



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.**



SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A:

**PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, EN
EL HOSPITAL GENERAL ISSSTE TOLUCA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS ADULTOS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARÍA DE LOURDES ESPARZA BAUTISTA

No. DE CUENTA: 404116824

DIRECTOR ACADEMICO.

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	1
OBJETIVOS.	2
JUSTIFICACIÓN.	3
METODOLOGÍA.	4
1. MARCO TEÓRICO.	6
1.1. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO.....	13
1.1.1. VALORACIÓN.....	13
1.1.2. DIAGNÓSTICO.....	26
1.1.3. PLANEACIÓN.....	36
1.1.4. EJECUCIÓN.	42
1.1.5. EVALUACIÓN.....	45
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO.....	47
1.3. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON....	48
1.4. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL CORAZÓN.	53
1.5. FISIOPATOLOGÍA DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. .	58
2. VALORACIÓN	69
2.1. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.	69
3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	81
4. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.....	83
5. PLAN DE ALTA.....	99
CONCLUSIONES.	101

ANEXOS.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	115

INTRODUCCION

A principios de siglo XX, la enfermería no se consideraba ni una disciplina académica ni una profesión, sin embargo durante el último siglo se ha conseguido que la enfermería gane reconocimiento en ambas áreas.

La enfermería remontando los orígenes esta evolucionado de manera tal que hoy en día tiene una fuerte inserción en los servicios de salud actuales, las (los) profesionales de enfermería egresados de las aulas universitarias cuentan con la preparación necesaria para cubrir las necesidades de los usuarios, los cuales demandan atención de calidad, así el personal de enfermería promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos, asume funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención a la salud.

La práctica asistencial de enfermería tiene su fundamento en la aplicación del método científico conocido como Proceso Atención Enfermería, que permite prestar cuidados de enfermería en forma racional, lógica y sistemática, en el Proceso Atención Enfermería se lleva a cabo una interacción y/ o colaboración entre enfermera – usuario y equipo de salud, de esta forma se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería como profesional del equipo de salud.

La cardiopatía coronaria en el país es la patología cardiovascular dominante, las estadísticas generales informan que las Enfermedades del corazón figuran en el primer lugar, como causa de muerte, desde hace más de 20 años.

En México, las enfermedades del corazón constituyen la segunda causa de muerte, se presentan 53,185 muertes por enfermedad isquémica del corazón, siendo 23, 508 mujeres y 29,677 hombres.¹

El papel de la profesional en enfermería en este padecimiento es de vital importancia ya que la atención temprana y apropiada sobre las condiciones agudas o el estado crítico de la persona contribuye a la reducción de la mortalidad de infarto agudo al miocardio.

La aplicación de este proceso atención enfermería se realizo en una paciente con diagnostico de infarto agudo de miocardio.

Dentro de sus apartados se encuentra los objetivos, la justificación, metodología, marco teórico que describe el proceso atención enfermería y las etapas que lo integran, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, anatomía y fisiología del corazón, historia clínica, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, conclusiones, anexos y bibliografía.

¹ Base de Datos de Defunciones de INEGI / Secretaria de Salud, Dirección General de Información en Salud.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Aplicar el proceso atención de enfermería basada en el modelo conceptual de Virginia Henderson en una paciente con Infarto Agudo de Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General ISSSTE Toluca en Diciembre del 2007

Objetivos Específicos.

- Integrar conocimientos de anatomía y fisiología del corazón.
- Integrar conocimientos fisiopatológicos sobre Infarto Agudo al Miocardio.
- Proporcionar atención de enfermería con humanismo y calidad.
- Proporcionar cuidado integral de enfermería al paciente con Infarto Agudo al Miocardio.
- Adquirir conocimientos sobre proceso atención enfermería para incrementar habilidades en diagnóstico de enfermería, detección de necesidades y establecer prioridades.

JUSTIFICACION

El personal de enfermería como parte del equipo profesional de salud, tiene una importancia relevante ante un paciente con I.A.M, ya que debe de contar con los conocimientos y preparación suficiente para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones; la intervención de enfermería se presta al paciente y a sus familiares mediante elementos interactivos del proceso de enfermería.

La realización de un proceso atención enfermería, pretende para la disciplina de enfermería ser una herramienta donde se integre el proceso enseñanza aprendizaje; La aplicación del método científico y prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

En la elaboración del presente proceso atención enfermero se siguió el modelo de Virginia Henderson por su gran trascendencia ya que brinda un enfoque holístico en el cuidado del individuo.

Este Proceso Atención Enfermería es aplicado a una paciente en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital General ISSSTE Toluca con diagnóstico de IAM. en el cual fue necesario llevar a cabo toda una metodología mediante el proceso atención enfermería y ahondar en los conocimientos sobre este, además del modelo de la teórica Virginia Henderson para brindar el cuidado enfermero de forma holística , humanitaria y también como una opción para la obtención del título de la Licenciatura en Enfermería.

