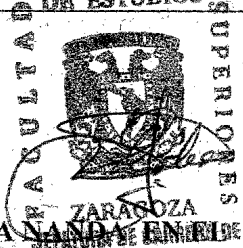




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

U. N. A. M.
DE ESTUDIOS



CARRERA ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA NANDA EN EL
PACIENTE CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO
CHÁVEZ, 2004.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
GABRIELA LIRA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

NOVIEMBRE 2005

0350541



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**JEFATURA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**

ASUNTO: Aceptación del trabajo de la prueba escrita.

**JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la(e)l pasante

GABRIELA LIRA RODRIGUEZ

con número de cuenta 9325903-5 de la carrera de Enfermería, bajo

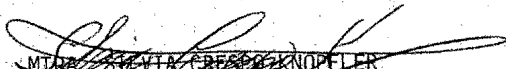
el título DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE LA NANDA EN EL PACIENTE

CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE


CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, 2004.

**Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**

México, D. F., a 27 OCTUBRE DEL 2005.



Nombre y firma del Director de Prueba Escrita


LIC. MA. TERESA ORTA BASSEGUI
**Vo. Bo. Jefa de la Carrera
ZARAGOZA**
**JEFATURA DE CARRERA DE
ENFERMERIA**

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

C.c.p. Servicios Escolares
C.c.p. Jefa de la carrera
C.c.p. Alumno



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**LIC. MA. TERESA ORTÍZ ENSÁSTEGUI
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Comunico a usted que la **Prueba escrita** en la modalidad TESIS
de la(e)l C. LIRA RODRIGUEZ GABRIELA con
número de cuenta 093259035 de la carrera **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**
ha sido **revisado y tiene el visto bueno** de los integrantes del Jurado:

PRESIDENTE
MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

Silvia Crespo Knopfler

VOCAL
LIC. GABRIELA MENDOZA PESQUERA

Gabriela Mendoza Pesquera

SECRETARIO
LIC. NORMA HERRERA ROQUE

Norma Herrera Roque

SUPLENTE
MTRA. SUSANA GONZALEZ VELAZQUEZ

Susana Gonzalez Velazquez

SUPLENTE
MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOZA

Juan Gabriel Rivas Espinoza

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA ENFERMERIA



C.c.p. Secretaría Técnica de la Carrera



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(e) alumna(o) LIRA RODRIGUEZ GABRIELA
con número de cuenta 093259035 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(e) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 31 de octubre del 2005

PRESIDENTE

MTRA. SILVIA CRESPO KNOEPLER

SECRETARIA TÉCNICA
ENFERMERIA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

MTRO. JUAN FRANCISCO SANCHEZ RUIZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente.

Con respecto a la prueba escrita modalidad: TESIS

Con el título: _____

Preparada por la (el) alumna (o): LIRA RODRIGUEZ GABRIELA

con número de cuenta 093259035, de la Carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Asimismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
México, D. F., a 31 de octubre del 2005

V O C A L

Gabriela Mendoza



LIC. GABRIELA MENDOZA PESQUERA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA DE ENFERMERIA

**MTR. JUAN FRANCISCO SANCHEZ RUIZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente.**

Con respecto a la prueba escrita modalidad: TESIS

Con el título: _____

Preparada por la (el) alumna (o): LIRA RODRIGUEZ GABRIELA

con número de cuenta 093259035, de la Carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

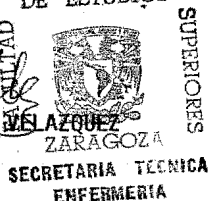
Asimismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
México, D. F., a 31 de octubre del 2005

SUPLENTE
DE ESTUDIOS

Susana Gonzalez Del Azquez
MTRA. SUSANA GONZALEZ DEL AZQUEZ





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

MTRO. JUAN FRANCISCO SANCHEZ RUIZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente.

Con respecto a la prueba escrita modalidad: TESIS

Con el título: _____

Preparada por la (el) alumna (o): LIRA RODRIGUEZ GABRIELA

con número de cuenta 093259035, de la Carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Asimismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
México, D. F., a 31 de octubre del 2005
DE ESTUDIOS

SECRETARIO

LIC. NORMA HERRERA ROQUE

FACULTAD SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

MTRO. JUAN FRANCISCO SANCHEZ RUIZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente.

Con respecto a la prueba escrita modalidad: TESIS

Con el título: _____

Preparada por la (el) alumna (o): LIRA RODRIGUEZ GABRIELA

con número de cuenta 093259035, de la Carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Asimismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

México, D. F., a 31 de octubre del 2005
DE ESTUDIOS

SUPLENTE

MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOZA



Agradecimientos

Agradezco principalmente a mis padres Ma. De la Luz Rodríguez de Lira y Gabriel Lira Pérez por su apoyo y confianza incondicional a lo largo de mi vida personal y profesional; este logro es de ustedes y para ustedes, muchas gracias los quiero mucho.

A mi hermana Alejandra te quiero mucho y mi cuñado José Alberto, por su amistad, apoyo y colaboración en el desarrollo y elaboración de esta investigación.

A mi sobrino Cristian Alberto, gracias por existir y enseñarme que tu sonrisa, inocencia y amor son lo más hermoso que hay en la vida, te amo.

A Adrián Muñoz Macias por su cariño y amor, apoyo y compañía y principalmente por alentarme a seguir adelante en este proyecto tan importante de mi vida, te amo muchísimo eres el amor de mi vida.

A la Lic. Rosario Orozco Gil, eres una mujer admirable y un ejemplo a seguir, gracias por tu apoyo y enseñanza y sobre todo gracias por ser mi mejor amiga, te quiero.

Un agradecimiento especial para la profesora Silvia Crespo Knopfler por su tiempo, amistad, enseñanza y apoyo incondicional para la realización de esta investigación. Muchas gracias.

Al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez por su apoyo para la realización de esta investigación y por permitirme formarme como profesional.

ÍNDICE

	Página
Introducción	
CAPITULO 1	
Antecedentes	1
CAPITULO 2	
Marco teórico	5
2.1. Fase 1 Valoración	6
2.2. Fase 2 Diagnóstico	6
2.3. Fase 3 Planeación	9
2.4. Fase 4 Ejecución	12
2.5. Fase 5 Evaluación	16
CAPITULO 3	
Planteamiento del problema	42
CAPITULO 4	
Metodología	
4.1. Objetivos	44
4.1.1. Objetivo general	44
4.1.2. Objetivos específicos	44
4.2. Variables	44
4.2.1. Variable independiente	44
4.2.2. Variable dependiente	44
4.3. Criterios de selección	46
4.3.1. Criterios de inclusión	46

4.3.2. Criterios de exclusión	46
4.4. Tipo de investigación	46
4.5. Universo de trabajo	47
4.6. Muestra	47
4.7. Técnica de recolección de la información	47
4.8. Realización de la guía de valoración de enfermería	48
4.9. Piloteo de la guía de valoración de enfermería	49
4.10. Aplicación de la guía de valoración de enfermería	49
4.11. Tabulación de los datos	55
CAPITULO 5	
5.1. Datos generales de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio	57
5.2. Supervivencia	58
5.3. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Aire	59
5.4. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Agua	60
5.5. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Alimentación	61
5.6. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Eliminación	62
5.7. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Actividad y reposo	63
5.8. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Soledad e interacción	64
5.9. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Prevención de peligros	65
5.10. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Desarrollo y funcionamiento humano	66
5.11. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Desviación de la salud (Emocional)	67

5.12. Diagnósticos de enfermería requisito universal: Desviación de la salud (Conocimiento)	68
CAPITULO 6	
Discusión	69
CAPITULO 7	
Conclusiones	71
Referencias bibliografía	73
Anexos	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la profesión de enfermería y la sociedad en general se ha ido transformando a causa de los avances tecnológicos; con ello el personal de enfermería se ha concentrado principalmente en el 2º y 3º nivel de atención, unido a su vez a una transición epidemiológica en la población.

En México, las enfermedades relacionadas con el corazón, como lo es el Infarto Agudo al Miocardio (IAM), ocupan el primer lugar en las tasas de morbi-mortalidad. Desde esta panorámica, es vital estudiar desde el enfoque de enfermería elementos que permitan mejorar la calidad de la atención que se proporcionan a estos pacientes.

La enfermería es una profesión en el campo de la salud, cuyo objeto de estudio es el cuidado de la respuesta humana, con relación a los cuidados de vida y curación.

Las exigencias actuales en el campo de la salud obligan al profesional de enfermería a una permanente renovación conceptual de su quehacer profesional, con el propósito de fortalecer sus instrumentos científicos, como lo es, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cuyas fases son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, mismo que garantiza la calidad del cuidado a la persona con un enfoque individualizado.

La investigación emana del problema ¿Qué diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía de la NANDA que presentan los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio a partir de su ingreso a Urgencias y durante cuatro días de atención en la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, durante el periodo de Septiembre-Diciembre 2004?

Alrededor de este problema se generó un estudio de tipo aplicativo, descriptivo, exploratorio, observacional, de campo, transversal y prolectiva; el cual se realizó con el objetivo de identificar los diagnósticos de enfermería de la NANDA que presenta el paciente con IAM, con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería de forma

holística e individualizada a los pacientes en el servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez, la investigación se llevó a cabo por medio de la aplicación de una guía observacional y un interrogatorio directos, basándose en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Para lo cual se generó una guía de valoración, la cual se piloteó con 5 pacientes. Durante la aplicación, se observó la necesidad de realizar cambios, anexando datos que ayudarán a obtener mayor y mejor información para un mejor desarrollo de la información.

Una vez modificada la guía de valoración, se aplicó a los pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias, dando seguimiento desde su ingreso a urgencias y durante cuatro días de atención en la Unidad Coronaria, como parte de la valoración que debe realizar la enfermera. Es importante hacer mención que la investigación se realizó durante el periodo de septiembre a diciembre, ya que esta es una de las temporadas con mayor incidencia de pacientes con IAM.

La investigación revela los principales diagnósticos de enfermería, factores relacionados y las características definitorias que presentaron el 100% de los pacientes con IAM, en la población en estudio; como lo son: disminución de gasto cardíaco, riesgo de estreñimiento, fatiga, deterioro de la movilidad en la cama, deterioro de la movilidad física, intolerancia a la actividad, deterioro del patrón del sueño, deterioro de la adaptación, deterioro de la interacción social, riesgo de soledad, déficit de autocuidado: baño/higiene, déficit de autocuidado: uso del WC, riesgo de caída, riesgo de disfunción neurovascular periférica, dolor agudo; entre otros que presentaron un menor porcentaje.

Los resultados de este estudio permitirán establecer una estandarización en los cuidados de enfermería en los pacientes con IAM establecer protocolos de atención dentro de los servicios, que permitirán una mejora en la atención al paciente, al poder establecer líneas de investigación en un futuro que permita mejorar la atención que actualmente se presta como son por catéteres introductores.

Esta investigación se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología, en el capítulo de discusión se hallaron tres estudios: uno de ellos es un Protocolo de Atención de Enfermería en paciente con Infarto Agudo al Miocardio en el Hospital Los Angeles del Pedregal, otro sobre los diagnósticos de enfermería en pacientes con IAM, en Bogotá Colombia y el último se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y es sobre los diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardíaca en estado crítico.

Al observar el alto número de diagnósticos de enfermería de la NANDA que se obtuvo de la investigación, se espera que se detecte la necesidad en los servicios de que el personal de enfermería se familiarice con el PAE lo que permite proporcionar una mejor atención al paciente con IAM.

CAPITULO 1

Antecedentes

Historia de los Diagnósticos de Enfermería

En 1973 con la organización de Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, tuvo lugar la primera conferencia sobre diagnósticos de enfermería; con el fin de identificar y clasificar en forma de taxonomía los estados de salud diagnosticados y tratados por las enfermeras. Es así como se desarrolló una lista de alrededor de 100 diagnósticos que no se llegaron a clasificar. A raíz de esta conferencia se creó el NATIONAL GROUP DIAGNOSIS (Grupo nacional para la clasificación de diagnóstico de enfermería) compuesto por enfermeras de distintas regiones de E.E.U.U. y Canadá, representantes de todos los elementos de la profesión, asistencia, educación e investigación, con el fin de desarrollar una lista de diagnósticos de enfermería que fueran aceptados para su validación clínica. ⁽¹⁾

En 1975, 119 enfermeras de diversas ramas fueron convocadas a la Segunda Conferencia Nacional de Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Se reconoció que las etiquetas diagnósticas aprobadas hasta el momento no eran ni exhaustivas ni mutuamente excluyentes, por lo que eran necesarios más datos para su validación.

En 1978, la Tercera Conferencia, tuvo como eje principal la invitación realizada por Sor Callista Roy, para que colaboraran en el desarrollo de una estructura taxonómica que generara un sistema de clasificación útil y manejable.

En 1980, en la Cuarta Conferencia, a los esfuerzos iniciales de las teóricas se les unieron tres especialistas clínicas, con la intención de integrar el punto de vista de la práctica con el de la teoría en el marco conceptual que se estaba construyendo.

Fue a partir de la Quinta Conferencia, en 1982, cuando el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros se convirtió, a propuesta del comité especial, en la Asociación Norteamericana del Diagnóstico Enfermero, más conocida por las siglas

NANDA, con el fin de desarrollar, perfeccionar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica para el uso general de todos los profesionales de la enfermería. Fue en esta conferencia en la que Sor Callista Roy y su grupo presentaron los resultados de su investigación teórica sobre el marco conceptual del sistema de clasificación que les fue encargado, en forma de varios patrones amplios que agruparían a los diagnósticos individuales: los que denominaron “nueve patrones del hombre unitario” (inicialmente patrones de interacción) que son:

- Intercambio,
- Comunicación,
- Relaciones,
- Valores,
- Elección,
- Movimiento,
- Percepción,
- Conocimiento.
- Sentimientos, sensaciones.

Fue en el curso de la misma Conferencia cuando se encargó a un comité especial presidido por Phyllis Kritek, la generación de una taxonomía inicial TAXONOMIA I con las etiquetas diagnósticas existentes y los patrones del hombre unitario aportados por las teóricas.

La Sexta (1984) y la Séptima Conferencia (1986) tuvieron como temas centrales el desarrollo de la taxonomía y la aportación y validación de los nuevos diagnósticos.

En 1986 se sustituyó la denominación de “patrones del hombre unitario” por la más comprensible de “patrones de respuesta humana”, considerando esos nueve patrones como los conceptos del nivel más abstracto, que construirían el marco organizativo o el esquema inicial de la clasificación de las etiquetas diagnósticas.

La Taxonomía I se sometió a discusión por los miembros de la NANDA, y en la misma Séptima Conferencia fue aprobada, para ponerla a prueba por los miembros y subsiguiente valoración y perfeccionamiento, aunque muchas enfermeras prefirieron seguir utilizando los patrones funcionales de Gordon.

En la Octava Conferencia, en 1988, continuó la expansión de la lista de diagnósticos, y se evidenció la necesidad de continuar trabajando en la Taxonomía I.

Este mismo año, la ANA (Asociación Norteamericana de Enfermeras), con el fin de fomentar un lenguaje de Enfermería unificado, reconoció a la NANDA como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los Diagnósticos de Enfermería.

La novena conferencia, del año 1990, tuvo dos temas principales: se definió el Diagnóstico de Salud, y la construcción de la definición oficial del *Diagnóstico de Enfermería*, que fue aprobada por la Asamblea General de la NANDA:

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable”⁽²⁾

También se presentó el trabajo del Comité de Taxonomía, en forma de una versión inicial de la Taxonomía II, modificada de acuerdo con la codificación internacional.

En 1992, Décima Conferencia, se expresan cuatro preocupaciones principales:

1. Que las enfermeras diagnostican también otros problemas además de los que necesitan actuación independiente, que deben ser considerados.
2. La necesidad de simplificación terminológica que permita la comprensión interdisciplinar y la traducción inequívoca de los Diagnósticos de Enfermería.

3. La conveniencia de considerar a los diagnósticos de enfermería en la lista de la NANDA que están "aprobados" como "aceptados para su estudio" para evitar su estancamiento; y
4. La necesidad de seguir investigando para validar esta lista.

En estos momentos, la importancia y necesidad del Diagnóstico de Enfermería no es discutida, y está claro que es una capacidad que debe tener la enfermería.

Para la Undécima Conferencia de la NANDA (1994), Fitzpatrick y Zanotti efectuaron una serie de entrevistas a enfermeras miembros del Consejo Internacional de Enfermería y miembros no estadounidenses de la NANDA, con el fin de demostrar la expansión del uso del Diagnóstico de enfermería en todo el mundo. La última conferencia de la NANDA tuvo lugar el año 1996 en la ciudad de Pittsburg.

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía se reunió para clasificar en la taxonomía I revisada, los nuevos diagnósticos de enfermería admitidos. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo superior, el Comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica.

En abril de 1998 13ª Conferencia bianual, St, Louis, Missouri los asistentes clasificaron los diagnósticos de acuerdo con los dominios que se habían seleccionado, se contó con 40 grupos para su análisis. A algunos otros dominios se les cambio el nombre para que reflejaran mejor lo esencial de los diagnósticos que contenían, se desarrollaron las definiciones de los dominios y clases y se comparó entonces la definición de cada diagnóstico con las de la clase y el dominio en el que estaba situado. ⁽¹⁾

Actualmente se reúnen cada dos años para validar los nuevos diagnósticos y acrecentar por tal los mismos.

CAPITULO 2

Marco Teórico

Desde el inicio de los tiempos los hombres y las mujeres tuvieron la necesidad de darle un nombre a todo aquello que los rodeaba en su entorno. El nombre de Diagnóstico de enfermería, surge entonces por la necesidad de proporcionarle un nombre a los problemas que presentan cada uno de los pacientes.

En las primeras décadas de nuestro siglo se comenzó a aplicar el método científico general de resolución de problemas al campo de la enfermería obteniéndose así, el Proceso de Atención de Enfermería, marcando un gran cambio en el papel que juega nuestra profesión.

