoperatorias entre el 1 y 5% y la incidencia de accidente vascular cerebral alcanza el 6%. Éstos son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, diabéticos, con historia de enfermedad vascular periférica, afección neurológica previa o lesiones carótideas significativas.

---

<sup>109</sup> M. Canobbio. Trastorno cardiovasculares. ED. Mosby / Doyma libros, España 1994. p. 214 -21

En la mayor parte de los estudios, la supervivencia a los 5 años es del 90-95%, a los 10 años 80-90% y del 65-75% a los 15 años; estas cifras son más favorables cuando se utiliza como injerto la arteria mamaria, mientras que los resultados negativos a largo plazo correlacionan con un control inadecuado de la diabetes o la dísipidemia, y la persistencia del hábito de fumar. Durante el primer año se ocluyen aproximadamente el 20% de los injertos y a los 15 años el 50% persisten permeables.

Nueve estudios controlados han comparado la eficacia de la cirugía de revascularización y la angioplastia en el tratamiento de la angina de esfuerzo; todos ellos incluyen pacientes de riesgo moderado, preferentemente con afección de dos o tres vasos coronarios, excluyendo enfermos con lesiones del tronco común de la coronaria izquierda y oclusiones completas.

En estas circunstancias, ambas técnicas tienen una mortalidad a los 5 años similar, aunque la cirugía ofrece una revascularización más completa, un mayor número de pacientes quedan asintomáticos y la tasa de reintervenciones es inferior a la angioplastia.

### **INDICACIONES**

En el momento actual se considera que la revascularización miocárdica está indicada en los pacientes que, a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado, continúan presentando angina de pecho que interfiere con su calidad de vida.

Igualmente, se recomienda cuando la intensidad del tratamiento o sus efectos colaterales son inaceptables para el enfermo. La elección del método de revascularización: angioplastia percutánea o cirugía depende del tipo de lesión, de la calidad de los vasos y de la situación clínica del paciente. En general, la angioplastia coronaria se considera de elección si las lesiones arteriales afectan a uno o dos vasos, son circunscritas, no calcificadas y técnicamente abordables.