METODOLOGIA.

Para la realización de este Proceso Atención Enfermería se llevo a cabo una investigación bibliográfica de diferentes autores sobre Proceso Atención Enfermería y modelos teóricos de enfermería, seleccionando el modelo teórico de Virginia Henderson ya que este modelo permite ver al individuo desde un punto de vista general

Partiendo de esta información se aplica el Proceso de Cuidado de Enfermería siguiendo las cinco etapas de que consta y son:

VALORACION: Proceso sistemático, organizado de búsqueda de información, realizada a partir de diversas fuentes (interrogación, entrevista con paciente y/o familiares, exploración física,); es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

DIAGNOSTICO: Juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad de problemas de salud y procesos vitales, proporcionan una base para la selección de las intervenciones de enfermería con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad del personal de enfermería

Se tomará el modelo de Virginia Henderson para la detección de necesidades y la clasificación autorizada de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) para sustentar los diagnósticos de enfermería a partir también del formato PES (problema, Etiología, Signos, Síntomas)

PLANEACIÓN: Inicia con el diagnostico de enfermería que se efectúa recabando y evaluando datos, se identifican las necesidades del usuario en orden prioritario y desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

EJECUCIÓN: En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, se enfoca en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

EVALUACION: Juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos, medir el grado de éxito del plan de atención de enfermería prescrito y los actos de enfermería subsiguientes.

VALORACIÓN CON LAS 14 NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON, SON:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.

- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9.- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10.- Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- 12.- Ocuparse en algo, de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13.- Participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles.

Se acudió a asesorías y revisiones periódicas personalizadas, así como vía Internet con el profesor Armando Ortega Gutiérrez (asesor académico) sobre Proceso Atención Enfermería, que se llevo a cabo teniendo como paciente a la Señora G.H.R. con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio Inferior, post. Trombolisis en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital General I.S.S.S.T.E. Toluca, turno matutino. Diciembre de 2007

Fue preciso ahondar en conocimientos sobre infarto agudo de miocardio y anatomía y fisiología del aparato cardiovascular, para lo cual se llevo a cabo investigación bibliográfica.

1. MARCO TEORICO

Antecedentes Históricos

Florence Nightingale (1820-1910) ,considerada la madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, expresaba su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería era distinto del de medicina, implementó la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de las personas y su entorno, lo que suponía una base de conocimientos distinta a la que utilizaban los médicos en su practica, y no fue sino hasta aproximadamente en 1950 cuando la enfermería fue confirmada como ciencia, anteriormente a esto la enfermería se basaba en principios y tradiciones que sobrevivían mediante la educación del aprendizaje y el juicio del sentido común que llegaba con los años de experiencia.

Antes de usar el proceso de cuidado de enfermería, los profesionales fueron formados con el método de resolución de problemas, se trataba de un proceso general que guió y sirvió a las enfermeras clínicas por muchos años. A mediados del siglo XX las enfermeras se dieron cuenta de la necesidad de contar con un marco metodológico de referencia que le diera dirección específica, y además permitiera definir y aclarar su campo dentro de las ciencias de la salud, a este marco de referencia se le llamó Proceso Cuidado Enfermería²

Se hace una breve descripción para el conocimiento de su desarrollo histórico.

Lydia Hall. (1955). Define a la enfermería como un proceso.

D. Jhonson (1959), I.J.Orlando (1961), E. Windenbach (1963). Primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería; consideran un proceso de tres etapas: Valoración, planeación y ejecución.

Lois Knowles (1966). Presento un modelo que contenía las actividades que constituyen los profesionales de enfermería que son: Descubrir, investigar, decidir, actuar, discriminar.

Yura, Walch, Little y Carnevali. (1967) Propusieron el proceso en cuatro etapas: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.

American Nurses Association (ANA) (1973) Referenció las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Doris Bloch (1974), Sor. C. Roy (1975). Consideraron que la segunda fase del proceso era el diagnostico de enfermería. De esta manera el proceso de enfermería sería de cinco etapas.

The National Council of State Boards of Nursing (1982).Definió y escribió las cinco etapas del proceso de enfermería en términos propios de enfermería: Valoración, diagnóstico, planificación y evaluación como el método universal de la práctica de la enfermería.