Fue entonces en el año de 1929, McLurg, define mediante una serie de preguntas, lo que serán los tres componentes del PAE, valoración, plan e intervención. ⁽¹⁾

El Proceso de Atención de Enfermería, fue considerado por primera vez, como proceso, con Lydia Hall (1955), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron el PAE, tal como lo conocemos en la actualidad; como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

2.1. Fase 1 Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería donde se lleva a cabo la recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Es un proceso sistemático y dinámico, por medio del cual el personal de enfermería a través de la interacción con el paciente, familiares y otros profesionales de la salud, recopila y reúne datos acerca del estado de salud del paciente. ⁽³⁾

2.2. Fase 2 Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso de atención de enfermería dada por un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud del paciente y problemas del paciente que pueden ser modificados por la intervención de enfermería. ⁽⁴⁾

La NANDA define diagnóstico de enfermería, como:

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable” ⁽²⁾

En el enunciado se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

“Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico”

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, *dependiente, interdependiente e independiente*, lo que indica el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competen a un campo u otro de actuación:

- La función dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La función interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Función independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Componentes de los Diagnósticos de la NANDA

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción de los diagnósticos se establecieron en la novena conferencia realizada en 1990 donde se aceptaron 90 categorías diagnósticas. ⁽²⁾

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Claves observables / inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de salud.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

Tipos de diagnósticos:

Diagnóstico enfermero real: Describe respuestas humanas o procesos vitales / estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. ⁽²⁾

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

2.3. Fase 3 Planeación

Es la tercera etapa del proceso, una vez identificados o diagnosticados los problemas estarán en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. ⁽⁵⁾

Etapas en el Plan de Cuidados

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

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades; así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/ comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/ o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la falta de realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

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

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

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

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo:

- Corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Mediano plazo: Para un tiempo intermedio, de una semana a un mes, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo, de un mes en adelante.

2.4. Fase 4 Ejecución

Es la etapa final del proceso y se define como la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, determinando si se han alcanzado los objetivos propuestos en la fase de planeación. ⁽⁶⁾

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

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

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la

responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

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

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

Las características de las actuaciones de enfermería son, las que siguen:

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

- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

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

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

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

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

- El diagnóstico enfermero real:
 - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,

- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

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

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

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

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

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

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

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

2.5. Fase 5 Evaluación

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. ⁽⁷⁾

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

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

La base de conocimientos enfermeros sigue aumentando para facilitar la adquisición de las habilidades que las enfermeras necesitan para asumir una mayor responsabilidad diagnóstica. Cada enfermera será responsable de diagnosticar una mayor variedad de problemas de salud. La práctica de enfermería se basa en la identificación de diagnósticos

de enfermería, así como, de la aplicación de tratamientos específicos basados en las necesidades de los pacientes.

También identifica los recursos, que resultan esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

En los últimos 10 años la Enfermería ha buscado el desarrollo disciplinar y para ello ha recurrido a los modelos de enfermería, siendo de los más usados el de Dorothea E. Orem con su Teoría General de Déficit de Autocuidado. ⁽⁸⁾

Orígenes del modelo.

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermedad empezó formalmente a fines de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones:

- 1.- ¿Qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermera?
- 2.- ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
- 3.- ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

El Autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. ⁽⁸⁾

La teoría se ha desarrollado a partir del concepto de Autocuidado que se refiere a la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración realizan en su propio beneficio para mantener la vida. ⁽⁸⁾

El despliegado de actividades de Autocuidado parte de reconocer que la persona cuenta con capacidades o deficiencias, mismas que son apreciadas en la valoración de una serie de factores.

La teoría se basa en 8 requisitos universales de Autocuidado, son:

- 1) Mantenimiento del aporte suficiente del aire.
- 2) Mantenimiento del aporte suficiente de agua.
- 3) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.
- 4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
- 5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- 6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- 7) Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- 8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.⁽⁸⁾

Estos requisitos de Autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida, El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. La interacción tiene asimismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante

consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como sobre el entorno que les rodea.

Primera teoría: Requisito de Autocuidado en la desviación de la salud.

En el modelo de Dorothea Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado, los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud. ⁽⁹⁾

Estos son los requisitos que existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones o incapacidades pero, además permanecen bajo diagnóstico o tratamiento médico. Las cuales traen consigo las siguientes demandas adicionales de cuidados de salud:

- Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en casos de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos y biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o patológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta.
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitaciones médicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Ser conscientes de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo y atender a dichos efectos o regularlos.
- Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de autocuidado a la salud.
- Aprender con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

Segunda teoría: Déficit de autocuidado.

Las personas tienen limitaciones para conocer y satisfacer sus propias necesidades asociadas con la salud o la de las personas que dependen de ellas.

Agente de autocuidado: es el individuo que lleva a cabo los cuidados elementales como bañarse, vestirse, entre ellos.

Agente de autocuidado dependiente: son las personas que se cuidan unas a otras sin proporcionar directamente cuidados de enfermería, por lo que cada persona se convierte en agente de autocuidado dependiente, ejemplo las madres, los padres, los amigos, entre otros.

Agente de autocuidado: se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada.

Agente de autocuidado terapéutico: entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Los factores de condicionamiento básico se fundamentan en las premisas de quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo y desde un ámbito multipersonal que incluye las unidades de la familia o comunidad que son las unidades de servicio.

Tercera teoría: Sistema de enfermería.

Para que intervenga el sistema de enfermería se requiere:

- Debe de haber alguna demanda de autocuidado (universal, de desarrollo o desviación de la salud) que ha de satisfacer por otra persona.
- Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente, para que en un futuro el individuo pueda recuperar su capacidad de autocuidarse.
- Debe de existir un déficit entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas.

Las acciones de enfermería se clasifican en cinco categorías:

Actuar por otros o hacer algo por otros.

Guiar o dirigir a otros.

Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.

Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.

Enseñar.

Sistema de enfermería: sistema de apoyo educativo, sistema parcialmente compensatorio, sistema totalmente compensatorio. ⁽¹⁰⁾

Apoyo educativo	Parcialmente compensatorio	Totalmente compensatorio
Realizar el cuidado terapéutico del paciente.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el autocuidado.
Compensa la incapacidad del paciente para realizar el autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
Apoya y protege al paciente.	Ayuda al paciente en lo que necesite hacer con el otro.	
Dejar hacer al otro.	Hacer por el otro.	Hacer por el otro.

Estructura de la Taxonomía II

La familiaridad con la estructura del lenguaje diagnóstico ayudará a las enfermeras asistenciales que deseen hallar rápidamente la información.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

La Taxonomía II tiene 13 dominios, 46 clases y 167 diagnósticos. Un *dominio* es una esfera de actividad, estudio o interés. Una *clase* es una subdivisión de un grupo mayor; una división de persona o cosas por su calidad, rango o grado.

La Taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nursing Association.

La Taxonomía II de la NANDA, tiene múltiples ejes, los cuales son: ⁽¹⁾

1. Concepto diagnóstico: es la raíz de la formulación diagnóstica.
2. Tiempo: la duración de un periodo o intervalo. Los valores de este eje son:
 - Agudo: menos de 6 meses.
 - Crónico: más de 6 meses.
 - Intermittente: cesa y empieza de nuevo a intervalos. Periódico, cíclico.
 - Continuo: ininterrumpido sin parar.
3. Unidad de cuidados: la población concreta para la que se formula un diagnóstico determinado. Los valores del eje son:
 - Individuo: ser humano singular, distinto de los demás, una persona.

- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas pro consanguinidad o elección.
 - Grupo: individuos reunidos, clasificados o que actúan juntos.
 - Comunidad: grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno.
4. Edad: la duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo. Los valores del eje son:
- Feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, adolescente, adulto, joven, adulto maduro, anciano joven, anciano y gran anciano.
5. Estado de salud: es la posición o rango en el continuo de la salud de bienestar a enfermedad (o muerte). Los valores del eje 5 bienestar son, riesgo o real.
- Bienestar: calidad o estado de estar sano, especialmente, como resultado de un esfuerzo deliberado.
 - Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de la lesión o pérdida.
 - Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.
6. Descriptor: es el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Sus valores son.
- *Anticipado*: hecho de antemano, previsto.
 - *Aumentado*: mayor en tamaño, cantidad o grado.
 - *Bajo*: contiene una cantidad inferior a la normal de algún elemento habitual.
 - *Comprometido*: vulnerable a una amenaza.
 - *Defensivo*: constantemente se siente atacado y necesita justificar rápidamente sus acciones.
 - *Deficiente*: inadecuado en cantidad, calidad o grado; no suficiente, incompleto.
 - *Deplecionado*: vacío total o parcialmente, exhausto.
 - *Desequilibrado*: desestabilizado, descompensado.

- *Desorganizado*: que destruye la disposición sistemática.
- *Desproporcionado*: incoherente con un estándar.
- *Deteriorado*: empeorado, debilitado, lesionado, reducido.
- *Disfuncional*: de funcionamiento anormal, incompleto.
- *Disminuido*: reducido; menor en número, cantidad o grado.
- *Disposición para mejorar* (para usar con los diagnósticos de salud): aumentar en cantidad o calidad, lograr lo más deseado.
- *Efectivo*: que produce el efecto pretendido o deseado.
- *Equilibrio*: estabilidad, compensación.
- *Excesivo*: caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario deseable o útil.
- *Funcional*. De funcionamiento normal y completo.
- *Habilidad*: capacidad para hacer o actuar.
- *Incapacidad*: falta de habilidad para hacer o actuar.
- *Incapacitante*: que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita.
- *Inefectivo*: que no produce el efecto deseado.
- *Interrumpido*. Que altera la continuidad o uniformidad.
- *Organizado*: que forma una disposición sistemática.
- *Percibido*: que se toma conciencia a través de los sentidos; asignación de significado.
- *Retrasado*: pospuesto, impedido, retardado.
- *Trastornado*: agitado o interrumpido, que interfiere.

7. Topología: son las partes o regiones corporales; todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas, sus ejes son:

Auditivo, cardiopulmonar, cerebral, cutáneo, gastrointestinal, gustativo, intestinal, intracraneal, membranas mucosas, neurovascular periférico, olfatorio, oral, renal, táctil, urinario, vascular periférico y visual. ⁽¹¹⁾

Taxonomía NANDA NIC NOC (NNN)

La Taxonomía II de la NANDA apareció por vez primera en el libro *Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 2001-2002*. Se estudió la posibilidad de desarrollar una estructura taxonómica común, con el propósito de hacer visible la relación entre las tres clasificaciones y facilitar la vinculación entre los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados. Se discutieron las posibilidades entre el Comité Directivo de la NANDA y los líderes del Classification Center.

Del 12 al 14 de agosto de 2001, se celebró una reunión en el Starved Rock Conference Center en Utica, Illinois, con el objeto de desarrollar una estructura común para la práctica enfermera que incluyera la NANDA (diagnósticos enfermeros), la NIC (Nursing Intervention Classification) y la NOC (Nursing Outcomes Classification), con posibilidad de incluir también otros lenguajes.

El tercer diseño se dio a conocer a los miembros de la NANDA en la conferencia NNN celebrada en abril de 2002, durante la conferencia y después de la misma es un total de 28 personas proporcionaron retroalimentación adicional, que se tuvo en cuenta al confeccionar el diseño final "Taxonomía NNN para la práctica enfermera". La estructura común será un documento de trabajo este año a medida que las líderes de las tres clasificaciones ubiquen sus diagnósticos (NANDA), intervenciones (NIC), y resultados (NOC) en una estructura común mientras, al mismo tiempo, continúan desarrollando independientemente su propio lenguaje. ⁽¹²⁾

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El infarto del miocardio es la máxima expresión de la insuficiencia coronaria y se traduce patológicamente por la existencia de necrosis de una zona del músculo cardíaco, consecutivo a isquemia del mismo. ⁽¹³⁾

El enfermo con infarto agudo del miocardio (IAM) ha presentado cambios importantes en relación con el pronóstico, tratamiento y terapéutica durante las últimas décadas, lo que ha modificado en forma importante su mortalidad y su evolución a corto y largo plazo. ⁽¹⁴⁾

FISIOPATOLOGÍA

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

Es importante mencionar la secuencia de acontecimientos existentes después de la isquemia miocárdica total y tener en mente que antes de que el paciente presente dolor torácico y cambios electrocardiográficos, otros cambios ya se originaron a otros niveles. La secuencia de sucesos es:

- Detención del flujo sanguíneo coronario,
- Disminución en la disponibilidad de oxígeno,
- Alteraciones en la relajación miocárdica,
- Alteraciones en la contracción,
- Cambios metabólicos miocárdicos,
- Incremento en las presiones de llenado,
- Cambios electrocardiográficos,
- Dolor torácico.

Existen otras causas de IAM que no son placa ateroesclerosa y trombo oclusivo total:

- Enfermedad de las arterias coronarias con afección diferente de la aterosclerosis.
- Embolismo a las arterias coronarias.
- Anomalías congénitas de las arterias coronarias,
- Desproporción entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno,
- Trastornos hematológicos (trombos *in situ*),

Las alteraciones originadas guardan relación con la cantidad de masa muscular ventricular izquierda necrosada: con 8 % de necrosis del VI disminuye la distensibilidad del mismo, con necrosis del 10 al 15 % se reduce la fracción de expulsión y se incrementan la presión y el volumen telediastólico del VI, con necrosis del 25 % aparece insuficiencia cardíaca y cuando la necrosis afecta más del 40 % de la masa ventricular izquierda sobreviene el choque cardiogénico. ⁽¹⁴⁾

CUADRO CLÍNICO

Factores desencadenantes.

En la mitad de los pacientes con IAM no es posible detectar un factor precipitante; en el grupo de enfermos en quienes pudiera detectarse alguna actividad relacionada con el inicio del infarto, un porcentaje importante refieren relación con el ejercicio moderado a intenso y estrés emocional. Otras situaciones asociadas a infarto incluyen: procedimientos quirúrgicos vinculados con la pérdida importante de sangre, infecciones respiratorias, embolismo pulmonar, hipoxemia de cualquier origen, hipoglucemia, ingesta de medicamentos que contienen algún derivado ergonovínico, alergias, enfermedad del suero, y otras.

El 20 a 60 % de los pacientes con IAM tienen datos prodrómicos, 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.

ANTECEDENTES

Existen factores de riesgo independientes ya establecidos como son:

- Edad avanzada,
- Sexo masculino,
- Tabaquismo,
- Diabetes mellitus,
- Hipercolesterolemia,
- Hipertensión arterial.

Factores potenciales:

- Obesidad,
- Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica en edades tempranas,
- Sedentarismo,
- Personalidad tipo A,
- Hipertrigliceridemia,
- Hiperuricemia.

La combinación de hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo proporciona un riesgo ocho veces mayor para cardiopatía isquémica. ⁽¹⁴⁾

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 odinafagia o de vacío retroesternal.

Localización. De manera típica se localiza en la cara anterior del hemitórax izquierdo, con irradiación hacia hombro izquierdo, cuello, maxilar inferior, cara interna del brazo y antebrazo izquierdo, muñeca y dedos de la mano izquierda, aunque puede tener otras localizaciones menos frecuentes.

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, y no cede con la administración de nitroglicerina o isosorbide sublingual.

Síntomas acompañantes. En la mitad de los pacientes ocurre náusea y vómito (sobre todo en el infarto de localización posteroinferior), disnea, palpitaciones, debilidad, sensación de desvanecimiento, mareos, angustia y otros. Los pacientes refieren sensación o deseo de evacuar.

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 sólo 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.

En 20 a 25 % de los casos de IAM puede ser "indoloro" y ocurre más frecuentemente en ancianos, diabéticos y pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general. ⁽¹⁴⁾

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección general. El paciente con cuadro típico de IAM en general se muestra angustiado, inquieto, diaforético, con palidez de tegumentos, polipnéico, en algunos casos con náuseas, vómitos y cianosis periférica.

Signos vitales. Los hallazgos dependen del tiempo de evolución del infarto, de la extensión de la necrosis miocárdica y de la localización.

La mitad de los pacientes con IAM anterior muestra evidencia de un exceso de estimulación simpática, que se manifiesta con taquicardia e hipertensión arterial; los pacientes con infarto inferior pueden mostrar tono parasimpático incrementado, con bradicardia, presión arterial sistólica de 100 mmHg y a veces con trastornos de la conducción auriculoventricular. Estas manifestaciones se atribuyen al reflejo

De Bezold-Jarisch, originado por la estimulación mecánica o química de receptores inhibidores localizados en la pared posteroinferior del ventrículo izquierdo: este reflejo puede presentarse en situaciones como la reperfusión coronaria posttrombólisis, durante angiografía coronaria (coronaria derecha) y síncope asociado a estenosis aórtica.

El paciente con infarto no complicado suele ser normotenso, con disminución de la presión arterial del pulso a expensas de elevación ligera de la presión diastólica secundaria a descarga catecolamínica; casi siempre la frecuencia respiratoria está elevada y depende del grado de congestión pulmonar.

Los pacientes con IAM pueden desarrollar fiebre debido a una respuesta inespecífica a la necrosis miocárdica; aparece después de 24 horas del infarto y remite antes del final de la primera semana.

Pulso venoso yugular. Casi nunca está alterado en el paciente con infarto del VI. El grado de distensión y altura de las venas del cuello reflejan presiones diastólicas elevadas de la aurícula y ventrículo derechos, por lo que con mayor frecuencia es el paciente con infarto del VD quien muestra distensión de las venas yugulares. No hay que olvidar que este dato puede encontrarse también en pacientes con insuficiencia cardíaca, pericarditis constrictiva, hipervolemia, obstrucción de la vena cava superior y otros trastornos que se acompañan de una disminución de distensibilidad del VD. El signo de Kussmaul consiste en un incremento paradójico en la presión venosa yugular durante la inspiración.

Palpación del área precordial. Puede proporcionar información en dos situaciones: a) la zona infartada origina una zona discínética al final de la sístole, lo que permite palpar en el precordio un doble impulso apical; b) podría identificarse un "temblor"

sistólico cuando el infarto se acompaña de rotura del tabique interventricular o de músculo papilar.

Con menor frecuencia puede palparse un impulso presistólico del VI, que coincide con una onda "A" prominente, secundaria a una contracción auricular vigorosa, y que a la auscultación se asocia con un cuarto ruido; también, ante la presencia de disfunción diastólica del VI, se puede palpar un impulso al inicio de la diástole, que coincide con un tercer ruido auscultatorio.

Auscultación del área precordial. Por lo general los ruidos cardiacos están disminuidos de intensidad. El primer ruido disminuido o apagado se puede relacionar con el intervalo PR alargado o con disfunción sistólica importante del VI.

El desdoblamiento paradójico o invertido del segundo ruido se asocia a bloqueo de rama izquierda del haz de His o cuando se alarga la sístole electromecánica del VI.

El cuarto ruido se ausculta en casi todos los pacientes en ritmo sinusal durante las primeras 24 horas del infarto. La presencia de un tercer ruido (protodiastólico) en el contexto del IAM traduce insuficiencia ventricular izquierda (galope ventricular) con necrosis miocárdica extensa y habitualmente debido a infarto anterior.

La presencia de soplos obliga a descartar rotura del tabique interventricular o disfunción o rotura de los músculos papilares.

Auscultación pulmonar. Los hallazgos están en función del grado de compromiso hemodinámico y de la congestión pulmonar asociada al infarto.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

Laboratorios.