² Rosa Maria Guadalupe Andrade Cepeda, Maria del Rosario Chávez Alonso (2004). Manual del Proceso del Cuidado en Enfermería, U.A.S.L.P. Méx. Pág., 9

El diagnóstico de enfermería tiene una historia relativamente reciente, comenzó en el momento en que las primeras enfermeras intentaron dar un nombre a los problemas objeto de sus cuidados. Gordon considera al “Diagnóstico de Enfermería como la vía para desarrollar un lenguaje propio de la profesión, que se pueda incorporar como una clasificación internacional y de esta manera evidenciar las actividades propias de enfermería en los sistemas de salud para que se valore la importancia de los cuidados que proporciona y puedan ser reconocidos y recompensados”.Derbez (1999)

El diagnóstico de enfermería es la etapa del proceso que más se ha desarrollado para hacerlo más consistente, del cual se sintetizan algunos hechos sobresalientes.

Vera Fry (1953). Primera en sugerir la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero.

Lesnick y Anderson (1955). Señalaron que el área de la que enfermería es responsable o susceptible a ser llamada diagnóstico de enfermería.

Myra Levine (1965). Propone el termino “Tropicognosis” queriendo significar conocimientos de la relación para englobar tanto la observación como la formulación de decisiones cognoscitivas.

Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin (1973) Primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería; se estableció el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros.

Segunda Conferencia de clasificación de los diagnósticos de enfermería (1975). Se hicieron progresos en los diagnósticos identificados en la primera conferencia, se aceptaron 37 más y se sugirieron 19 para desarrollar, fueron ordenados o enumerados alfabéticamente, se establecieron los diagnósticos según **patrones funcionales de Gordon**.

Tercera Conferencia (1978). Participación de 14 teóricas de enfermería presididas por Sor. Callista Roy para que colaboraran en el desarrollo y estructura taxonómica de un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería, útil y manejable.

Cuarta Conferencia (1980). A las teóricas se unieron 3 especialistas clínicas para integrar el punto de vista de la práctica con el de la teoría en el marco conceptual.

Quinta conferencia (1982). Se convirtió en la Asociación Norteamericana del Diagnostico Enfermero, en esta conferencia sor Callista Roy propuso como resultado de una investigación los **nueve patrones del hombre unitario** (inicialmente se le llamo patrones de interacción) como marca conceptual del sistema de clasificación.

Sexta y Séptima Conferencia (1984) (1986). En 1986 se sustituyo la denominación de patrones del hombre unitario por la más comprensible de **patrones de respuesta humana**.

Enfermeras asistenciales manifestaron seguir usando los patrones funcionales de Gordón en lugar de los de respuesta humana, por adaptarse mejor a las necesidades del área clínica. Se propuso que se construyera formalmente en Asociación internacional. Carpenito recomienda que se use el término “problema interdependiente” cuando estos requieran prescripción medica.

Octava conferencia (1988). Resulto la taxonomía I, la ANA reconoció a la NANDA como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los Diagnósticos de Enfermería

Novena conferencia (1990). Se construye la definición del Diagnóstico de Enfermería

Primera Conferencia Europea de Diagnóstico de Enfermería afiliado a la NANDA (1993). Desarrollaron un conjunto multilingüe de diagnósticos susceptibles de ser incluidos en las Clasificación internacional de la Práctica Enfermera, al incorporar aspectos culturales y valores comunes

España (1996). Primer Simposium de la Asociación Española de Nomenclatura y Taxonomía de Diagnóstico Enfermera.

En Monterrey N.L., México (1999) Se conforma el Grupo Mexicano para el Diagnóstico enfermero con la participación de Escuelas y Facultades de diez universidades de la Republica Mexicana.

Décima cuarta Conferencia bianual de abril (2000). Se aprueba la taxonomía II.

Hasta la fecha el Proceso Cuidado Enfermería ha sido el modelo predominante que fundamenta la atención que brinda la enfermería profesional, útil para enlazar el conocimiento científico, la investigación, al quehacer profesional. Por lo tanto es un método para interconectar las bases de la ciencia con las acciones del profesional.³

CONCEPTO.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que” el Proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería , mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.”

³ Andrade, Chávez. (2004).op.cit. pág. 10-11

OBJETIVO.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema de cuidado dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y comunidad.

ORGANIZACIÓN.

Se encuentra organizado en 5 fases interrelacionadas entre si y son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, y Evaluación

CARACTERISTICAS.

El proceso de Enfermería posee las siguientes características.

Intencionado. Dirigido a un objetivo, centra su atención en la persona que demanda los cuidados de salud, y que esta obtenga los mejores resultados de la manera más eficiente.

Sistemático. Es una unidad de enfoque organizado para conseguir un objetivo.

Dinámico. Evoluciona según las necesidades del cliente, lo que amerita un cambio continuo e interactivo pues se da una influencia reciproca paciente-profesional de enfermería que parte de la información que el primero suministra y de la participación que le brinda el segundo al validar con él los diagnósticos de enfermería y los objetivos por alcanzar.

Sistema Abierto y Flexible. Satisface las necesidades particulares del individuo, familia y comunidad y sus fases pueden aplicarse sucesiva o conjuntamente.

Centrado en el Usuario. Es un método individualizado.

Favorece la Creatividad de la enfermera y el usuario.

Tiene una base Teórica. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos de enfermería.

Universalmente Aplicable. Se usa como estructura básica, para prestar cuidados en cualquier situación de salud y etapa del ciclo vital.

Humanístico. A medida que se planifican y brindan los cuidados, se deben considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad), considerando la mente cuerpo y espíritu, esforzándose por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

El proceso Enfermero exige una amplia gamma de conocimientos de varias disciplinas, tanto de ciencias básicas como de la conducta y habilidades por parte de la profesional de enfermería relacionadas con la base de conocimientos, pueden ser de naturaleza técnica e interpersonal (capacidad de comunicación muy desarrollada que facilita el desarrollo de relaciones positivas entre la enfermera y el cliente o la persona) que le facilitara la obtención de datos y determinar su importancia o prioridad, para desarrollar las acciones que mas favorecen al cliente y brindar atención individualizada, así mismo evaluar la eficacia del plan de cuidados e iniciar los cambios permitidos que aseguren que el cliente reciba una asistencia de calidad .

La aplicación del proceso enfermería permite descubrir los recursos personales del enfermo como: su fortaleza, motivación, capacidades intelectuales, grado de instrucción hábitos de vida, recursos externos, es decir su red de apoyo familiar, la eficacia de esta red, su disponibilidad y voluntad de ayudar así como los recursos económicos de la persona y los recursos comunitarios.

Un plan de cuidado bien organizado permite saber que hay que hacer, cuando hay que hacerlo y quien debe hacerlo, además asegura la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipos y las sustituciones lo que crea un ambiente seguro y terapéutico.

Es a través del conocimiento del Proceso de Enfermería se esta certificando actualmente a los profesionales de enfermería en México, el cual puede mostrar sus competencias al tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o del grupo de la comunidad que necesite acciones de salud.

Constituye un método de investigación ya que los modelos y teorías de enfermería ofrecen un campo fértil para la investigación y puesta en práctica del Proceso Enfermería, en el campo de la docencia, las instituciones que forman profesionales de enfermería están comprometidas a utilizar en el campo de práctica la metodología que más caracteriza a los profesionales que egresan de ellas.

Al profesional de enfermería el Proceso Enfermería permite:

- Satisfacer ciertas necesidades personales inmediatas, como reducir incertidumbre y ansiedad.
- Lograr sentimientos de control, seguridad, confianza en las decisiones y acciones a realizar.
- Ayudar a la formación continua del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Requisito indispensable para la aplicación del proceso enfermero es el **Pensamiento Crítico**, cuando se unen los conocimientos y el pensamiento crítico (que hacer, por que hacerlo), las habilidades técnicos y personales (como hacerlo) y las actitudes (deseo y la

capacidad para hacerlo), en el proceso enfermero se convierte en la fuerza impulsora de unos cuidados de calidad.

Características del Pensamiento Crítico:

- a).- **Razonable y racional**, se basa en la razón y la lógica y no en prejuicios o intereses personales.
- b).- **Reflexivo**, se debe tomar tiempo para recoger información meditar el tema de un modo disciplinado sopesando los hechos y pruebas.
- c).- **Es un pensamiento autónomo**, no acepta pasivamente las creencias de otro, analiza lo que decide.
- d).- **Asume el pensamiento creativo**, crea ideas originales mediante el establecimiento de relaciones o conexiones entre pensamiento y concepto
- e).- **Es equitativo**, se trata de eliminar el sesgo y la parcialidad del pensamiento propio y de los demás, se cuestiona suposiciones, se examinan las razones que motivan elecciones y decisiones
- f).- **Se centra en decidir que crear o hacer**, sirve para evaluar argumentos y conclusiones, relacionar ideas nuevas o vías de actuación alternativas.

El pensamiento crítico en enfermería:

- Supone un pensamiento deliberado dirigido al logro de un objetivo
- Se orienta al paciente, familia y a las necesidades de la comunidad
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico
- Constantemente esta reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar
- Requiere conocimientos habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano (usando los recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos de ética.⁴

El pensamiento crítico es contextual, la habilidad para pensar críticamente debe dominarse en cada contexto o situación distinta.

Es procedente enfatizar el aspecto **ético** en la implementación del Proceso Enfermero ya que el profesional de enfermería tiene la obligación de asegurarse de que las decisiones y

⁴ Rosalinda Alfaro Lefevre (2003). Aplicación del Proceso Enfermero, Fomentar el Cuidado en Colaboración. Masson. Pag. 23

acciones realizadas en beneficio del cliente sean ejecutadas éticamente dado que la enfermera es responsable de :

Brindar cuidados sin juzgar, ni discriminar, con sensibilidad hacia la diversidad de los clientes, preservar la autonomía, dignidad y derechos del cliente.