Cuando existe daño celular grave, con destrucción y rotura de sus membranas (necrosis celular), se liberan algunas enzimas al torrente sanguíneo, que pueden determinarse y ser de gran utilidad en el diagnóstico de infarto o necrosis miocárdica; de ellas las más importantes son: *fosfoquinasa de creatinina* (CPK), *deshidrogenasa láctica* (DHL), *mioglobina sérica*.

Gabinete.

Radiografía de tórax. Se emplea para valorar la reperfusión del IAM sobre la vasculatura pulmonar (hipertensión venocapilar), que revelan elevación de la presión telediastólica del VI; al evaluar el tamaño de la silueta cardíaca, debe considerarse que la proyección AP de tórax magnifica el tamaño cardíaco real.

Ecocardiograma. El ecocardiograma bidimensional es de gran utilidad en. A) pacientes con dolor torácico sugestivo de isquemia miocárdica y ECG con cambios inespecíficos. Se valora la movilidad segmentaria, que en forma habitual se altera en presencia de isquemia miocárdica transmural, la cual también se evidencia ante la falta de engrosamiento de la pared miocárdica durante la sístole; b) valoración de la función ventricular y detección de complicaciones mecánicas secundarias al infarto, como rotura de músculos papilares y del tabique interventricular (pueden utilizarse técnicas con contraste), rotura de pared libre del VI, trombos intracavitarios, y otros. ⁽¹⁴⁾

TRATAMIENTO

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

Es importante hacer mención que los pacientes llegan al servicio de Urgencias se les da el tratamiento inicial para estabilizarlo e inmediatamente pasa a la Unidad Coronaria a continuar con el desarrollo del tratamiento.

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 seis a ocho horas, a partir de las cuales es inicial dieta blanda, rica en residuos y de 20 a 30 kcal/kg de peso; el contenido en grasas, carbohidratos y sodio se individualiza.

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

Reposo absoluto en semifowler.

Oxígeno por puntas nasales, 2 a 4 L / minuto.

Analgésicos. Se recomienda meperidina, 25 a 50 mg IV cada 15 minutos, con vigilancia de cifras tensionales y reacciones secundarias al uso.

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

Nitratos. Nitroglicerina sublingual, con TA sistólica mayor de 90 mm de mercurio.

Nitroglicerina en infusión continua (50 mg de NTG en 250 cc de solución glucosada al 5 %, cada microgota contiene 3.3 µg de NTG); se recomienda iniciar la infusión de 5 a 15 µg / minuto, con incremento de 5 a 10 µg /min. cada 5 a 10 minutos, y vigilancia de cifras de TA y FC.

El objetivo es incrementar hasta controlar el dolor anginoso o disminuir la TA media en un 10 % en pacientes normotensos o 30 % en pacientes con hipertensión arterial.

Antiagregantes plaquetarios. El estudio multicéntrico ISIS-2 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 asociaron aspirina y estreptocinasa en las primeras 6 h del inicio de los síntomas de infarto. La recomendación es de 325 mg, que deben administrarse tan pronto se establezca el diagnóstico de infarto y después continuar con media tableta diaria.

Trombólisis. El tratamiento del IAM con medicamentos trombolíticos modificó la evolución del infarto.

Entre los enfermos que deben someterse a trombólisis se incluyen aquellos con:

- Dolor con duración mayor de 30 minutos.
- Elevación del segmento ST más de 0.1 mV en cuando menos dos derivaciones electrocardiográficas contiguas,
- Aquellos con cuadro clínico de infarto y BRIHH de reciente aparición,
- Sin contraindicaciones para trombólisis.

La FDA tiene aprobados tres trombolíticos para administración intravenosa de pacientes con IAM: estreptocinasa (SK), Alteplase (rtPA) y Anistreplase (APSAC).

Heparina. La heparina asociada a rtPA se administra en bolo IV inicial de 500 UI; el objetivo del bolo es lograr un efecto rápido, con saturación inmediata de receptores endoteliales para heparina y de proteínas de la circulación que se unen a heparina. Se continúa con infusión IV permanente de 1000 UI / h, con mediciones de TPT para mantenerlo entre 60 y 80 segundos.

Los efectos benéficos de la heparina en el IAM son:

- Mantener la permeabilidad de la arteria relacionada con el infarto posttrombólisis,

- Disminuir la tasa de reoclusión,
- Reducir la incidencia de trombos intramurales en el VI,
- Abatir la trombosis venosa profunda.

Inhibidores de la enzima convertora de angiotensina (IECA). Al igual que la aspirina y los agentes trombolíticos, los IECA han demostrado disminuir la mortalidad en el contexto del infarto cuando se administra durante la fase aguda del mismo.

Se recomienda el uso de IECA por vía oral a dosis bajas pero progresivas en el tratamiento del infarto, inclusive durante las primeras 24 horas, en especial en pacientes con IAM anterior, antecedentes de infarto previo, hipertensos y aquellos con disfunción ventricular izquierda.

Bloqueadores beta. Dentro de sus efectos benéficos está la disminución en las demandas de oxígeno al reducir TA, FC y contractilidad, arritmias ventriculares y tal vez elevan el umbral para la fibrilación ventricular, reducen el tamaño del infarto, la isquemia recurrente y se les atribuye cierto papel en la disminución de la incidencia de rotura cardíaca.

Bloqueadores de los canales del calcio. Su uso se ha asociado a un aumento de la mortalidad en el IAM transmural. Su utilidad se limita a sus efectos antihipertensivos y para control del vasoespasmo coronario que producen los bloqueadores beta. ⁽¹⁴⁾

Indicadores de cateterismo cardíaco:

- Los que no son candidatos a trombólisis.
- Choque cardiogénico.
- Pacientes con insuficiencia cardíaca o estado de choque secundario a rotura septal o insuficiencia mitral aguda.
- Angina recurrente o refractaria al tratamiento.
- Pacientes con fracción de expulsión menor de 0.40.
- Isquemia espontánea o inducida posinfarto durante la estancia intrahospitalaria.

Angioplastia coronaria transmural percutánea (ACTP) durante el IAM. Técnica que se emplea en el tratamiento de la coronariopatía arterioesclerótica y la angina de pecho y que consiste en aplanar contra las paredes arteriales una o más placas ateroscleróticas con lo que se consigue una mejoría en la circulación. ⁽¹⁵⁾

Las modalidades de ACTP en la etapa aguda del infarto son:

ACTP primaria o directa: es la dilatación de la estenosis u obstrucción de la arteria relacionada con el infarto durante la fase aguda de éste como tratamiento inicial (sin trombólisis).

ACTP inmediata: es aquella que se realiza en la fase aguda del infarto, en los siguiente 90 a 120 minutos después del inicio de la trombólisis.

ACTP diferida o retardada: es aquella realizada después de las 48 horas de la trombólisis a todos los pacientes (sin documentar isquemia, también llamada ACTP empírica), con dilatación de todas las lesiones susceptibles y con estenosis significativa).

ACTP electiva: es aquella que se realiza durante la hospitalización, una vez que se documenta isquemia por cualquiera de los métodos disponibles.

ACTP de rescate: es aquella que se realiza después de la trombólisis fallida. ⁽¹⁴⁾

Cirugía de revascularización coronaria. Restablecimiento por medios quirúrgicos del flujo sanguíneo a un órgano o tejido. ⁽¹⁶⁾

Habitualmente los pacientes sometidos a cirugía urgente para revascularización coronaria son:

1. Aquellos con choque cardiogénico y lesiones coronarias no susceptibles de ACTP.

2. Pacientes con enfermedad del tronco de la coronaria izquierda (estenosis mayor del 50%) o su equivalente (lesión proximal de la descendente anterior y de la circunfleja).
3. ACTP fallida, con cierre agudo secundario a disección, trombosis o retracción elástica, con una gran cantidad de miocardio en riesgo.
4. Pacientes con lesiones coronarias complejas para ACTP y que persisten con inestabilidad hemodinámica a pesar del tratamiento médico adecuado, incluyendo balón intraaórtico de contrapulsación. ⁽¹⁴⁾

El primer antecedente del que se hace mención sobre los diagnósticos de enfermería en pacientes cardiovasculares, en Bogotá Colombia en la investigación realizada por la Lic. Enf. Claudia Ariza Olate y lleva por título "Diagnósticos de enfermería frecuentes en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular".

El objetivo de esta investigación fue:

- Plantear la importancia de aplicar la calidad del cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes que presentan alteraciones del sistema cardiovascular.

Esta investigación de tipo descriptivo, exploratorio y transversal, pretende demostrar la importancia de brindar cuidados por medio de los diagnósticos de enfermería en diferentes etapas de la enfermedad de acuerdo a la situación de cada paciente lo cual facilita la planeación, organización y priorización de las actividades a desarrollar.

Pensar en la recuperación pronta de un paciente con alteraciones del sistema cardiovascular que se encuentre bajo el cuidado de enfermería genera una gran responsabilidad si se tiene en cuenta que recuperación implica cuidar bien, a lo cual se le puede aplicar el concepto de calidad.

Se revisan dos aspectos importantes que aun siendo diferentes en su conceptualización, enfoque, principios que los rigen o manera de instrumentarlos, se corresponden, complementan y se constituyen en los cimientos sobre los cuales el personal de enfermería actúa y realiza una de las múltiples funciones como es la gerencia del cuidado: en primer lugar la calidad de la atención y en segundo lugar el planteamiento de diagnósticos que desde enfermería contribuyen a una planeación ordenada, organizada y priorizada que va a conducir a la pronta recuperación y a la que, desde luego, se le aplica el concepto de calidad.

Todos los seres humanos son diferentes, sin embargo, por tener en común la condición humana todos tenemos los mismos derechos fundamentales. El primero de ellos protege la vida y la integridad humana.

La dirección de las acciones de enfermería con el paciente que requiere ser hospitalizado debido a una alteración del sistema cardiovascular debe ser individualizada, es decir, estar acorde con las condiciones que presente cada persona.

Sin embargo, esto no quiere decir que no se pueda establecer pautas que guíen la intervención y que al tiempo favorezcan y contribuyan a la pronta recuperación del paciente.

Es importante tener en cuenta que el profesional de enfermería puede intervenir en tiempos y niveles diferentes de acuerdo al estado en el que se encuentre el paciente (primario, secundario y terciario).

La intervención primaria se refiere al cuidado dirigido hacia la identificación de aquellos factores de riesgo con el fin de evitar el desarrollo del problema.

En el nivel secundario la intervención de enfermería se da una vez que el problema se presenta, manifestándose los primeros signos y síntomas.

Cuando el paciente pasa a presentar un estado agudo de su problema, requerirá de una intervención de enfermería a nivel terciario, lo cual consiste en brindar atención durante periodos prolongados para contribuir a la recuperación de la salud. Esta intervención debe centrarse en el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, con lo cual se facilita la planeación de actividades específicas que conduzcan al bienestar del paciente.

Es así como dentro de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular a nivel terciario se pueden citar los siguientes, basados en los patrones funcionales de Margory Gordon:

1- Patrón circulatorio:

- Alteración del gasto cardíaco.
- Alteración de la perfusión tisular.

2- Patrón respiratorio:

- Alteración del intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener permeable la vía aérea.
- Alteración del patrón respiratorio.

3- Patrón actividad y ejercicio:

- Intolerancia a la actividad

4- Patrón de nutrición y metabolismo:

- Alteración en el volumen de líquidos corporales y electrolitos.

5- Patrón de eliminación:

- Alteración de la eliminación intestinal.

6-Patrón de manejo y tolerancia al estrés:

- Ansiedad.

7-Patrón de sueño y descanso:

- Alteración del sueño y descanso.

8- Patrón de defensa orgánica:

- Potencial infección.
- Pérdida de la integridad de la piel alteraciones de la comodidad.

Como conclusiones de este trabajo de investigación tenemos que:

- Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la vida humana y la conservación de la vida.
- Cuidar al paciente con alteraciones del sistema cardiovascular implica entonces no sólo el restablecimiento del aspecto físico sino también conocerlo e interesarse por él. ⁽¹⁷⁾

El segundo artículo es un protocolo de atención de enfermería en el IAM, en el Hospital Angeles del Pedregal cuyo objetivo de investigación fue: establecer mecanismos y condiciones necesarias para atender de manera sistematizada a los pacientes con IAM.

Los diagnósticos de enfermería más representativos que posteriormente a la valoración clínica encontraron con más frecuencia en los pacientes con IAM y respectivamente su estándar de cuidados; son:

- Dolor.
- Alteración de la perfusión cardiopulmonar.
- Temor.
- Disminución del gasto cardiaco. ⁽¹⁸⁾

El artículo sobre diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardiaca en estado crítico, hace mención sobre la importancia de que el personal de enfermería se especialice en el cuidado del paciente pediátrico en estado crítico ya que las cardiopatías congénitas del corazón constituyen el 90% de las fallas cardiacas y el 5° lugar a nivel nacional.

El artículo de igual manera carece de metodología, pues no se menciona el tipo de estudio, el número de paciente que se tomo para el estudio y el tiempo en que se desarrollo.

De esta investigación se obtuvieron los siguientes diagnósticos:

- Deterioro del intercambio gaseoso.
- Disminución del gasto cardiaco.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Intolerancia a la actividad. ⁽¹⁹⁾

CAPITULO 3

Planteamiento del problema

En México la atención de 3^{er} nivel va en incremento, por lo que cada vez se necesitan más unidades de atención especializada. En el D.F. se encuentra ubicado el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, que es un hospital de que brinda atención especializada en el área de cardiología.

Si revisamos las tasas de mortalidad del 2001, observamos que las enfermedades del corazón con un 15.9 %, ocupan el primer lugar de mortalidad, de los cuales el 14.6 % corresponde al sexo masculino y el 17.6 % al sexo femenino, comprendemos él porque debemos, como carrera, estar cada vez más preparados para poder prestar atención individualizada y de calidad al paciente, siendo el eje principal de nuestra profesión.

La aplicación del método científico se conoce como método simplificado en la práctica enfermera como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite a los enfermeros prestar atención de forma racional, lógica y sistemática.

Debido a la atención de enfermería que demanda el paciente dentro de las unidades hospitalarias se ha visto la necesidad de implementar diagnósticos de enfermería que nos permitan cubrir las necesidades del cliente / paciente de forma holística e individualizada colaborando con su pronta recuperación. A su vez se permite estandarizar el cuidado entendiendo éste concepto como la serie de problemáticas a las cuales se debe enfrentar para brindar atención al paciente sin perder el trato individualizado, sino que permite como en el caso de las áreas médicas establecer protocolos de atención y por ende líneas de investigación que favorecen la calidad de atención del paciente y coadyuvar en una enfermería basada en la evidencia.

Esta investigación es una propuesta para conocer los diagnósticos de enfermería, establecidos previamente por la NANDA, que nos permitan proporcionar atención de calidad y oportuna a los pacientes que presenten Infarto Agudo al Miocardio.

Por lo cual la presente investigación se basa en la formulación de la siguiente pregunta:

¿ Que diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía NANDA presentan los pacientes con IAM a partir de su ingreso a Urgencias y durante cuatro días de atención en la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, durante el periodo de Octubre - Diciembre 2004?

CAPITULO 4

Metodología

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo general:

- Identificar los diagnósticos de enfermería de la NANDA que presentan los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, desde su ingreso a urgencia y durante cuatro días de atención en la Unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, durante el periodo de Octubre - Diciembre 2004.

4.1.2. Objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia de aparición de características definitorias y factores relacionados de cada uno de los diagnósticos de enfermería que se obtengan de la investigación.
- Presentar el informe de investigación a las instancias correspondientes para su difusión.

4.2. Variables

4.2.1. Variable independiente: Pacientes con Infarto Agudo del Miocardio.

4.2.2. Variable dependiente: Diagnósticos de enfermería.

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	OPERACIONALIZACIÓN
Diagnóstico de enfermería	Dependiente	Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales.(NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2003 – 2004, 271.	El diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etiqueta diagnóstica. ➤ Característica definitoria. ➤ Factores relacionados.
Infarto Agudo del Miocardio	Independiente	El Infarto Agudo del Miocardio se define como la oclusión de una arteria coronaria por aterosclerosis o embolia, que provoca un área de necrosis en el miocardio.(Diccionario de Medicina,1994, 718)	Se caracteriza por: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor torácico. ➤ Diaforesis. ➤ Palidez. ➤ Disnea. ➤ Angustia. ➤ Sensación de muerte inminente. ➤ Electrocardiograma con elevación del ST. ➤ Elevación de enzimas cardiacas.

4.3. Criterios de selección

4.3.1. Criterios de inclusión: Los pacientes que presenten Infarto Agudo del Miocardio, a partir de su ingreso a Urgencias y durante cuatro días de atención en la Unidad coronaria, del INC ICh, Septiembre – Diciembre 2004.

4.3.2. Criterios de exclusión: Pacientes que ingresen al servicio de Urgencia y Unidad Coronaria en turno matutino y vespertino en el periodo de Septiembre – Diciembre 2004.

4.4. Tipo de investigación

La investigación que se realizó es de tipo aplicativa, descriptiva, exploratoria, observacional, de campo, transversal y prolectiva.

- **Aplicativa:** porque se pretende que los diagnósticos de enfermería que se presenten se apliquen con el fin de resolver los problemas de salud de los pacientes.
- **Descriptiva:** se busca conocer los diagnósticos de enfermería que presentan los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio.
- **Exploratorio:** se examinaron los diagnósticos de enfermería, en pacientes con IAM, ya que es un tema poco estudiado.
- **Observacional:** sólo se describen los diagnósticos sin modificar las variables.
- **De campo:** la investigación se llevó a cabo directamente en los pacientes localizados en el servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, durante los meses de Septiembre - Diciembre, 2004.
- **Transversal:** la investigación sólo se realizó una vez.

- **Prolectiva:** porque los diagnósticos de enfermería, se fueron obteniendo conforme se desarrolló la investigación.

4.5. Universo de trabajo

Pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias Y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Septiembre - Diciembre 2004.

4.6. Muestra

Esta fue una muestra de conveniencia de tipo censo en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio que se localizaron en los servicios de Urgencia y Unidad Coronaria, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Septiembre - Diciembre 2004.

4.7. Técnica de recolección de la información

- La investigación se realizó en el turno vespertino, por una sola persona en el mes de Setiembre - Diciembre de 2004.
- Posteriormente se realizó una guía de valoración de enfermería basándose en los Requisitos Universales de Dorothea Orem, para la recolección de datos.
- Se revisó el libro de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA 2003 - 2004, se leyó cada uno de ellos y se realizó un listado de acuerdo a la experiencia, en 2 años 8 meses de trabajar en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología, consideró que son los que se pudieran presentar en los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio.
- Después se modificó el listado, clasificándolos de acuerdo a los Requisitos Universales de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

- Basándose en estos dos elementos, se realizó una lista de cotejo para establecer las manifestaciones clínicas y los factores relacionados de cada uno de los diagnósticos.
- Una vez obtenidos los datos de la lista de cotejo, se procedieron a tabular y graficar todos los datos obtenidos.