1.1 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

1.1.1 VALORACIÓN

La Valoración es el primer paso para determinar el estado de salud, es la base de todas las etapas siguientes.

Puesto que todo el plan de cuidados se basa en los datos recogidos, en esta fase es preciso asegurarse de que toda la información es correcta, completa y organizada de tal modo que el plan de cuidados sea exacto y relevante.

DEFINICION.

Procesos sistemático, organizado, de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las necesidades de la persona, familia o comunidad, e identificar los diagnósticos de enfermería, conocer sus recursos disponibles y planificar las intervenciones ⁵

OBJETIVO.

Obtener datos con exactitud sobre el estado de salud del cliente, los cuales deberán confirmados y organizados antes de identificar los diagnósticos de enfermería.

La valoración consta de *cinco* pasos y son:

- Recogida de datos.
- Validación (verificación) de los datos.
- Organización de los datos.
- Identificación de patrones/ comprobación de las primeras impresiones.
- Informe y anotación de los datos

⁵ Andrade,Chávez. (2004).op.cit. pág.23

RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de datos es un proceso continuo, empieza cuando se encuentra por vez primera con el usuario y continua hasta que la persona es dada de alta y la constituyen:

1. Observación.

El proceso de la observación es complejo, se basa, en primer lugar en la estimulación de los receptores de los órganos de los sentidos. Estos estímulos son inmediatamente analizados e interpretados en el cerebro. El conjunto de estos fenómenos constituye la percepción. Esta percepción está influida por nuestras experiencias anteriores, por nuestros valores y sentimientos; pero debe ser objetiva en función de los datos obtenidos.

a) Cómo observar.

Emplee los sentidos. ¿Ve, oye, huele algo anormal?

1. Fíjese en el aspecto general ¿Parece bien vestida, sana, bien nutrida?
2. Observe el lenguaje corporal. ¿Parece confortable, nerviosa, aprensiva, triste?
3. Patrones de interacción. Esté atenta a las respuestas (a veces las diferencias culturales crean barreras de comunicación).

b) Qué se puede observar.

- Coloración de piel y mucosas.
- Conformación física.
- Integridad cutánea, dental.
- Edema.
- Olores.
- Frecuencia de respiración.
- Etc.

c) Factores que influyen en la observación.

1. factores relacionados con la enfermera:

- Falta de atención.
- Preocupaciones personales.
- Hábitos de observación estereotipado (considerar del mismo modo a las personas que sufren alguna enfermedad).
- Los valores y las creencias, sus prejuicios respecto a determinadas personas, religiones, razas u orientaciones sexuales.

- Experiencias personales tenderá a juzgar la situación a partir de sus propios estándares y no a partir de los de la persona.
2. Factores relacionados con la situación y el entorno.

- Repetición de estímulos, puede aumentar la sensibilidad respecto a ciertos estímulos y atraer nuestra atención (un niño que llora varias veces).
- Factores medio-ambientales (ruido, calor, falta de intimidad, iluminación).

d) Elementos que debe evitar.

- Contactos rutinarios y superficiales.
- Falta de concentración y continuidad.

Recursos:

- Consumidor, (Individuo, familia y comunidad).
- Registros médicos y enfermeros.
- Consultas verbales y escritas.
- Estudios diagnósticos y de laboratorio.

Los datos obtenidos pueden clasificarse en:

- **Directos.** Información obtenida directamente del usuario.
- **Indirectos.** Información que se obtiene de otras fuentes.

Tipos de datos:

1. **Objetivos:** Aquellos que se pueden observar, medir; p. ej., signos vitales, peso, talla, coloración.
2. **Subjetivos.** Los que reflejan hechos y situaciones expresadas por el propio paciente; ej. “me duele la cabeza”
3. **Históricos o antecedentes.** Situaciones o hechos que sucedieron con anterioridad; ej. intervenciones quirúrgicas.

La recogida de datos se produce en 3 fases.

1. **Antes de ver a la persona;** uso de registros médicos.
2. **Cuando ve a la persona;** entrevista, examen físico.
3. **Después de ver a la persona;** revisión de recursos ya empleados más adicionales si es necesario.

Datos básicos.

Hay dos tipos básicos de valoración:

a).- Valoración de datos básicos (Inicial), información general que se reúne en el contacto inicial con la persona (historia de enfermería, valoración familiar).

b).- Valoración focalizada, puede hacerse como parte de una recogida general de datos básica o sola, para controlar problemas concretos, o aspectos específicos de los cuidados.