4.8. Realización de la guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem

La valoración de enfermería comprende la recogida, comprobación y comunicación de la información relativa al paciente. El personal de enfermería recibe la información a partir de la interrelación verbal con el enfermo, con la familia de éste y otras persona allegadas; examina las fuentes habituales de información, comprueba sistemáticamente los síntomas y los signos; determina la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades relativas a sus cuidados personales; valora el entorno del enfermo e identifica las reacciones del personal de planilla frente al paciente y su entorno. (Diccionario de medicina, 1994: 1278).

Se elaboró una guía de valoración de enfermería, basada en los requisitos universales de D. Orem, con la finalidad de conocer cuales son los diagnósticos de enfermería de la NANDA que presentan los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio.

La guía incluye:

1. La ficha de identificación.
2. Se incluyen apartados con relación a los requisitos universales de D. Orem; mismos que desarrollan una serie de preguntas que se valoran de forma directa e indirecta con los pacientes.

4.9. Piloteo de la guía de valoración de enfermería

Se aplicaron 5 guías a diferentes pacientes con IAM, con la finalidad de conocer si la guía es flexible y modificable y si contenía todos los datos que nos dieran a conocer las necesidades y/o problemas de los pacientes que nos permitan conocer los diagnósticos de enfermería que se presentan en estos pacientes.

Al realizar el piloteo se observó que hacían falta datos: como son: tipo de medicamentos, signos vitales, estado de conciencia, estado emocional; que proporcionarían más información sobre el paciente, lo cual permitió que la guía se modificara y así se obtuvo la guía que se aplicó a los pacientes con IAM (Anexo 1).

4.10. Aplicación de la guía de valoración de enfermería

Para la realización de esta guía se abordó a los pacientes con IAM que llegaron al servicio de urgencia del Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez, octubre 2004.

Se inició la guía de forma indirecta observando las características físicas del paciente a su llegada a urgencias y continuamos de forma directa por medio de una entrevista, con preguntas sencillas, al entrar al servicio de la unidad coronaria, pidiendo su colaboración para la realización de la guía, explicando el propósito de esta investigación.

Comienza con la ficha de identificación; que contiene el nombre, edad, sexo, estado civil, religión, ocupación, diagnóstico médico y fecha de ingreso y egreso. Se tomaron en cuenta estos datos ya que cada una de las guías son individualizadas, y estos factores son determinantes para presentar infarto agudo al miocardio. Los pacientes solo se valoraron los 4 primeros días de su tratamiento.

Aire

- La frecuencia respiratoria se tomó el día del ingreso a su llegada al servicio de urgencias.

- Se observó si el paciente presenta problemas respiratorios como tos o disnea, en reposo o actividad.
- Por medio de la exploración física se auscultaron los campos pulmonares, si hay presencia de sibilancias, estertores, el tipo y la localización de estos, ayuda de medicamentos especiales.
- Proporcionar ayudas especiales, de acuerdo a la saturación de oxígeno del paciente, medida por oximetría de pulso.
- Los parámetros del ventilador se tomaron el día que se intubo el paciente, se observa la cantidad y características de las secreciones, ya que estas nos proporcionan datos de infección o sangrado.
- Es importante mencionar que no se tomaron datos sobre el destete del paciente del ventilador, ya que los pacientes solo se valoraron los primeros 4 días de su tratamiento, y por las características o complicaciones de su padecimiento, permanecen más tiempo con apoyo ventilatorio.

Agua

- Se toma el balance por día, durante los primeros 4 días de su tratamiento, para conocer la ingesta y pérdida de líquidos del paciente, con la finalidad de mantener al paciente en estado óptimo, ya que se podrían obtener complicaciones por falta o exceso de líquido.
- Por medio de la inspección se valora el estado de hidratación de la piel.
- Se observa la coloración de la piel si hay palidez o cianosis, indicativos de falta de circulación.
- El edema y la anasarca, son signos de exceso de líquidos en el espacio extracelular.
- La PVC es la modalidad más fidedigna para conocer el estado hídrico del paciente.
- Las infusiones de medicamentos nos permiten conocer cuánto líquido entra al paciente; se tomo la moda de cada infusión.
- Se anexaron los medicamentos vía oral, por la ingesta de líquidos VO.

Alimentación

- El peso del paciente nos permite valorar la presencia de desnutrición u obesidad, que pudieran causar complicaciones.
- La dieta que se proporciona al paciente es la adecuada por su peso y padecimiento, ya que es individualizada, ya que el paciente es valorado por el médico y el personal del departamento de nutrición se encarga de preparar los alimentos y visitar a cada uno de los pacientes para saber si están de acuerdo con los alimentos que se les mandan o si desean algún alimento o platillo en especial.

Preguntamos al paciente:

- ¿Tiene problemas para deglutir?
- ¿Tiene dentadura completa?
- Inspeccionamos el estado de la boca.
- A los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación, se les coloca sonda nasogástrica o nasoyeyunal para alimentación y ministración de medicamentos.
- Las características del lavado gástrico como lo son los pozos de café, nos habla de algún tipo de complicación como el sangrado de tubo digestivo o si se obtiene alimentación, es porque el paciente no está absorbiendo la alimentación.
- Por medio de la auscultación verificamos el peristaltismo del paciente, que nos indica los movimientos intestinales y al perimetro abdominal nos habla sobre la distensión del paciente.

Eliminación

A todos los pacientes se les proporcionan aditamentos para orinar y defecar en su cama, ya que desde su llegada al hospital se encuentran en reposo absoluto.

- La diuresis se mide con horario, para fines prácticos se presenta solo la diuresis total.
- Observar las características de la orina, nos indican si hay presencia de infección, como dolor o ardor.

- Si el paciente se encuentra sedado, con daño renal o en anuria se le coloca sonda vesical, para llevar el control estricto de líquidos.
- En caso de ser necesario la sonda se cambia cada 28 días, o cuando hay presencia de infección.

Preguntamos al paciente:

- ¿Cuántas veces evacua al día en su hogar?
- ¿Toma algún laxante en su hogar?
- ¿A presentado estreñimiento desde su llegada al hospital?
- ¿Requiere de laxante para evacuar?
- ¿El laxante le ha provocado diarrea?
- Observamos las características de la evacuación.
- Los pacientes sedados o con incontinencia, pierden el control de esfínteres por lo que se les coloca pañal.

Actividad y reposo

- Los pacientes se mantienen en reposo absoluto desde su llegada al servicio de urgencias y durante su estancia en la unidad coronaria.
- Todos los pacientes reciben baño de esponja y se alimentan en su cama.

Preguntamos al paciente:

- ¿Cuál es su ocupación?
- ¿Cuántas horas le dedica a su trabajo?
- ¿Qué actividades realiza en su domicilio?
- ¿Practica algún deporte?
- ¿Qué tipo de deporte practica?
- ¿Cuántas horas duerme?
- ¿Toma algún medicamento par conciliar el sueño?
- ¿Cuál es el medicamento que toma para dormir?
- ¿Tiene algún otro método que le ayude a dormir y cual es?

Soledad e interacción

Preguntamos al paciente:

- ¿Con cuántas personas vive en su casa?
- ¿Cuál es su parentesco?
- ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
- ¿Tiene vida sexual activa?
- ¿Cuántas veces a la semana lo practica?
- ¿Asiste a fiestas o reuniones?
- ¿Con familia, amigos o compañeros de trabajo?
- Se tomó la presión arterial ya que la hipotensión puede causar la muerte del paciente e hipoperfusión sanguínea, la hipertensión puede causar un accidente vascular cerebral. La bradicardia o taquicardia pueden causar arritmias mortales y la hipotermia es indicativa de falta de circulación y la hipertermia se presenta cuando hay infección. De los signos vitales se tomó la moda por día, durante 4 días.
- Por medio de la observación se valora el estado de conciencia, incoordinación y mareos que incrementen el riesgo de caída.

Preguntamos al paciente:

- ¿Usted fuma?
- ¿Cuántos cigarros fuma al día?
- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?
- ¿Con que frecuencia?
- ¿Usa drogas?
- ¿De que tipo?
- ¿Con que frecuencia?
- ¿Cuando usted tiene algún malestar (dolores de cabeza, muelas, estómago, etc.) sé automédica?
- Por medio de la inspección se observa si hay presencia de heridas, úlceras, o laceraciones en la piel.
- Los catéteres alteran la integridad cutánea del paciente por lo que hay que observar el sitio de punción en busca de signos de infección (enrojecimiento, flebitis, dolor, etc.).

El catéter largo se cambia cada 21 días, el trilumen cada 28 días, el periférico cada 7 días, el catéter mahurkar, los introductores de marcapasos, línea arterial, catéter de Swan Ganz o de flotación, pueden durar toda la estancia del paciente en el hospital, solo se cambian si el paciente presenta signos de infección, los introductores femorales para el cateterismo duran de 1 a 2 días después del cateterismo y el BIAC hasta que mejore la función cardíaca o a su traslado a cirugía.

Desarrollo y funcionamiento humano

Preguntamos al paciente:

- ¿Usted profesa algún tipo de religión?
- ¿Qué práctica religiosa realiza?
- ¿Conque frecuencia lo practica?
- ¿A recibido visita del sacerdote en su estancia en el hospital?
- ¿Usted reza y comulga con el sacerdote del hospital?
- ¿Recibe visita de familiares y amigos?
- ¿Qué conocimientos tiene sobre la enfermedad que padece?
- ¿Le interesa aprender sobre la enfermedad que padece y sobre el tratamiento que debe seguir en casa?

Desviación de la salud (Emocional)

- Se observa su reacción ante la enfermedad a su llegada a urgencias.
- Preguntamos al paciente:
 - ¿Cómo se siente?
 - ¿Cuál es la causa de su preocupación?
 - ¿Tiene dolor?
 - En una escala del 1 al 10, ¿en qué número se encuentra su dolor, siendo el 1 el dolor más tolerable y el 10 el más fuerte?
 - ¿Hace cuanto tiempo comenzó el dolor y cuanto tiempo duro el dolor más fuerte?
 - ¿Dónde se localiza el dolor?

- ¿Se irradió hacia alguna parte de su cuerpo?
- Se observa si el paciente presenta disnea y diaforesis.
- A su llegada al hospital a los pacientes se les coloca nitroglicerina en infusión continua, para disminuir el dolor y la hipertensión arterial en caso de que presente alteración, si el dolor no cede se les ministra morfina o nalbufina, que son analgésicos más potentes.

Desviación de la salud (Conocimiento)

- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
- ¿Usted padece o ha padecido alguna enfermedad a parte de la que lo trajo al hospital en esta ocasión?
- ¿Cumple con el tratamiento que le indica el médico?
- Si responde que no, se le pregunta porque, si es por olvidos, confusión, falta de conocimiento sobre el medicamento, falta de dinero o falta de lugares para comprar medicamentos.

4.11. Tabulación de datos

Al término de la aplicación de las guías de valoración, se relacionaron los diagnósticos de enfermería de la NANDA con cada uno de los apartados de la guía de valoración.

Después por medio de la técnica del paloteo, se obtuvo el total de diagnósticos; así como los factores relacionados y las características definitorias que presentan cada paciente, obteniendo así un total de 49 diagnósticos de enfermería. Una vez obtenida esta información se realizaron cuadros estadísticos por cada diagnóstico, en los que se llevo a cabo el vaciado de la información; donde se observó que los pacientes presentan 2 o más factores relacionados y características definitorias en cada diagnóstico, por lo que la suma total rebasa el 100 %.

Posteriormente se realizaron cuadros estadísticos en donde se tabulan los diagnósticos de enfermería que se presentaron por cada requisito universal.

Finalmente concluido el llenado de los cuadros estadísticos, se realizaron las gráficas por medio del programa Excel.

CAPITULO 5

5.1. Datos generales de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Septiembre – Diciembre, 2004.

El total de ingresos al servicio de Urgencias y Unidad Coronaria fue de 113 pacientes de los cuales 52 pacientes equivalentes al 46 % de la población, fueron pacientes con Infarto Agudo al Miocardio.

El mayor porcentaje de paciente con Infarto Agudo al Miocardio lo ocupa el sexo masculino con un 80.8 %, debido al estilo de vida, el sexo femenino solo ocupa el 19.2 %

Los adultos de 46 a 50 años y los adultos mayores de 51 a 55 años, presentan el mayor porcentaje con un 19.2 % y 17.3 % respectivamente.

En cuanto el estado civil los pacientes que son casados y los viudos ocupan el mismo porcentaje con un 42.3 %.

La mayoría de los pacientes con un 67.3 % profesa la religión católica, por lo que en el hospital se cuenta con sacerdotes y religiosas para dar apoyo espiritual a los pacientes.

El mayor porcentaje en el nivel de escolaridad lo ocupa la secundaria con un 40.4 % que equivale a 21 pacientes con Infarto Agudo al Miocardio, seguido por la universidad con un 21.2 %, analfabetas 15.4 % y por último primaria y bachillerato con un 11.5 %.

La ocupación de los pacientes puede llevarlos a padecer diferentes enfermedades y se observo que los pacientes que son empleados, con un 24 % y los jubilados con un 20 %, son los que más padecen de Infarto Agudo al Miocardio.

5.2. Supervivencia: Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Septiembre – Diciembre, 2004.

GRAFICA N° 1 Supervivencia.

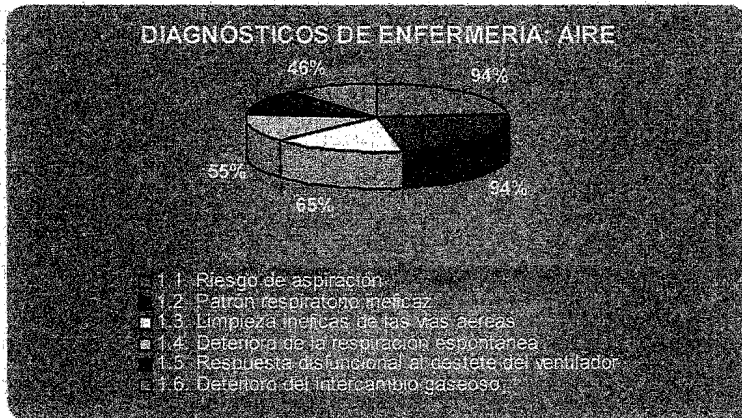


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

La supervivencia de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio es favorable ya que se observó que el 75 % de los pacientes se recuperó favorablemente y el 25 % falleció.

5.3. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: aire, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Septiembre – Diciembre, 2004.

GRÁFICA N° 2 Requisito universal aire.

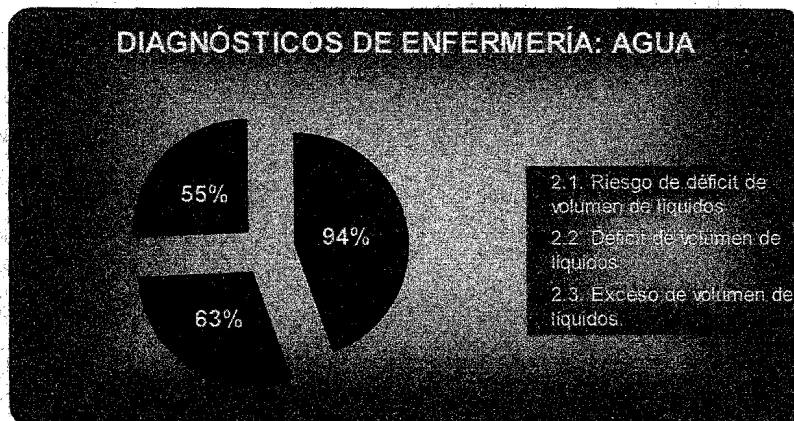


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

Del requisito universal Aire el diagnóstico riesgo de aspiración y patrón respiratorio ineficaz con un 94 %, limpieza ineficaz de las vías aéreas con 65 %, deterioro de la respiración espontánea 55 %, respuesta disfuncional al destete del ventilador y deterioro del intercambio gaseoso con 46 %.

5.4. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: agua, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 3 Requisito universal agua.

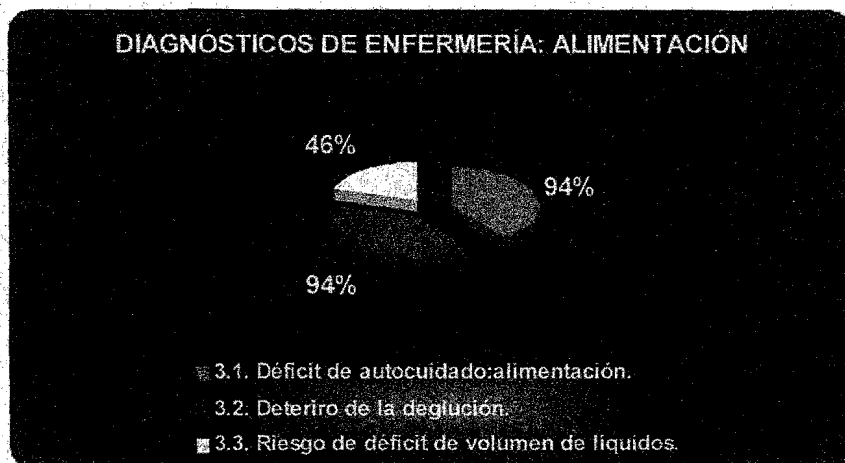


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

En el requisito universal Aire, tenemos el diagnóstico de enfermería riesgo de déficit de volumen de líquidos, con un 94 %, observando que entre los principales factores de riesgo se encuentran las situaciones que afectan el acceso, ingesta o absorción de líquidos (inmovilidad física), entre estos tenemos la presencia de cánula endotraqueal o de introductores. También se encuentra déficit de volumen de líquidos con 63 % y exceso de volumen de líquidos con 55 %.

5.5. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: alimentación, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 4 Requisito universal alimentación.