2. Entrevista Enfermera.

La entrevista y la valoración física se complementan y clarifican mutuamente, el éxito de las técnicas de entrevista y examen están influidos por la sensibilidad del profesional de enfermería ante los aspectos éticos, culturales y espirituales del individuo.

Existen dos tipos de entrevista:

- 1. Formal o estructurada:** Consiste en una comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- 2. Informal:** Es la conversación entre enfermera y paciente en el curso de los cuidados.

Propósitos:

1. Obtener información específica para identificar los problemas de las personas (tanto problemas de enfermería, como problemas clínicos) e integrar el diagnóstico enfermero y planificar los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/ paciente, y crear un clima agradable y de confianza.
3. Permitir al paciente informarse y motivar para que participe en el proceso, e identificar sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
5. Ayudar en los problemas inmediatos que producen ansiedad.

Partes de la Entrevista:

1. Preparación (antes de iniciar la entrevista).

- Organícese, si sabe lo que se quiere obtendrá resultados positivos, no confíe en su memoria, debe tener un plan escrito o impreso para guiar las preguntas.
- No se fíe de la memoria, tenga un plan escrito a mano o impreso que guíe las preguntas que va a hacer
- Planificar tiempo suficiente.
- Asegurar privacidad para centrar la atención.
- Visualícese como segura, calida y atenta

2. Inicio (cuando empieza la entrevista).

Durante esta fase la enfermera establece el primer contacto con el paciente y se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva. La enfermera deberá:

- **Presentarse**, y decir cuales son sus funciones.
- **Transmitir** respeto hacia la persona entrevistada.
- **Llamarlo** por su apellido, o profesión, verificar nombre y preguntarle como le gusta que le llamen.
- **Explicar** el propósito de la entrevista.
- **Buscar factores** que pudieran inhibir la comunicación (dolor, falta de privacidad).

3. Cuerpo (durante la entrevista).

La enfermera centra el diálogo en las áreas específicas diseñadas para obtener los datos necesarios, normalmente se empieza con la queja principal del paciente (motivo de consulta), se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia, y datos sobre cuestiones culturales y religiosas.

- **Dedique a la persona toda su atención.** Evite el impulso de enfrascarse en sus notas o leer el formato de valoración.
- **No tenga prisa.** Apresurarse transmite el mensaje de que no está interesado en lo que la persona le cuenta.
- **Siéntese.** Esto transmite que esta dispuesta a tomarse el tiempo necesario para recoger la información.

Técnicas para entrevistar:

1. Como escuchar.⁶

- Sea un oyente empático.
- **Use frases cortas, complementarias**, que hagan saber a la persona que la entiende y la estimulen a continuar .Ejemplo “ya veo”, “y...”, “qué pasó entonces”.
- Esté atenta a los sentimientos tanto como a las palabras.
- Cuando vea que el lenguaje corporal es contradictorio con el lenguaje verbal, hágaselo saber a la persona.
- Permita que la persona acabe la frase, mantenga la calma y no lo apesure.
- **Sea paciente si la persona tiene un bloqueo de memoria**, la información puede recordarse más adelante, cuando le formule otras preguntas relacionadas.
- Evite el impulso de interrumpir.
- **Permita que haya pausas en la conversación.** Los silencios dan oportunidad y posibilidad de poner en orden las ideas

2. Como formular preguntas:

- Pregunte en primer lugar sobre el principal problema de la persona.
- Enfoque sus preguntas para obtener información específica sobre los signos y síntomas.
- **No haga preguntas dirigidas**, que puedan llevar a la persona a una respuesta específica.
- **Use formulaciones exploratorias.** Ejemplo: frases que empiezan con palabras como “diga”, “explique”, esto para dirigir al paciente a decir más sobre cuestiones específicas.
- Emplee técnicas de comunicación que refuercen su habilidad par pensar críticamente y obtener los hechos:
- Use frases que le ayuden a tomar la perspectiva de otra persona (p. ej. “Desde su punto de vista, ¿Cuál es el principal problema?”)
- **Clarifique**, reformule las propias palabras de la persona, esto clarifica el significado y ayuda la persona ha explayarse sobre lo que ha dicho.
- **Haga preguntas abiertas.** Preguntas que requieran repuestas de más de una sílaba, tales como “¿Cómo se encuentra?” en vez de “¿Se encuentra bien?”.
- **Evite las preguntad cerradas**, estas propician respuestas monosilábicas a menos que usted requiera clarificar una respuesta con un sí o un no.

⁶ Alfaro Rosalinda. (2003) op.cit. pág. 53

Hay que evitar demasiadas preguntas cerradas ya que la recogida de datos se convierte en una encuesta y no permite expresarse a la persona.