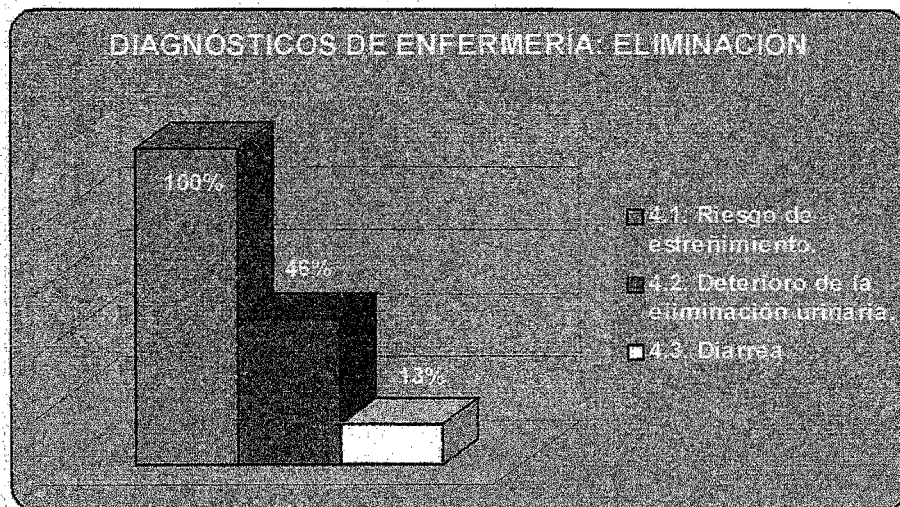


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

Los principales diagnósticos de enfermería que se presentaron en el requisito universal Alimentación son: déficit de autocuidado: alimentación y deterioro de la deglución con un total de 49 pacientes el 94 % de la población encuesta y se caracteriza por la incapacidad para deglutir los alimentos que se presentan en 24 pacientes, 46 %, por la presencia de cánula endotraqueal y por la dificultad de llevar los alimentos del receptáculo a la boca que presenta el 94 % de los pacientes ya que no se pueden incorporar a tomar alimentos, por la presencia de introductores u otros catéteres.

5.6. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: eliminación, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 5 Requisito universal eliminación.

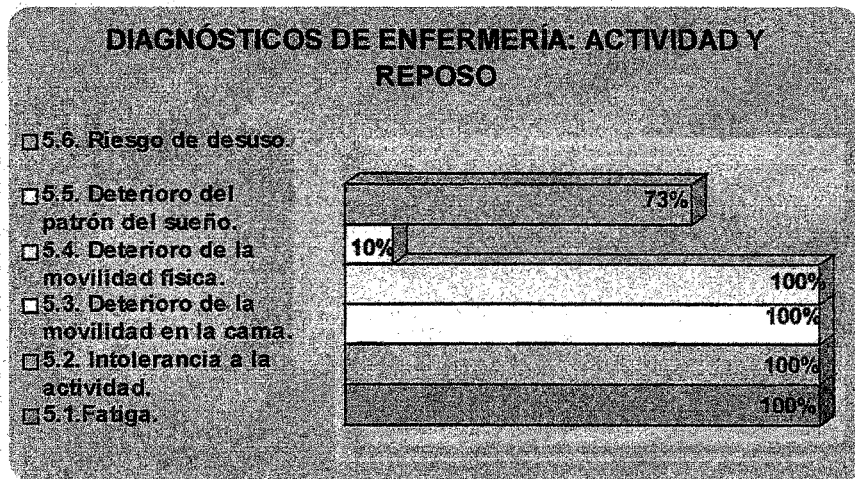


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

En el requisito universal eliminación se obtuvo riesgo de estreñimiento como principal diagnóstico de enfermería como principales factores de riesgo se encontraron cambios ambientales recientes y actividad física insuficiente, problemas durante la defecación (falta de tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad), estrés emocional; se presentaron en los 52 pacientes encuestados que se traduce al 100 % de la población.

5.7. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: actividad y reposo, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 6 Requisito universal actividad y reposo.

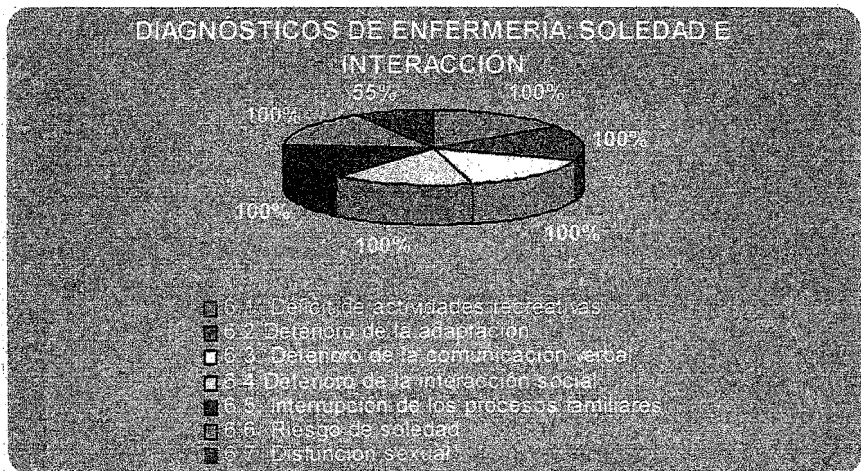


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Oram.

En el requisito universal Actividad y reposo se obtuvo que los diagnósticos de enfermería que se presentaron en el 100 % de la población son: fatiga, debido al aumento en los requerimientos de descanso, intolerancia a la actividad, por el reposo en cama o inmovilidad física relacionada a la prescripción de restricción de movimientos y por último deterioro del patrón del sueño relacionado con el patrón de actividad diurna, pensar en el hogar, temor, ruido, desvelo generado por otros, posición e interrupción para procedimientos terapéuticos, control o pruebas de laboratorio.

5.8. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: soledad e interacción: que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 7 Requisito universal soledad e interacción.

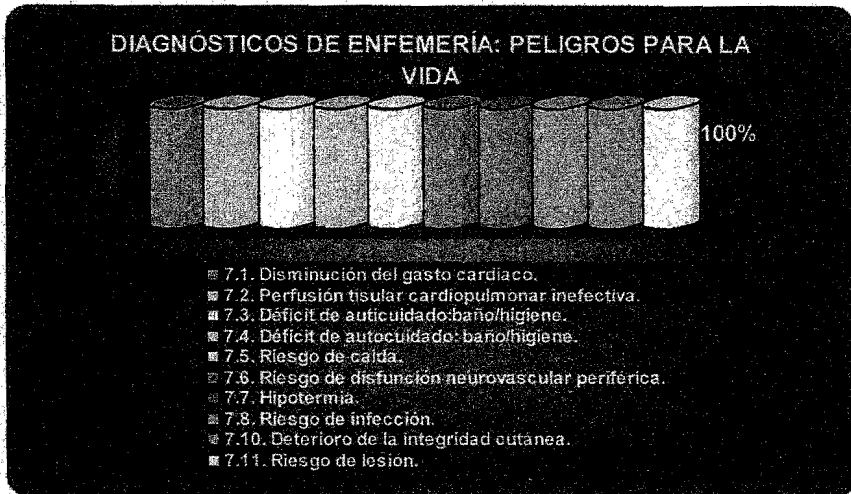


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

En el requisito universal Soledad e Interacción los diagnósticos de enfermería que se obtuvieron son: déficit de actividades recreativas ya que los pasatiempos habituales no se pueden realizar dentro del hospital; deterioro de la adaptación que se ve reflejado en la negación del cambio en el estado de salud, que requiere un cambio en el estilo de vida; deterioro de la comunicación verbal que se presenta en pacientes con barreras físicas como traqueostomía y cánula endotraqueal y en pacientes que se mantienen bajo sedación y en pacientes con estrés emocional; deterioro de la interacción social, interrupción de los procesos familiares y riesgo de soledad debido al aislamiento terapéutico, con un 100 % de población. El diagnóstico disfunción sexual sólo se presentó en 29 pacientes con un 55.7 % a la falta de intimidad, esto en base al interrogatorio que se realizó.

5.9. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: prevención de peligros, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el Instituto nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRÁFICA N° 8 Requisito universal prevención de peligros.

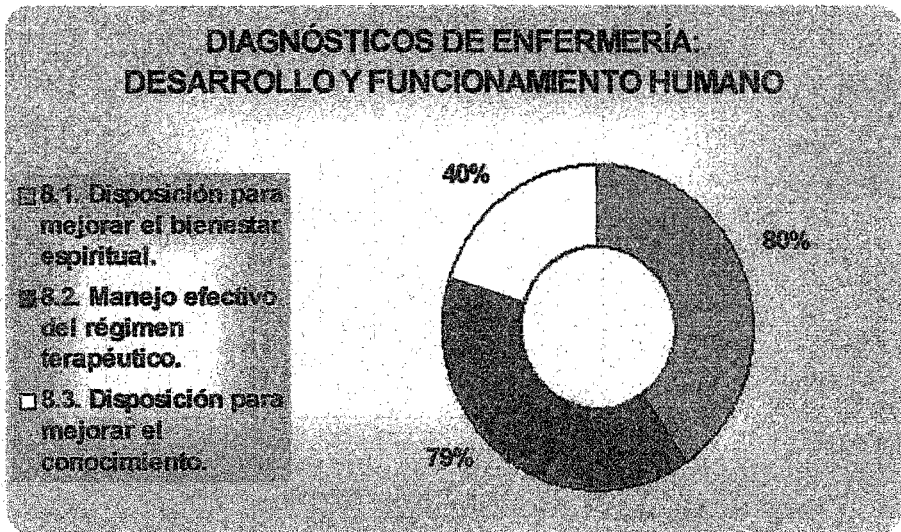


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

Los diagnósticos de enfermería que se presentaron en los 52 pacientes que representa al 100 % de la población en el requisito universal Prevención de peligros se encontró: disminución del gasto cardíaco, alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva, debido a la disminución del flujo sanguíneo que a su vez interfiere con la oxigenación tisular, déficit de autocuidado baño/higiene y déficit de autocuidado: uso de WC, se presenta debido al reposo absoluto o relativo en que se mantienen los pacientes; riesgo de caída relacionado a la limitación de la movilidad, riesgo de disfunción neurovascular periférica debido a la presencia de obstrucción vascular, inmovilización, compresión mecánica, hipotermia relacionado a enfermedad o traumatismo, riesgo de infección, debido a los procedimientos invasivos que se realizan, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de lesión, riesgo de traumatismo relacionado con la disminución de la coordinación de los músculos grandes o pequeños.

5.10. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: desarrollo y funcionamiento humano, que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el instituto nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRAFICA N° 9 Requisito universal desarrollo y funcionamiento humano.

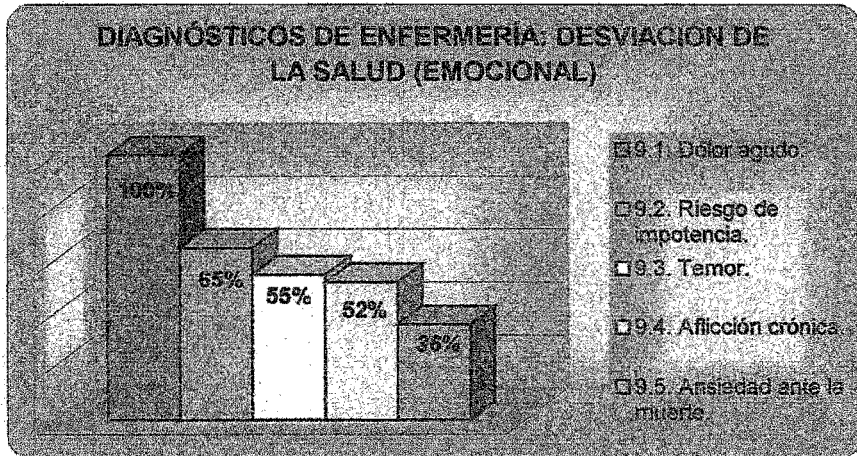


Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

En el requisito universal desarrollo y funcionamiento humano se presentaron los diagnósticos de enfermería: disposición para mejorar el bienestar espiritual, observando que el paciente solicita y participa en actividades religiosas, se presenta en 42 % que equivale al 80.7%, con un 40.3 % encontré el diagnóstico disposición para mejorar los conocimientos que se manifiesta por el interés en el aprendizaje y por último manejo inefectivo del régimen terapéutico traducido por el deseo de conocer el tratamiento de la enfermedad, reducir los factores de riesgo y prevenir las secuelas, con un 78.8 % de las pacientes con Infarto Agudo al Miocardio.

5.11. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: desviación de la salud (emocional), que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el instituto nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRÁFICA N° 10 Requisito universal desviación de la salud (Emocional)



Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

El principal diagnóstico de enfermería que se presentó en el requisito universal crisis es dolor agudo con un 100 % de población y se manifiesta por diaforesis, cambios de presión arterial, respiración y pulso, dilatación pupilar, agitación. También se presenta el diagnóstico aflicción crónica en 27 pacientes 52 %, ansiedad ante la muerte 19 pacientes 36 %, riesgo de impotencia 34 pacientes 46 % y temor en 29 pacientes 56 % relacionados al cambio en el estado de salud

5.12. Diagnósticos de enfermería de la NANDA del requisito universal: desviación de la salud (conocimiento), que presentaron los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio en el instituto nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre, 2004.

GRÁFICA N° 11 Requisito universal desviación de la salud (Conocimiento)



Fuente: Guía de valoración de enfermería con base a los requisitos universales de D. Orem.

En el requisito de desviación de la salud se presentan los diagnósticos conocimientos deficientes en 41 % y mantenimiento inefectivo de la salud en 51.9 %, por la falta de conocimiento de la enfermedad que esta padeciendo.

CAPITULO 6

Discusión

Al realizar el estudio sobre el estado del arte con relación a los diagnósticos de enfermería a pacientes con IAM, se encontraron tres estudios con las características siguientes:

El primer estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, por Quintero, Rodríguez, Salazar, Ruiz, Cruz Colchado y Cruz Ayala (2005), trata sobre diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardiaca en estado crítico en el cual se establecen los siguientes diagnósticos: deterioro del intercambio gaseoso, disminución del gasto cardiaco, exceso de volumen de líquidos e intolerancia a la actividad. Es importante mencionar que el estudio carece de metodología ya que no se menciona el número de pacientes en quienes se efectuó la investigación, el tipo de estudio y método que se llevó a cabo para la obtención de los diagnósticos antes mencionados.

El segundo estudio fue un Proceso de Atención de Enfermería al paciente con Infarto Agudo al Miocardio en el Hospital Angeles del Pedregal por Yarza (1996), en los resultados que se obtuvieron no se fundamentaron en ninguna teórica o modelo de enfermería, sin suscribir el tipo de investigación que se realizó, así como la muestra, objetivo y método, mencionan solamente cuatro diagnósticos que son: dolor, alteración de la perfusión cardiopulmonar, temor y disminución del gasto cardiaco.

El tercer estudio lo presenta Ariza O.C (2003) de la Universidad de Bogotá, Colombia, que se enfoca principalmente a los diagnósticos de enfermería en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular a nivel terciario, basado en los patrones funcionales de Margory Gordon. En el artículo se enfoca principalmente al plantear la importancia de la calidad al cuidado de enfermería en este tipo de pacientes en etapa adulta. No se menciona el tipo de investigación que se realizó, así como la muestra, y método.

Al comparar los estudios se tomó como criterio, solo los diagnósticos de enfermería ya que los resultados obtenidos de esta investigación no se pudieron contrastar de forma porcentual al carecer de porcentajes, características definitorias y factores relaciones.

Los diagnósticos que se presentaron en los tres artículos que se hace mención que son los más representativos y que concuerdan con esta investigación; son:

Disminución del gasto cardiaco, deterioro del intercambio gaseoso, alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva, dolor, intolerancia a la actividad, exceso de volumen de líquido, alteración de la eliminación intestinal, ansiedad, alteración del sueño y alto riesgo de infección.

CAPITULO 7

Conclusiones

- El Proceso de Atención de Enfermería permite a la enfermería prestar atención de forma racional, lógica, sistemática e individualizada y oportuna.
- La presente investigación reveló que los pacientes de sexo masculino, con estado civil casados o viudos, de religión católicos, con edad entre 46 y 50 años de edad y con nivel escolar de secundaria son los que más presentan Infarto Agudo al Miocardio.
- Los diagnósticos de enfermería que se presentaron en la población encuestada y que mostraron el 100 % de frecuencia fueron: disminución del gasto cardíaco, perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva, riesgo de asfixia, riesgo de estreñimiento, fatiga, deterioro de la interacción social, deterioro de la movilidad en la cama, deterioro de la movilidad física, intolerancia a la actividad, deterioro del patrón del sueño, deterioro de la adaptación, riesgo de soledad, déficit de autocuidado: baño / higiene, déficit de autocuidado: uso del WC, riesgo de caída, riesgo de disfunción neurovascular periférica, dolor agudo.
- Los diagnósticos que se presentaron en menor porcentaje son: con el 94 %; riesgo de aspiración, patrón respiratorio ineficaz, riesgo de déficit de volumen de líquidos, déficit de autocuidado: alimentación, deterioro de la deglución; con el 80 %, disposición para mejorar el bienestar espiritual; con el 79 % manejo inefectivo del régimen terapéutico y conocimiento deficiente; con 73% riesgo de desuso; con 65 % limpieza ineficaz de las vías aéreas y riesgo de impotencia; 63 % déficit de volumen de líquidos; 55 % deterioro de la respiración espontánea, exceso de volumen de líquidos, disfunción sexual, temior; 51 % aflicción crónica y mantenimiento inefectivo de la salud; 46 % respuesta disfuncional al destete del ventilador, deterioro del intercambio gaseoso, desequilibrio nutricional por defecto, deterioro de la eliminación urinaria; 40 % disposición para

mejorar el conocimiento; 36 % ansiedad ante la muerte; 23 % hipertermia; 13 % diarrea.

- Estandarizar los cuidados de enfermería por medio de los diagnósticos de enfermería de la NANDA, nos permite proporcionar mejor atención de enfermería al paciente.
- En la población encuestada presenta el 100 % de los diagnósticos de enfermería de la NANDA.
- La estandarización de cuidados de enfermería en el paciente con problemas cardiovasculares permitirá a la enfermería hablar un mismo idioma y establecer formas de atención en el servicio y líneas de formación profesional.
- En nuestro país la aplicación de diagnósticos de enfermería es poco aplicada ya que aunque se tiene el conocimiento no hay una estandarización de cuidados que permita priorizar los cuidados de enfermería, de acuerdo a la bibliografía revisada.

Referencia bibliográfica

¹ Sánchez y Hernández. Desarrollo científico de enfermería. Volumen 6. No 7. Granada España. Agosto 1998: 132 – 140.

² NANDA Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificaciones 2003 – 2004. Editorial Elsevier: 271.

³ Carlson. H. Diagnósticos de Enfermería. Editorial. Pirámide. 3º Edición. México D.F. 1997: 59.

⁴ Mariner, A, El proceso de atención de enfermería enfoque científico. 4º edición Editorial Manual Moderno, México 2000: 86.

⁵ Alfaro, R. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, Editorial Doyma 3º Edición. Madrid España: 19.

⁶ Bears – Myers. Enfermería principios y práctica, Editorial Médica Panamericana. Tomo 1. México D.F. 2000:57.

⁷ Griffith. Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. 5º edición. Manual Moderno, México 1998:193 – 205.

⁸ Orem ,D. Modelos de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Editorial Masson Salvat, 1993: 3 – 18.

⁹ Orem Op cit: 148.

¹⁰ Cabanangh, S.J. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Editorial. Masson – Salvat. Madrid España. 1993:3 – 34.

¹¹ NANDA Op cit: 228.

¹² NANDA Op cit: 246.

¹³ Guadalajara, Boo. Cardiología. 5º Edición. Méndez Editores. México 2001:709.

¹⁴ Leiva, Saucedo, Muñiz, Gaxiola, Nájjar. Manual de urgencias cardiovasculares. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1996:90 – 109.

¹⁵ Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Edición 4. Barcelona España: 75.

¹⁶ Diccionario de Medicina Op cit: 1120.

¹⁷ Ariza. O. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 11. Nº 2. Mayo – Agosto 2003: 77 – 81.

¹⁸ Yarza S. Desarrollo científico de enfermería. Volumen 7. Nº 7. Agosto 1996: 214 – 216.

¹⁹ Quintero M. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen 13. Nº2 Mayo – Agosto 2005: 97 – 103.

ANEXO 1

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASÁNDOSE EN LOS REQUISITOS
UNIVERSALES DE D. OREM.

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

Ficha de identificación.

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación: _____

Diagnóstico: _____

AIRE.

Fr: _____ x'

Problemas respiratorios:

Tos: _____ Disnea: _____ En reposo: _____ En actividad: _____

AUSCULTACIÓN DE CAMPOS PULMONARES.

Bien ventilados: _____ Estertores: _____

Tipo: _____ Localización: _____

Ayudas especiales:

Oxigenación: Saturación de oxígeno: _____ Puntas nasales: _____

Humidificador: _____ Bolsa reservorio: _____

Cánula endotraqueal: _____ Traqueostomía: _____

Parámetros ventilatorios:

Modalidad: _____ VC: _____ Fr: _____ x 'FiO₂: _____ %

Peep: _____ Sensibilidad: _____ PS: _____ Flujo: _____

Aspiración de secreciones: _____ Cantidad: _____

Características: _____ Cultivos broquiales positivos: _____

Medicamentos: MNB: _____

Gasometría Arterial:

pH: _____ pO₂: _____ p CO₂: _____ Sat. O₂: _____ %

AGUA

Balance de líquidos: por día.

1.-Ingresos: _____ Egresos: _____ Total: _____

2.-Ingresos: _____ Egresos: _____ Total: _____

3.-Ingresos: _____ Egresos: _____ Total: _____

4.-Ingresos: _____ Egresos: _____ Total: _____

Estado de hidratación:

Color: _____ Hidratación: _____ Cianosis: _____

Edema: _____ Anasarca: _____ Drenajes: _____ PVC: _____

MEDICAMENTOS / INFUSIONES	MILILITROS HORA	MEDICAMENTOS / INFUSIONES	MILILITROS HORA
Dopamina		Nitroprusiato	
Dobutamina		Base	
Arterenol		Sedación	
Milrinona		Salina	
Vasopresina		Hartman	
Heparina		Otros	
Nitroglicerina		Medicamentos IV	

Medicamentos VO: _____

ALIMENTACIÓN

Peso: _____

Dieta: _____ Kcal: _____

Problemas de deglución: _____ Dentadura completa: _____

Estado de la boca: _____

Sonda de alimentación: _____ Lavado: _____ Características: _____

Peristaltismo: _____ Perímetro abdominal: _____

ELIMINACIÓN

Vesical:

Normal: _____ Diuresis: _____ día Características: _____

Dolor: _____ Ardor: _____

Ayudas especiales:

Sonda vesical: _____ Calibre: _____ Fecha de instalación: _____

Diuresis: _____ ml / día Características: _____

Urocultivo positivo: _____ Especifique _____

Fecal:

Hábitos de excreta: _____ No. día: _____

Ayudas especiales:

Estreñimiento: si _____ no _____ Uso de laxantes: _____

Diarrea: _____ Características: _____

Incontinencia: _____ Uso de pañal: _____

ACTIVIDAD Y REPOSO

Ocupación: _____ No horas: _____

Actividades en domicilio: _____

Deportes: _____ Especifique: _____

No. Horas de sueño: _____

Ayudas especiales:

Medicamento: _____ Especifique: _____

Otro: lectura _____ bebidas _____ televisión _____ radio _____

SOLEDAD E INTERACCIÓN

Nó. De personas con las que cohabita: _____ Esposa: _____ Hijos _____ Otro: _____

Hábitos en la soledad: _____

Hábitos sexuales: _____ Frecuencia: _____

Interacción social: _____ Especifique: _____

PELIGROS PARA LA VIDA

1.- Presión arterial promedio: _____ FC _____ x' T° _____ °C

2.- Presión arterial promedio: _____ FC _____ x' T° _____ °C

3.- Presión arterial promedio: _____ FC _____ x' T° _____ °C

4.- Presión arterial promedio: _____ FC _____ x' T° _____ °C

Estado de conciencia: _____

Incoordinación: _____ Mareos: _____ Riesgo de caída: _____

Antecedentes de caídas y/o accidentes: _____

Tabaco: _____ No día. _____ Bebidas alcohólicas: _____ Frecuencia: _____

Drogas: _____ Tipo: _____ Frecuencia: _____

Se automedica: _____

Presencia de heridas: _____ Presencia de úlceras: _____

CATÉTERES:

Catéter largo: _____ No días: _____ Catéter triumen: _____ No día: _____

Catéter periférico: _____ No días: _____ Línea arterial: _____ No. días: _____

Catéter de Swan - Garz: _____ No días: _____ BIAC: _____ No días: _____

Introdutores: _____ No días: _____

DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO HUMANO

Es creyente: _____ Prácticas religiosas: _____ Frecuencia: _____

Recibe visitas del sacerdote: _____ Comulga: _____

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Recibe visitas de familiares y / o amigos: _____ Reza: _____

Conocimiento sobre enfermedad: _____

Interés por aprender sobre la enfermedad: _____

Interés por el tratamiento en casa: _____

DESVIACIÓN DE LA SALUD (EMOCIONAL)

Temor: _____ Ansiedad: _____ Angustia: _____

Tristeza: _____ Nerviosismo: _____ Llanto: _____

Causas: Familia: _____ Estado de salud: _____ Economía: _____

Dolor: _____ Escala: _____ Duración: _____ Localización: _____

Disnea: _____ Diaforesis: _____

Ayudas especiales

Medicamentos: _____ Especifique: _____

Nalbufina: _____ Morfina: _____ NTG: _____ Otro: _____

DESVIACIÓN DE LA SALUD (CONOCIMIENTO)

Escolaridad: _____ Cumple con el tratamiento indicado: _____

No/Porque: _____

Sobre el tratamiento: Olvidos: _____ Confusión: _____

Falta de conocimientos: _____ Economía: _____

Disponibilidad: _____

GRACIAS

ANEXO 2

Definición y relación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA con la guía de valoración, en pacientes con IAM en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, septiembre – diciembre 2004.

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	RELACIÓN CON LA GUÍA DE VALORACIÓN
1.1. RIESGO DE ASPIRACIÓN	Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.	Se relaciona con la presencia de cánula endotraqueal y sonda nasogástrica ya que disminuye la posibilidad de deglutir (líquidos, alimentos, saliva, medicamentos) y también se relaciona con la ministración de sedación ya que disminuye el estado de conciencia. Al reducir el reflejo nauseoso y tusígeno hay riesgo de broncoaspiración. Los pacientes que tienen introductores y/o BIAC, no se pueden incorporar por lo que tienen dificultad para deglutir.
1.2. RESPUESTA DISFUNCIONAL AL DESTETE DEL VENTILADOR	Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el período de destete.	Todos los pacientes que se despiertan de la sedación presentan problemas para el destete del ventilador porque el tener un tubo en la garganta, provoca desesperación y altera todos los signos vitales así como los resultados de la gasometría arterial. Los pacientes se agitan y se ponen diaforéticos, se desesperan, se fatigan y presentan miedo y temor por falta de conocimiento sobre el apoyo ventilatorio.
1.3. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alvéolo – capilar.	Se observa en los pacientes desequilibrio de la ventilación perfusión y cambio en la membrana alvéolo capilar que son principalmente los pacientes que llegan al

		servicio de urgencias con un IAM en evolución o que están en proceso de extubación por lo que en ellos observamos taquicardia, somnolencia, disnea diaforesis, irritabilidad, confusión y alteración de la gasometría arterial.
1.4. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.	En estos pacientes se relaciona principalmente con la obstrucción de las vías aéreas, por el apoyo ventilatorio que se les proporciona y por la cantidad de secreciones que manejan los pacientes ya sea que estén o no intubados y son pacientes que presentan disnea, cambios de coloración en la piel, presencia de secreciones o estertores y dificultad para vocalizar.
1.5. PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.	Esta se relaciona con la patología como lo es el IAM, el dolor y la ansiedad ya que al presentar estos dos factores requerimos más oxígeno.
1.6. DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA	Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.	El deterioro se observa en pacientes con alteración de la respiración que se observa con el resultado anormal de la gasometría arterial, el incremento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, y vamos a observar agitación, aprensión y disnea en el paciente.
2.1. DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	El déficit de volumen nos puede llevar a un choque hipovolémico, debemos valorar la presión arterial, diuresis, estado de hidratación de la piel, temperatura, peso,

		etc.
2.2. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	Aumento de la retención de líquidos isotónicos.	El exceso de líquidos puede llevarnos a complicaciones como el edema agudo pulmonar.
2.3. RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	Riesgo de sufrir una disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular.	Hay que tener precaución de administrar diurético si no es necesario, y controlar la diarrea, ya que por medio de estas vías perdemos líquidos. Hay que proporcionar líquidos a los pacientes que se mantienen con limitación del movimiento, para evitar déficit de líquidos.
3.1. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.	Este diagnóstico se presenta principalmente en los pacientes con introductores o bajo efectos de sedación, ya que no pueden ingerir alimentos por sí mismos.
3.2. DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.	Los pacientes presentan problemas de deglución ya sea por presencia de cánulas endotraqueales y sonda nasogástrica, o por irritación gástrica o aversión a los medicamentos.
3.3- DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	Lo podemos observar en pacientes que pierden o ganan peso sin causa aparente, por excesiva ingesta de alimentos, ya sea por incapacidad para deglutir, por falta de interés o por diarrea.
4.1. DIARREA	Eliminación de heces líquidas, no formadas.	La diarrea nos provoca pérdida de líquidos ya sea porque la alimentación enteral no se absorbe adecuadamente, o sea causa de exceso de laxantes.
4.2. DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	Trastorno de la eliminación urinaria.	Obtener un buen volumen urinario nos habla de una buena función renal.

4.3. RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.	Los pacientes tienen riesgo de estreñimiento ya que cambia la dieta, tienen reposo absoluto lo que limita la actividad física y además los pacientes evacúan en su cama, en un cuarto abierto en el que no tienen intimidad para realizar sus necesidades.
5.1. FATIGA	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.	Los pacientes refieren fatiga y cansancio por no dormir adecuadamente, además de no poder realizar sus actividades cotidianas por causa de la enfermedad que se manifiesta por estrés y ansiedad.
5.2. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.	Es provocada por el reposo absoluto y falta de distracciones, además de que por el proceso patológico que cursan los pacientes los signos vitales se alteran con la actividad.
5.3 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA	Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.	Los pacientes que se mantiene bajo efectos de sedación o con introductores, tienen limitación para moverse en la cama.
5.4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.	Debido al reposo absoluto o medicamentos como la sedación todos los pacientes tienen limitación del movimiento.
5.5. RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO	Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable. NOTA: Las complicaciones de la inmovilidad pueden incluir úlceras por presión, estreñimiento, estasis de las secreciones pulmonares, trombosis,	Este diagnóstico solo se presenta si el paciente permanece con sedación por un largo tiempo o con dolor crónico.

	infección del tracto urinario o retención de orina, disminución de la fuerza o resistencia, hipotensión ortostática, reducción de la movilidad articular, desorientación, alteración de la imagen corporal e impotencia.	
5.6. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño, (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.	Se presenta en todos los pacientes ya que se les despierta durante el transcurso de la noche para darle continuidad al tratamiento, además de que refieren no poder dormir por temor o ansiedad sobre su padecimiento.
6.1. DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.	Todos los pacientes tienen déficit de actividades ya que no pueden levantarse de la cama y además no se les permite tener objetos personales que pudieran brindarles distracción.
6.2. DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.	Se presenta por el cambio de estado de salud.
6.3. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.	Se presenta sólo en pacientes con intubación orotraqueal.
6.4. DISFUNCIÓN SEXUAL	Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.	Todos los pacientes presentan disfunción sexual ya que durante el proceso patológico no pueden tener vida sexual además tienen falta de intimidad con su pareja ya que los cuartos son abiertos.
6.5. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.	El diagnóstico se presenta en todos los pacientes ya que solo tienen 3 horas al día de visita, por lo que el contacto, comunicación y convivencia con familia y

		amigos, se ve afectado.
6.6. INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.	Al entrar al hospital se interrumpen los procesos familiares por falta de comunicación e interacción con la familia.
6.7. RIESGO DE SOLEDAD	Riesgo de experimentar una vaga disforia.	Nuevamente el diagnóstico se presenta en todos los pacientes ya que ellos mismos refieren sentirse muy solos porque no pueden estar con su familia.
7.1. DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.	Se presenta en todos los pacientes ya que al sufrir un IAM disminuye el flujo sanguíneo y es difícil satisfacer las necesidades metabólicas requeridas.
7.2. PERFUSIÓN TISULAR CARDIOPULMONAR INEFECTIVA	Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.	Se observa en los pacientes al 100 % ya que al reducir el flujo sanguíneo, disminuye el aporte de oxigenación a todos los niveles.
7.3. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene.	Se presenta en todos los pacientes ya que reciben baño de esponja en su cama, con ayuda del personal de enfermería.
7.4. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DE WC	Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del orinal o WC.	Lo presentan todos los pacientes ya que por el reposo en que se mantienen, evacuan y miccionan en su cama.
7.5. RIESGO DE CAÍDA	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	El riesgo que se observa en los pacientes de edad avanzada es alto ya que pierden habilidad para moverse. En los pacientes más jóvenes el riesgo es bajo o intermedio, dependiendo de lo inquietos que se encuentren.
7.6. RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA	Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una	Este diagnóstico existe cuando los catéteres se encuentran infiltrados, o permanecen por

	extremidad.	largo tiempo. Los introductores -- BIAC, aumentan el riesgo de disfunción ya que los catéteres se encuentran en la vena y arteria femoral, lo que disminuye la irrigación sanguínea de los miembros pélvicos (es importante mencionar que en el instituto los catéteres se revisan todos los días, una vez por turno, y cada cierto tiempo se cambian).
7.7. HIPERTERMIA	Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.	La hipertermia se observa en los pacientes que cursan por un proceso infeccioso.
7.8. HIPOTERMIA	Temperatura corporal por debajo de la normalidad.	Esta se presenta en los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación, o de medicamentos vasodilatadores, principalmente.
7.9. RIESGO DE INFECCIÓN	Aumento del riesgo de ser invadidos por microorganismos patógenos.	El riesgo de infección es alto en todos los pacientes que se les coloca algún catéter ya que se rompe la piel.
7.10. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.	Se presenta en los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación o con introductores ya que no pueden moverse.
7.11. RIESGO DE LESIÓN	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.	Existe el riesgo de lesión en los pacientes con somnolencia o que se les comienza a despertar de la sedación.
7.12. RIESGO DE TRAUMATISMO	Aumento del riesgo de lesión tisular accidental: una herida, una quemadura, una fractura.	Se presenta en todos los pacientes ya que las camas son altas, además de que tienen dificultad para moverse en la cama se incluyen los pacientes con sedación.
8.1. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante	Al ingresar al hospital los pacientes que son católicos reciben la visita del sacerdote,

	la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza a un poder superior al propio yo.	con él rezan, se confiesan, comulgan y platican sus inquietudes. Los pacientes que son de otra religión, oran o meditan.
8.2. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.	Todos los pacientes se interesan por conocer más sobre la enfermedad que padecen, ya que manifiestan que a partir de su egreso del hospital les va a cambiar la vida.
8.3. MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud.	Los pacientes llevan un buen manejo, ya que el tratamiento es controlado por el personal de enfermería. Así mismo, se les enseña sobre como llevar el tratamiento en casa.
9.1. AFLICCIÓN CRÓNICA	La persona (familiar, cuidados o individuo con una enfermedad o discapacidad crónica) presenta un patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.	La aflicción se observa en todos los pacientes a su llegada al hospital debido al dolor que sienten y a la incertidumbre sobre lo que les va a pasar por el padecimiento que tienen.
9.2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	Aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía.	Los pacientes refieren sentir que se van a morir, por lo que se observan ansiosos, tristes, con miedo y preocupación.
9.3. DOLOR AGUDO	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.	Se presenta dolor agudo en todos los pacientes por el mismo proceso patológico ya que se observan cambios físicos como diaforesis, alteración de los signos vitales. El dolor es valorado por medio de una escala (subjetivo), para saber que tan fuerte es el dolor y donde se localiza.

<p>9.4. RIESGO DE IMPOTENCIA</p>	<p>Riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.</p>	<p>Los pacientes se sienten impotentes ante la hospitalización y enfermedad, ya que no pueden realizar sus actividades cotidianas, y los pacientes que se encuentran con intubación endotraqueal y se despierta de la sedación, con un cuerpo extraño ya que se sienten ansiosos por no poder respirar por si solos.</p>
<p>9.5. TEMOR</p>	<p>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>	<p>El temor es lo primero que se presenta en los pacientes ya que se enfrentan a un padecimiento desconocido y se encuentran con la hospitalización y la realización de procedimientos invasivos.</p>
<p>10.1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p>	<p>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>	<p>Hay pacientes que no conocen nada sobre la enfermedad por lo que no siempre llevan el tratamiento de forma adecuada. o medios para obtener los medicamentos.</p>
<p>10.2. MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD</p>	<p>Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.</p>	<p>Hay muy poca educación sanitaria por lo que los pacientes no pueden prevenir las enfermedades. Si ya presentan alguna enfermedad no se toman el medicamento que se les indica, ya sea por falta de dinero o por falta de educación.</p>

ANEXO 3

Diagnósticos de enfermería de la NANDA que presentan los pacientes con IAM en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de mayor a menor frecuencia, septiembre – diciembre, 2004.