Alfaro sugiere que durante esta fase la enfermera debe⁷:

- Proporcionar servicios respetando la dignidad humana y la unicidad del cliente, sin limitaciones por la consideración de su situación social o económica, atributos personales o la naturaleza de su problema de salud (ANA, 1985).
- Salvaguardar el derecho del cliente a la intimidad protegiendo juiciosamente la información de índole confidencial (ANA, 1985).
- Ser honrada. Decir la verdad sobre cómo usará los datos.
- Respete las ideas culturales y religiosas de la persona y ser consciente de las tendencias físicas relacionadas con la cultura. Esto incluye tomar conciencia de:
 - **Variaciones biológicas.** Diferencias entre grupos raciales y étnicos (color y textura de la piel, y la susceptibilidad a enfermedades como la hipertensión o la anemia de células falciformes).
 - **Patrones de comunicación habituales.** Cómo se emplean el lenguaje y los gestos, si es aceptable con contacto ocular y físico, y si la persona se siente amenazada por estar muy próxima a otra.
 - **Organizaciones y prácticas familiares.** Hay diversas unidades y prácticas familiares que es preciso conocer para poder comprender los factores que influyen en el estado de salud.
 - Creencias sobre la capacidad de las personas para controlar la naturaleza e influencia en su capacidad para estar sano. (permitir o no las transfusiones de sangre, si se requiere algún ritual).
 - El concepto que la persona tiene de “Dios” e ideas sobre la relación entre las creencias espirituales y el estado de salud. (Dios da a cada uno lo que se merece).

Como finalizar la entrevista;

- Pregunte si hay algo que le preocupe y que no hayan comentado. (p. ej. “¿Hay algo más que quiera decirme?”).

⁷ Alfaro Rosalinda (2003) op. cit. pág. 51

- **Ofrézcase a sí misma como recurso y responda a cualquier pregunta que surja.** (p. ej. “Quisiera estar informada de cómo evoluciona. Hágame saber si hay algún cambio o tiene alguna pregunta”).
- Explique los cuidados habituales y proporcione información sobre quién es responsable de las decisiones sobre los cuidados enfermeros. Los clientes con frecuencia están confusos sobre quién es responsable de qué.
- **Acabe con una nota positiva** y anime a la persona a ser un participante activo.

3. Valoración Física

La valoración física esta influenciada por dos factores:

1. **Condición de la persona.** Se inicia examinando las áreas problema antes de hacerlo en otras partes corporales.
2. **Sus propias preferencias.** Abordaje céfalo caudal, o sistemas corporales.

La valoración física debe ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil.

El examen de enfermería se centra en:

- Definir aún más la respuesta del paciente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
- Establecer una base de datos para comparar la eficacia de las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes.
- Verificar datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Guías para realizar la valoración física:

- **Promover la comunicación entre el examinador y el examinado.** Proporcione intimidad, establezca una relación de confianza y use buenas técnicas de entrevista.
- **Respetar la intimidad.** Descubrir solo las partes corporales que se van a examinar, manteniendo el resto del cuerpo tapado.
- **No fiarse de la memoria.** Tomar notas para asegurar la exactitud.
- Elegir un método par organizar su valoración y usarlo consistentemente. Céfalo caudal, sistemas corporales.

Durante la valoración física se utilizan *cuatro técnicas básicas*: Inspección, auscultación, palpación, percusión y como complemento las mediciones.

1. Inspección.

Es el examen visual cuidadoso, global y sistemático del usuario, usando la visión, audición, olfato y tacto. Puede ser instrumental cuando se utilizan dispositivos para efectuar inspección de las cavidades (lámpara, otoscopio, rinoscopio).

Para una inspección cuidadosa son esenciales una buena iluminación y exposición, cada una de las partes del cuerpo se inspecciona en cuanto:

Tamaño, forma, color, textura, aspecto, posición, situación anatómica, movimiento, simetría.

2. Auscultación.

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo; corazón, pulmones, intestinos, arterias.

Todos los sonidos tienen cinco características que deben ser valoradas:

- **Frecuencia.** Cantidad de sonidos en un minuto.
- **Intensidad.** Medida de la frecuencia del sonido, la escala es de aguda a grave.
- **Cualidad.** Característica de los sonidos descrita en términos de soplo, chasquido y gorgoteo.
- **Duración.** Cantidad de tiempo que permanece un sonido como sonido continuo, que oscila entre corto, medio y largo.

3. Palpación.

Consiste en la utilización del tacto para tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor, detectar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, se valora:

Tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibración, consistencia, movilidad.

Las puntas de los dedos son las partes más sensibles de la mano y se utilizan para valorar textura, forma, tamaño, consistencia, así como para palpación del pulso

Técnicas de palpación.