No.	DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	4.1. Riesgo de estreñimiento.	52	100 %
2	5.1. Fatiga.	52	100 %
3	5.2 Intolerancia a la actividad.	52	100 %
4	5.3. Deterioro de la movilidad en la cama.	52	100 %
5	5.4. Deterioro de la movilidad física.	52	100 %
6	5.5. Deterioro del patrón del sueño.	52	100 %
7	6.1. Déficit de actividades recreativas.	52	100 %
8	6.2. Deterioro de la adaptación.	52	100 %
9	6.3. Deterioro de la comunicación verbal.	52	100 %
10	6.4. Deterioro de la interacción social.	52	100 %
11	6.5. Interrupción de los procesos familiares.	52	100 %
12	6.6. Riesgo de soledad.	52	100 %
13	7.1. Disminución del Gasto Cardíaco.	52	100%
14	7.2. Perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva.	52	100%
15	7.3. Déficit de autocuidado: baño/higiene.	52	100 %
16	7.4. Déficit de autocuidado: uso del WC.	52	100 %
17	7.5. Riesgo de caída.	52	100 %
18	7.6. Riesgo de disfunción neurovascular.	52	100 %
19	7.8. Hipotermia.	52	100 %
20	7.9. Riesgo de infección.	52	100 %
21	7.10. Deterioro de la integridad cutánea.	52	100 %
22	7.11. Riesgo de lesión.	52	100 %
23	7.12. Riesgo de traumatismo.	52	100 %
24	9.1. Dolor agudo.	52	100 %
25	1.2. Riesgo de aspiración.	49	94 %
26	1.3. Patrón respiratorio ineficaz.	49	94 %
27	2.1. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	49	94 %
28	3.1. Déficit de autocuidado: alimentación.	49	94 %
29	3.2. Deterioro de la deglución.	49	94 %
30	8.1. Disposición para mejorar el bienestar espiritual.	42	80 %
31	8.2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	41	79 %
32	10.1. Conocimiento deficiente.	41	79 %
33	5.6. Riesgo de desuso.	38	73 %
34	1.4. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	34	65 %

35	9.2. Riesgo de impotencia.	34	65 %
36	2.2. Déficit de volumen de líquidos.	33	63 %
37	1.5. Deterioro de la respiración espontánea.	29	55 %
38	2.3. Exceso de volumen de líquidos.	29	55 %
39	6.7. Disfunción sexual.	29	55 %
40	9.3. Temor.	29	55 %
41	9.4. Aflicción crónica.	27	51 %
42	10.2. Mantenimiento inefectivo de la salud.	27	51 %
43	1.6. Respuesta disfuncional al destete del ventilador.	24	46 %
44	1.7. Deterioro del intercambio gaseoso.	24	46 %
45	3.3. Desequilibrio nutricional por defecto.	24	46 %
46	4.2. Deterioro de la eliminación urinaria.	24	46 %
47	8.3. Disposición para mejorar el conocimiento.	21	40 %
48	9.5. Ansiedad ante la muerte.	19	36 %
49	7.7. Hipertermia.	12	23 %
50	4.3. Diarrea.	7	13 %

ANEXO 4

Tabulación de diagnósticos de enfermería de la NANDA basados en los requisitos universales de D. Orem

1- AIRE

1.1. RIESGO DE ASPIRACIÓN

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.1.1. Aumento de la presión intragástrica.	31	59.6 %
1.1.2. Alimentación por sonda.	24	46 %
1.1.3. Situación que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.	49	94 %
1.1.4. Reducción del nivel de conciencia.	24	46 %
1.1.5. Presencia del tubo de traqueostomía o endotraqueal.	24	46 %
1.1.6. Administración de medicamentos.	52	100 %
1.1.7. Deterioro de la deglución.	24	46 %
1.1.9. Tubos gastrointestinales.	24	46 %
1.1.10. Depresión de los reflejos nauseoso y tusígeno.	24	46 %

1.2. RESPUESTA DISFUNCIONAL AL DESTETE DEL VENTILADOR

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
GRAVE		
1.2.1. Deterioro de la gasometría arterial respecto a los valores de referencia	16	30.7 %
1.2.2. Aumento significativo de la frecuencia respiratoria respecto a los valores de referencia.	18	34.6 %
1.2.3. Aumento de la presión arterial respecto a los valores de referencia (20 mmHg).	5	9.6 %
1.2.4. Agitación.	12	23 %
1.2.5. Aumento de la frecuencia cardiaca respecto a los valores de referencia (20 latidos / minuto).	8	15.3 %
1.2.6. Diaforesis profusa.	5	9.6 %
1.2.7. Uso intenso de los músculos accesorios de la respiración.	12	23 %
1.2.8. Disminución del nivel de conciencia.	24	46 %
1.2.9. Sonidos respiratorios adventicios, secreciones audibles en la vía aérea.	16	30.7 %

1.2.10. Cianosis.	3	5.7 %
1.2.11. Respiración superficial anhelante.	12	23 %
MODERADA		
1.2.12. Ligeramente aumento de la presión arterial respecto a la cifra de referencia (20 mmHg).	10	19.2 %
1.2.13. Ligeramente aumento de los latidos cardíacos respecto a la cifra de referencia (latidos / minuto).	16	30.7 %
1.2.14. Aumento de la frecuencia respiratoria (respiraciones / minuto).	8	15.3 %
1.2.15. Incapacidad para responder a las instrucciones.	24	46 %
1.2.16. Incapacidad para cooperar.	24	46 %
1.2.17. Aprensión.	29	55.7 %
1.2.18. Diaforesis.	7	13.4 %
1.2.19. Disminución de la entrada de aire en la auscultación.	16	30.7 %
LEVE		
1.2.20. Cambios de coloración.	37	71 %
1.2.21. Palidez, ligera cianosis.	3	5.7 %
1.2.22. Uso discreto de los músculos accesorios de la respiración.	6	11.5 %
1.2.23. Agitación.	12	23 %
1.2.24. Ligeramente aumento de la frecuencia respiratoria en comparación con la frecuencia de referencia.	5	9.6 %
1.2.25. Expresión de la sensación de necesidad creciente de oxígeno.	8	15.3 %
1.2.26. Malestar al respirar.	3	5.7 %
1.2.27. Fatiga.	9	17.3 %
1.2.28. Calor.	7	13.4 %
FACTORES RELACIONADOS		
PSICOLÓGICOS.		
1.2.29. Impotencia.	16	30.7 %
1.2.30. Ansiedad: moderada, intensa.	12	23 %
1.2.31. Déficit de conocimientos sobre el papel del enfermo en el proceso de destete.	24	46 %
1.2.32. Desesperanza.	10	19.2 %
1.2.33. Temor.	24	46 %
SITUACIONALES.		
1.2.34. Historia de dependencia ventilatoria de más de 4 días a 1 semana.	3	5.7 %
1.2.35. Historia de múltiples intentos fracasados de destete.	3	5.7 %
1.2.36. Alteración del patrón del sueño.	8	15.3 %
1.2.37. Dolor o malestar no controlado.	38	73 %

FISIOLÓGICOS.

1.2.38.Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	31	59.6 %
--	----	--------

1.3. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.3.1. Disminución del dióxido de carbono.	14	26.9 %
1.3.2. Taquicardia.	8	15.3 %
1.3.3. Agitación.	12	23 %
1.3.4. Somnolencia.	17	32.6 %
1.3.5. Irritabilidad.	6	11.5 %
1.3.6. Hipoxia.	11	21 %
1.3.7. Confusión.	21	40 %
1.3.8. Disnea.	19	36.5 %
1.3.9. Gasometría arterial anormal.	24	46 %
1.3.10. Color anormal de la piel (pálida, cenicenta).	18	34.6 %
1.3.11. Hipoxemia.	16	30.7 %
1.3.12. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales.	19	36.5 %
1.3.13. Diaforesis.	7	13.4 %
1.3.14. pH arterial anormal.	5	9.6 %

1.4. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.4.1. Disnea.	29	55.7 %
1.4.2. Ausencia o ineffectividad de la tos.	22	42.3 %
1.4.3. Producción de esputo.	13	25 %
1.4.4. Cianosis.	3	5.7 %
1.4.5. Disminución de los sonidos respiratorios.	7	13.4 %
1.4.6. Ortopnea.	16	30.7 %
1.4.7. Dificultad para vocalizar.	13	25 %
1.4.8. Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores crepitantes, roncus).	34	65.3 %
1.4.9. Cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios.	19	36.5 %
1.4.10. Agitación.	12	23 %

FACTORES RELACIONADOS.

AMBIENTALES.

1.4.11. Tabaquismo.	32	61.5 %
---------------------	----	--------

OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.

1.4.12. Espasmo de las vías aéreas	4	7.6 %
1.4.13. Vía aérea artificial.	24	46 %
1.4.14. Cuerpos extraños en las vías aéreas.	24	46 %
1.4.15. Retención de las secreciones	17	32.6 %
1.4.16. Mucosidad excesiva.	14	26.9 %
1.4.17. Secreciones bronquiales.	24	46 %

FISIOLÓGICOS.

1.4.18. Infección.	18	34.6 %
--------------------	----	--------

1.5. PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.5.1. Disnea.	29	55.7 %
1.5.2. Falta de aliento.	17	32.6 %
1.5.3. Frecuencia respiratoria minuto: adultos mayores de 14 :(11 a 24).	27	51.9 %

FACTORES RELACIONADOS

1.5.4. Hiperventilación.	15	29.8 %
1.5.5. Dolor.	38	73 %
1.5.6. Ansiedad.	29	55.7 %
1.5.7. Disminución de energía o fatiga.	9	17.3 %
1.5.8. Obesidad.	17	32.6 %
1.5.9. Deterioro de la percepción o cognición.	24	46.1 %
1.5.10. Posición corporal.	49	94 %

1.6. DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.6.1. Disnea.	29	55.7 %
1.6.2. Agitación creciente.	12	23 %
1.6.3. Aprensión.	29	55.7 %
1.6.4. Aumento de la frecuencia cardiaca.	8	15.3 %
1.6.5. Disminución de la pO ₂ .	11	21 %
1.6.6. Aumento de la pCO ₂ .	19	36.5 %
1.6.7. Disminución de la cooperación.	7	13.4 %
1.6.8. Disminución de la SaO ₂ .	34	65.3 %
1.6.9. Uso creciente de los músculos accesorios.	12	23 %

FACTORES RELACIONADOS

1.6.10. Fatiga de los músculos respiratorios.	16	30.7 %
---	----	--------

2- AGUA

2.1. DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
2.1.1. Debilidad.	18	34 %
2.1.2. Disminución de la diuresis.	17	32.6 %
2.1.3. Aumento de la concentración de la orina.	6	11.5 %
2.1.4. Sequedad de la piel y mucosas.	21	40 %
2.1.5. Aumento de la frecuencia del pulso, disminución de la presión arterial.	33	63.4 %
2.1.6. Cambio en el estado mental.	29	55.7 %
2.1.7. Aumento de la temperatura corporal.	13	25 %
FACTORES RELACIONADOS		
2.1.8. Pérdida activa de volumen de líquidos.	15	28.8 %

2.2. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
2.2.1. Aportes superiores a las pérdidas.	12	23 %
2.2.2. Edema que puede progresar a anasarca.	7	13.4 %
2.2.3. Cambios de la presión arterial. Cambios de la presión de la arteria pulmonar, aumento de la presión venosa central.	5	9.6 %
2.2.4. Cambios en el patrón respiratorio, disnea o falta de aliento, ortopnea, sonidos respiratorios anormales (estertores crepitantes, congestión pulmonar, derrame pleural).	19	36.5 %
2.2.5. Cambio en el estado mental, agitación, ansiedad.	29	55.7 %
FACTORES RELACIONADOS		
2.2.6. Exceso de aporte de líquidos.	6	11.5 %

2.3. RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
2.3.1. Factores que influyen en la necesidad de líquidos.	7	13.4 %
2.3.2. Situaciones que afectan al acceso, ingesta o absorción de líquidos (inmovilidad física).	49	94.2 %
2.3.3. Extremos de edad.	24	46 %

2.3.4. Medicamentos (diuréticos).	32	61.5 %
2.3.5. Pérdida excesiva a través de vías normales (diarrea).	7	13.4 %

3- ALIMENTACIÓN

3.1. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
3.1.1. Incapacidad para: Deglutir los alimentos.	24	46 %
3.1.2. Manejar los utensilios.	49	94 %
3.1.3. Masticar la comida.	24	55.7 %
3.1.4. Coger los alimentos con los utensilios.	49	94 %
3.1.5. Mover los alimentos en la boca.	24	46 %
3.1.6. Llevar los alimentos del receptáculo a la boca.	49	94 %
3.1.7. Coger la taza o el vaso	49	94 %
FACTORES RELACIONADOS		
3.1.8. Debilidad o cansancio.	34	65.3 %
3.1.9. Ansiedad grave.	8	15.3 %
3.1.10. Dolor.	38	73 %
3.1.11. Deterioro perceptual o cognitivo.	24	46 %
3.1.12. Malestar.	13	25 %
3.1.13. Disminución o falta de motivación.	6	11.5 %

3.2. DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJES
DETERIORO DE LA FASE FARÍNGEA.		
3.2.1. Alteración de la posición de la cabeza.	49	94 %
3.2.2. Elevación faríngea inadecuada.	49	94 %
3.2.3. Fiebre inexplicable.	1	1.9 %
3.2.4. Rechazo de la deglución.	6	11.5 %
3.2.5. Infecciones pulmonares recurrentes.	11	21 %
3.2.6. Atragantamiento, tos o náusea.	13	25 %
3.2.7. Degluciones múltiples.	4	7.6 %
DETERIORO DE LA FASE ESOFÁGICA.		
3.2.8. Ardor de estómago o dolor epigástrico.	4	7.6 %
3.2.9. Observación de evidencias de dificultad en la deglución.	9	17.3 %
3.2.10. Hiperextensión de la cabeza, arqueamiento	3	5.7 %

durante o después de las comidas.		
3.2.11. Rechazo de los alimentos o limitación del volumen.	6	11.5 %
3.2.12. Vómitos.	4	7.6 %
DETERIORO DE LA FASE ORAL.		
3.2.13. Falta de la acción de la lengua para formar el bolo.	24	46 %
3.2.14. Cierre incompleto de los labios.	24	46 %
3.2.15. Tos, atragantamiento, náuseas antes de la deglución.	13	25 %
3.2.16. Deglución por etapas.	9	17.3 %
3.2.17. Falta de masticación.	24	46 %
FACTORES RELACIONADOS		
DÉFICIT CONGÉNITOS.		
3.2.18. Trastornos respiratorios.	19	36.5 %
3.2.19. Antecedentes de alimentación por sonda.	29	46 %
3.2.20. Deterioro neuromuscular: disminución o ausencia del reflejo nauseoso, disminución de la fuerza o de la excursión de los músculos implicados en la masticación, deterioro perceptual, parálisis parcial.	9	17.3 %
3.2.21. Obstrucción mecánica: edema, tubo de traqueostomía, tumor.	24	46 %

3.3- DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
3.3.1. Peso corporal inferior en un 20 % o más al peso ideal.	3	5.7 %
3.3.2. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.	6	11.5 %
3.3.3. Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.	9	17.3 %
3.3.4. Informes de alteración del sentido del gusto.	3	5.7 %
3.3.5. Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.	24	46 %
3.3.6. Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.	12	23 %
3.3.7. Falta de interés en los alimentos.	6	11.5 %
3.3.8. Diarrea o esteatorrea.	7	13.4 %
3.3.9. Ruidos abdominales hiperactivos.	17	32.6 %
FACTORES RELACIONADOS		
3.3.10. Incapacidad para digerir o absorber los	12	23 %

nutrientes debido a los factores biológicos, psicológicos o económicos.

4.- ELIMINACIÓN.

4.1. DIARREA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
4.1.1. Sonidos intestinales hiperactivos.	7	13.4 %
4.1.2. Eliminación por lo menos de tres deposiciones líquidas por día.	7	13.4 %
FACTORES RELACIONADOS		
FACTORES PSICOLÓGICOS		
4.1.3. Alto grado de estrés y ansiedad.	3	5.7 %
SIUACIONALES		
4.1.4. Abuso de laxantes.	4	7.6 %
4.1.5. Alimentación por sonda	7	13.4 %
4.1.6.Efectos adversos a los medicamentos.	4	7.6 %
FISIOLÓGICOS		
4.1.7. Inflamación.	2	3.8 %
4.1.18. Infecciones.	3	5.7 %

4.2. DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
4.2.1. Incontinencia.	2	3.8 %
4.2.2. Dificultad para iniciar el chorro de orina.	3	5.7 %
4.2.3. Retención.	7	13.4 %
FACTORES RELACIONADOS		
4.2.4. Deterioro sensitivo y motor.	24	46 %
4.2.5. Infección del tracto urinario.	6	11.5 %

4.3. RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FUNCIONALES		
4.3.1. Cambios ambientales recientes.	52	100 %
4.3.2. Actividad física insuficiente.	52	100 %
4.3.3. Hábitos de defecación irregulares.	52	100 %
4.3.4. Problemas durante la defecación (falta de	28	53.8 %

5.1.13. Deprivación de sueño.	19	36.5 %
5.1.14. Malestar físico.	31	59.6 %
5.1.15. Estado de enfermedad.	52	100 %

5.2. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.2.1. Informes verbales de fatiga o debilidad.	34	65.3 %
5.2.2. Frecuencia cardíaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.	12	23 %
5.2.3. Malestar o disnea de esfuerzo.	6	11.5 %
FACTORES RELACIONADOS		
5.2.4. Reposo en cama o inmovilidad.	52	100 %
5.2.5. Debilidad generalizada.	52	100 %

5.3 DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.3.1. Deterioro de la habilidad para: Pasar de decúbito lateral derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa.	24	46 %
5.3.2. Pasar de la posición supina a sentada con las piernas colgando o viceversa.	16	30.7 %
5.3.3. Deslizarse o cambiar de posición en la cama.	24	46 %
5.3.4. Pasar de la posición supina o prona o viceversa.	16	30.7 %
5.3.5. Incorporarse en la cama desde la posición de decúbito supino y viceversa.	52	100 %

5.4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.4.1. Limitación de la habilidad para las habilidades motoras gruesas.	24	46 %
5.4.2. Limitación para las habilidades motoras finas.	14	26.9 %
5.4.3. Limitación de la amplitud de movimientos.	52	100 %

tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad).

PSICOLÓGICOS	52	100 %
4.3.5. Estrés emocional.	52	100 %
FISIOLÓGICOS		
4.3.6. Malos hábitos alimenticios.	37	71 %
4.3.7. Aporte insuficiente de fibras.	21	40 %
4.3.8. Aporte insuficiente de líquidos.	6	11.5 %
4.3.9. Cambio en el tipo de alimentos ingeridos o en el patrón de alimentación.	52	100 %
FARMACOLÓGICOS		
4.3.10. Sobredosis de laxantes.	4	7.6 %
4.3.11. Diuréticos.	32	61 %
4.3.12. Sedantes.	24	46 %

5.- ACTIVIDAD Y REPOSO.

5.1. FATIGA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.1.1. Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.	16	30.7 %
5.1.2. Aumento de los requerimientos de descanso.	52	100 %
5.1.3. Cansancio.	52	100 %
5.1.4. Incapacidad para mantener las actividades habituales.	52	100 %
5.1.5. Aumento de las quejas físicas.	9	17.3 %
5.1.6. Somnolencia.	24	46 %
5.1.7. Sentimiento de culpa por no asumir las responsabilidades de la manera deseada.	32	61 %
FACTORES RELACIONADOS		
PSICOLÓGICOS		
5.1.8. Estrés.	52	100 %
5.1.9. Ansiedad.	29	55.7 %
AMBIENTALES		
5.1.10. Luces.	28	53.8 %
5.1.11. Ruido.	52	100 %
SITUACIONALES		
5.1.12. Acontecimientos vitales negativos.	52	100 %
FISIOLÓGICOS		

5.4.4. Dificultad para girarse en la cama.	24	46 %
5.4.5. Falta de aliento inducida por el movimiento.	6	11.5 %
FACTORES RELACIONADOS		
5.4.6. Medicamentos.	52	100 %
5.4.7. Prescripción de restricción de movimientos.	49	94 %
5.4.8. Malestar o dolor.	38	73 %
5.4.9. Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia.	14	26.9 %
5.4.10. Estado de humor depresivo o ansioso.	29	55.7 %

5.5. RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.5.1 Dolor grave.	38	73 %
5.5.2. Alteración del nivel de conciencia.	24	46 %

5.6. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
5.6.1. Desvelo prolongado.	6	11.5 %
5.6.2. Insomnio mantenido.	2	3.8 %
5.6.3. Tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño.	7	13.4 %
5.6.4. Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.	7	13.4 %
5.6.5. Quejas verbales de no sentirse bien descansado.	12	23 %
5.6.6. Despertarse 3 o más veces por la noche.	12	23 %
FACTORES RELACIONADOS		
PSICOLÓGICOS		
5.6.7. Patrón de actividad diurna.	12	23 %
5.6.8. Pensar en el hogar.	7	13.4 %
5.6.9. Exposición a la luz diurna u oscuridad.	7	13.4 %
5.6.10. Preocupación por intentar dormir.	7	13.4 %
5.6.11. Temor.	12	23 %
5.6.12. Separación de las personas significativas.	12	23 %
5.6.13. Ansiedad.	8	15.3 %

5.6.14. Fatiga.	8	15.3 %
5.6.15. Aburrimiento.	52	100 %
5.6.16. Depresión.	31	59.6 %
5.6.17. Soledad.	52	100 %
5.6.18. Medicamentos.	52	100 %
AMBIENTALES		
5.6.19. Ruido.	52	100 %
5.6.20. Iluminación.	28	53.8 %
5.6.21. Falta de intimidad o control para el sueño.	52	100 %
5.6.22. Desvelo generado por otros.	7	13.4 %
5.6.23. Interrupciones para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas de laboratorio.	52	100 %
FISIOLÓGICOS		
5.6.24. Posición.	49	94 %
5.6.25. Urgencia urinaria, incontinencia.	2	3.8 %
5.6.26. Fiebre.	12	23 %
5.6.27. Náuseas.	6	11.5 %

6.- SOLEDAD E INTERACCIÓN.

6.1. DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.1.1. Los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital.	52	100 %
6.1.2. Afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.	52	100 %

FACTORES RELACIONADOS

6.1.3. Entorno desprovisto de actividades recreativas, como en la hospitalización prolongada, tratamientos frecuente y largos.	52	100 %
--	----	-------

6.2. DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.2.1. Negación del cambio en el estado de salud.	52	100 %
6.2.2. Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.	41	78.8 %

FACTORES RELACIONADOS

6.2.3. Falta de optimismo.	30	57.6 %
6.2.4. Estado emocional intenso.	17	32.6 %
6.2.5. Actitudes negativas hacia la conducta de salud.	52	100 %
6.2.6. Múltiples agentes estresantes.	49	94 %
6.2.7. Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida.	52	100 %

6.3. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.3.1. Desorientación en las tres esferas: el tiempo, el espacio y la persona.	2	3.8 %
6.3.2. No hablar o no poder hablar.	24	46 %
6.3.3. Hablar o verbalizar con dificultad.	17	32.6 %
6.3.4. Disnea.	19	36.5 %
FACTORES RELACIONADOS		
6.3.5. Barreras físicas: traqueostomía, intubación.	24	46 %
6.3.6. Efectos secundarios de la medicación.	13	25 %
6.3.7. Estrés.	52	100 %
6.3.8. Condiciones emocionales.	52	100 %

6.4. DISFUNCIÓN SEXUAL

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.4.1. Alteración en la relación con la pareja.	29	55.7 %
6.4.2. Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia.	29	55.7 %
FACTORES RELACIONADOS		
6.4.3. Falta de intimidad.	29	55.7 %
6.4.4. Alteración de la estructura o función corporales: fármacos, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismos.	29	55.7 %

6.5. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.5.1. Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.	52	100 %

FACTORES RELACIONADOS

6.5.2. Aislamiento Terapéutico.	52	100 %
6.5.3. Limitación de la movilidad física.	49	94 %
6.5.4. Barreras de comunicación.	24	46 %
6.5.5. Ausencia de compañeros o personas significativos.	52	100 %

6.6. INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.6.1. Cambio en: La disponibilidad para las respuestas afectivas y la intimidad.	24	46 %
6.6.2. La participación en la solución de problemas.	28	53.8%
6.6.3. La participación en la toma de decisiones.	24	46 %
6.6.4. Los patrones de comunicación.	24	46 %
6.6.5. La disponibilidad para el apoyo emocional.	52	100 %

FACTORES RELACIONADOS

6.6.6. Cambio de los roles familiares.	52	100 %
6.6.7. Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.	52	100 %
6.6.8. Situaciones de transición o crisis	52	100 %
6.6.9. Modificación de las finanzas familiares.	42	80.7 %

6.7. RIESGO DE SOLEDAD

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
6.7.1. Deprivación afectiva.	52	100 %
6.7.2. Aislamiento física.	52	100 %
6.7.3. Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.	52	100 %
6.7.4. Aislamiento social.	52	100 %

7- PREVENCIÓN DE PELIGROS**7.1. DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO**

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA O RITMO CARDIACOS		

7.1.1. Arritmias (taquicardia, bradicardia).	8	15.3 %
7.1.2. Cambios en el ECG.	52	100 %
ALTERACIÓN DE LA PRECARGA		
7.1.3. Fatiga.	9	15.4 %
7.1.4. Edema.	7	13.4 %
7.1.5. Aumento o disminución de la presión venosa central.	5	9.6 %
7.1.6. Aumento o disminución de la presión de enclavamiento en la arteria pulmonar.	52	100 %
7.1.7. Aumento de peso.	7	13.4 %
ALTERACIÓN DE LA POSCARGA		
7.1.8. Falta de aliento, disnea.	29	55.7 %
7.1.9. Oliguria.	17	32.6 %
7.1.10. Prolongación del tiempo del llenado capilar.	52	100 %
7.1.11. Disminución de los pulsos periféricos.	52	100 %
7.1.12. Variaciones en la lectura de la presión arterial.	52	100 %
7.1.13. Aumento de la resistencia vascular sistémica.	52	100 %
7.1.14. Aumento o disminución de la resistencia vascular pulmonar.	52	100 %
7.1.15. Cambios de coloración en la piel	37	71 %
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD		
7.1.16. Crepitantes.	19	56.5 %
7.1.17. Tos.	19	56.5 %
7.1.18. Ortopnea, disnea paroxística nocturna.	19	56.5 %
7.1.19. Gasto cardíaco < 4 l/min.	52	100 %
7.1.20. Índice cardíaco < 2.5 l/min.	52	100 %
CONDUCTUALES/EMOCIONALES		
7.1.21. Ansiedad.	29	55.7 %
7.1.22. Agitación:	12	23 %
FACTORES RELACIONADOS		
7.1.23. Alteración de la frecuencia o ritmo cardíacos.	8	15.3 %
ALTERACIÓN DEL VOLUMEN DE EYECCIÓN.		
7.1.24. Alteración de la precarga, poscarga y contractilidad.	52	100 %

7.2. PERFUSIÓN TISULAR CARDIOPULMONAR INEFECTIVA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
------------------------------	-----------------	------------

7.2.1. Alteración de la frecuencia respiratoria por encima o por debajo de los parámetros aceptables.	18	34.6 %
7.2.2. Uso de los músculos accesorios.	12	23 %
7.2.3. Gasometría arterial anormal.	24	46 %
7.2.4. Dolor torácico.	52	100 %
7.2.5. Sensación de muerte inminente.	52	100 %
7.2.6. Broncospasmo.	34	65.3 %
7.2.7. Disnea.	29	55.7 %
7.2.8. Arritmias.	8	15.3 %

FACTORES RELACIONADOS

7.2.9. Hipovolemia.	33	63 %
7.2.10. Hipervolemia.	29	55 %
7.2.11. Interrupción del flujo arterial.	52	100 %
7.2.12. Problemas del intercambio.	24	46 %
7.2.13. Interrupción del flujo venoso.	52	100 %
7.2.14. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial.	52	100 %

7.3. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.3.1. Incapacidad para: lavar total o parcialmente el cuerpo.	49	94 %
7.3.2. Obtener agua o llegar hasta una fuente.	52	100 %
7.3.3. Regular la temperatura o flujo del agua del baño.	52	100 %
7.3.4. Obtener los artículos de baño.	52	100 %
7.3.5. Secarse el cuerpo	49	94 %
7.3.6. Entrar y salir del baño.	52	100 %

FACTORES RELACIONADOS

7.3.7. Debilidad y cansancio.	34	65.3 %
7.3.8. Ansiedad grave.	23	44.2 %
7.3.9. Dificultad para percibir una parte corporal o la relajación especial.	24	46 %
7.3.10. Dolor.	38	73 %

7.4. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DE WC

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.4.1. Incapacidad para: Llegar hasta el WC o el orinal.	52	100 %

7.4.2.Sentarse o levantarse del WC o del orinal.	52	100 %
7.4.3.Manipular la ropa para la evacuación.	49	94 %
7.4.4.Realizar la higiene adecuada tras la evacuación.	52	100 %
7.4.5.Limpiar el WC o el orinal después de su uso.	52	100 %

FACTORES RELACIONES

7.4.6. Debilidad o cansancio	34	65.3 %
7.4.7. Ansiedad.	23	44.2 %
7.4.8. Deterioro de la movilidad.	49	94 %
7.4.9. Deterioro de la capacidad para el traslado.	52	100 %
7.4.10. Dolor.	38	73 %

7.5. RIESGO DE CAÍDA

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.5.1. Edad igual o superior a los 65 años.	19	36.5 %
FISIOLÓGICOS		
7.5.2. Enfermedad aguda.	52	100 %
7.5.3. Insomnio.	26	50 %
7.5.4.Enfermedad vascular.	13	25 %
7.5.5. Neoplasmas: fatiga, limitación de la movilidad.	49	94 %
7.5.6. Urgencia o incontinencia urinaria.	2	3.8 %
7.5.7. Diarrea.	7	13.4 %
7.5.8. Disminución de la fuerza de las extremidades inferiores.	17	32.6 %
7.5.9. Deterioro de la movilidad física.	49	94 %
MEDICAMENTOS		
7.5.10.Agentes antihipertensivos.	14	26.9 %
7.5.11. Diuréticos.	32	61.5 %

7.6. RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.6.1.Compresión mecánica: torniquete, escayola, muleta, abrazadera, apósito o sujeciones.	49	94 %
7.6.2. Inmovilizaciones.	49	94 %
7.6.3. Obstrucción vascular.	52	100 %

7.7. HIPERTERMIA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.7.1. Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.	12	23 %
7.7.2. Piel enrojecida.	9	17.3 %
7.7.3. Calor al tacto.	12	23 %
7.7.4. Aumento de la frecuencia respiratoria.	8	15.3 %
7.7.5. Taquicardia.	8	15.3 %
FACTORES RELACIONADOS		
7.7.6. Enfermedad o traumatismo.	12	23 %
7.7.7. Medicamentos o anestesia.	12	23 %

7.8. HIPOTERMIA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.8.1. Reducción de la temperatura corporal por debajo del límite normal.	9	17.3 %
7.8.2. Palidez.	3	5.7 %
7.8.3. Cianosis de los lechos ungueales.	3	5.7 %
7.8.4. Taquicardia.	8	15.3 %
7.8.5. Hipertensión.	5	9.6 %
FACTORES RELACIONADOS		
7.8.6. Desnutrición.	3	5.7 %
7.8.7. Enfermedad o traumatismo.	52	100 %
7.8.8. Medicamentos vasodilatadores.	24	46 %
7.8.9. Envejecimiento.	24	46 %
7.8.10. Inactividad.	52	100 %

7.9. RIESGO DE INFECCIÓN

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.9.1. Procedimientos invasivos.	52	100 %
7.9.2. Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.	6	11.5 %
7.9.3. Traumatismos.	52	100 %
7.9.4. Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.	52	100 %
7.9.5. Desnutrición.	3	5.7 %
7.9.6. Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.	52	100 %

7.9.7. Inmunidad adquirida inadecuada.	7	13.4 %
7.9.8. Alteración de las defensas primarias: rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo.	52	100 %
7.9.9. Enfermedades crónicas.	19	36.5 %

7.10. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
7.10.1. Invasión de las estructuras corporales.	52	100 %
7.10.2. Alteración de la superficie de la piel, epidermis.	18	34.6 %
FACTORES RELACIONADOS		
EXTERNOS		
7.10.3. Humedad.	17	32.6 %
7.10.4. Inmovilización física.	49	94 %
7.10.5. Hipertermia o hipotermia.	17	32.6 %
7.10.6. Extremos de edad.	24	46 %
7.10.7. Medicamentos.	52	100 %

7.11. RIESGO DE LESIÓN

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INTERNOS		
7.11.1. Desnutrición.	4	7.6 %
7.11.2. Psicológicos: desorientación afectiva.	11	21.1 %
7.11.3. Físicos: solución de continuidad de la piel, alteración de la movilidad.	49	94 %

7.12. RIESGO DE TRAUMATISMO

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
EXTERNOS		
7.12.1. Deslizarse sobre ropa de cama muy basta o luchar con sujeciones físicas en la cama.	24	46 %
INTERNOS		
7.12.2. Problemas de equilibrio.	31	59.6 %
7.12.3. Debilidad.	43	82.6 %
7.12.4. Disminución de la coordinación de los	24	46 %

músculos grandes o pequeños.

8- DESARROLO Y FUNCIONAMIENTO HUMANO

8.1. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CONEXIÓN CON EL YO.		
8.1.1. Deseo de reforzar: La esperanza. La paz y la serenidad. El amor. El perdón de sí mismo.	42	80.7 %
8.1.2. Meditación.	26	50 %
CONEXIÓN CON OTROS.		
8.1.3. Solicita interacciones con los líderes espirituales.	32	61.5 %
8.1.4. Solicita el perdón de los demás.	16	30.7 %
8.1.5. Demanda interacciones con los amigos y familiares.	34	65.3 %
CONEXIÓN CON UN PODER SUPERIOR AL PROPIO YO.		
8.1.6. Reza.	32	61.5 %
8.1.7. Participa en actividades religiosas.	32	61.5 %

8.2. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
8.2.1. Manifiesta interés en el aprendizaje.	21	40.3 %
8.2.2. Explica su conocimiento sobre el tema.	6	11.5 %
8.2.3. Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados.	2	3.8 %
8.2.4. Describe experiencias previas relacionadas con el tema.	6	11.5 %

8.3. MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
8.3.1. Expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.	41	78.8 %

8.3.2. Expresión verbal del intento de reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	41	78.8 %
--	----	--------

9.- DESVIACIÓN DE LA SALUD (EMOCIONAL)

9.1. AFLICCIÓN CRÓNICA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS.	PORCENTAJE
9.1.1. Expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza.	27	51.9 %
FACTORES RELACIONADOS		
9.1.2. La persona experimenta uno o más acontecimientos desencadenantes: crisis en el manejo de la enfermedad.	27	51.9 %

9.2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
9.2.1. Tristeza profunda.	8	15.3 %
9.2.2. Miedo al proceso de morir.	12	23 %
9.2.3. Imagen negativa de la muerte o pensamiento desagradable sobre cualquier acontecimiento relacionado con la muerte o la agonía.	12	23 %
9.2.4. Preocupación por causar duelo y sufrimiento a otros.	19	36.5 %
9.2.5. Miedo a dejar sola a la familia tras la muerte.	12	23 %

9.3. DOLOR AGUDO

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
9.3.1. Informe verbal o codificado.	52	100 %
9.3.2. Observación de evidencias.	52	100 %
9.3.3. Posición antiálgica para evitar el dolor.	52	100 %
9.3.4. Respuestas autónomas: diaforesis.	29	55.7 %

cambios de la presión arterial, respiración y pulso; dilatación pupilar.

9.3.5. Conducta expresiva: agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros. 29 55.7 %

FACTORES RELACIONADOS

9.3.6. Agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos, psicológicos. 29 55.7 %

9.4. RIESGO DE IMPOTENCIA

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
--------------------	-----------------	------------

FISIOLÓGICOS

9.4.1. Enfermedad aguda o crónica: hospitalización, intubación, ventilador, aspiración. 34 65.3 %

9.4.2. Envejecimiento: disminución de la fuerza física, reducción de la movilidad. 24 45.6 %

PSICOSOCIALES

9.4.3. Falta de conocimientos sobre la enfermedad o el sistema de cuidados de la salud. 24 42.3 %

9.5. TEMOR

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
------------------------------	-----------------	------------

9.5.1. Informes de:
Aprensión.
Aumento de la tensión.
Reducción de la seguridad.
Inquietud.
Terror.
Pánico. 29 55.7 %

COGNITIVAS

9.5.2. Identifica el objeto del miedo. 13 25 %

CONDUCTUALES

9.5.3. Fatiga. 9 17.3 %

9.5.4. Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento. 18 34.6 %

9.5.5. Palidez. 9 17.3 %

9.5.6. Aumento de la transpiración. 13 25 %

FACTORES RELACIONADOS

9.5.7. Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante: 29 55.7 %

hospitalización, procedimientos hospitalarios.

10. DESVIACIÓN DE LA SALUD (CONOCIMIENTO)

10.1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTE

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
10.1.1. Verbalización del problema.	19	36.5 %
10.1.2. Seguimiento inexacto de las instrucciones.	33	63.4 %
FACTORES RELACIONADOS		
10.1.3. Mala interpretación de la información.	6	11.5 %
10.1.4. Limitación cognitiva.	41	78.8 %

10.2. MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
10.2.1. Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.	13	25 %
10.2.2. Información u observación de falta de equipo, dinero y otros recursos.	27	51.9 %
FACTORES RELACIONADOS		
10.2.3. Duelo ineficaz.	12	23 %