1. Palpación ligera: los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel, la piel se deprime de 0 a 1 cm.
2. Palpación profunda: utilizada para la situación de los órganos y masas; la piel se deprime de 2 a 3 cm.
3. Palpación bimanual: se utilizan ambas manos para hacer una palpación profunda. Una mano (la mano **sensible** está relajada y se coloca ligeramente sobre la piel del paciente) la mano **activa** aplica presión en la mano flexible.

4. Palpación digital: Se utilizan los dedos (tacto vaginal, rectal) se realiza con guante, se lubrican los dedos índice y medio.
5. Percusión: Es golpear la superficie corporal con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras.

Tipos de sonidos

Sonido	Tono	Cualidad	Zona Anatómica
Timpánico	Alto	De tambor	Aire gástrico o el carrillo de la cara lleno de aire
Sordo	Suave	Disminuido	Músculo, hueso
Mate	Suave	Golpe	Hígado, bazo, corazón.
Resonancia	Alto	Hueco	Pulmón.

Métodos de percusión:

Directo. El cuerpo se golpea con uno o más dedos.

Indirecto. El dedo medio de la mano no dominante (plexímetro) se coloca firmemente sobre la superficie del cuerpo, la punta del dedo dominante (plexor) golpea la base de la articulación distal del plexímetro.

Signos vitales.

Se miden para determinar es estado de salud de un cliente (datos basales), y como parte de la exploración física completa.

Se toman antes de iniciar la valoración de los sistemas corporales, ya que los cambios de postura o los movimientos pueden interferir con la exactitud de las medidas

Medidas antropométricas.

Dar un valor numérico a una parte del cuerpo, peso, talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal.

VALIDACION (verificación de los datos).

Validar los datos significa asegurarse que estos son reales, se debe hacer tanto de los datos objetivos como subjetivos, y siempre que no exista seguridad sobre la información reunida. Alfaro señala que la validación ayuda a evitar⁸:

- Hacer asunciones.
- Omitir información pertinente.
- Malinterpretar las situaciones.
- Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.
- Cometer errores en la identificación de los problemas.

Guías de validación Alfaro⁹.

- Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos (peso, talla).
- Los datos que observa otra persona pueden ser ciertos o no. Cuando la información es crítica, verifíquela observando y entrevistando usted misma a la persona.
- Valide la información dudosa usando las siguientes técnicas.
 - a) Haga un doble control para asegurarse de que el equipo funciona correctamente.
 - b) Compruebe de nuevo sus propios datos.
 - c) Busque factores que puedan alterar la exactitud.
 - d) Pídale a otra persona, preferiblemente un experto, que obtenga el mismo dato.
 - e) Vuelva a comprobar la información que es extremadamente anormal o incongruente con el estado de la persona.
 - f) Compare los datos subjetivos y objetivos para ver si lo que dice la persona es congruente con lo que usted observa.
 - g) Compare sus impresiones con las de otros miembros clave del equipo de cuidados.

ORGANIZACIÓN (agrupación de datos).

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud del usuario.

⁸ Alfaro Rosalinda (2003) op. cit.pág. 63.

⁹ Ibid..., pág. 64

Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico.

La agrupación de los datos según los sistemas corporales, ayuda a identificar datos que pueden indicar problemas médicos.

Para reconocer tanto los problemas médicos como los diagnósticos enfermeros agrupe sus datos de dos maneras: *use los sistemas corporales y una perspectiva enfermera*. Si agrupa los datos únicamente según los sistemas corporales es probable que omita información clave que le ayude a identificar diagnósticos enfermeros. Si agrupa los datos únicamente según una perspectiva enfermera puede hacerlo de tal modo que los problemas médicos no se evidencien.

IDENTIFICACIÓN DE PATRONES

Comprobación de las Primeras Impresiones.

Después de reunir los datos en grupos de información relacionada, se debe determinar que es relevante y formar juicios sobre lo que sugieren los datos, de este modo se agrupan los datos según un modelo enfermero y por sistemas corporales.

Alfaro sugiere centrar la valoración para comprobar las primeras impresiones y obtener piezas clave de información sobre los patrones de salud o enfermedad, recordar los siguientes principios del pensamiento crítico¹⁰.

1. **Determinar que es relevante y que no lo es.** Pregúntese que información relevante puede haber omitido.
2. **Recuerde el principio de causalidad.** Averigüe por qué o cómo se inicio el patrón (es decir busque los factores contribuyentes).

INFORMES Y ANOTACIONES.

La documentación forma parte de todas las fases del proceso y constituye un elemento importante porque:

1. Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de la salud.
2. Contiene datos exactos y actuales del usuario.
3. Facilita la administración de unos cuidados de calidad; el registro exacto de los datos, constituye la pauta para comparar datos posteriores, permite ratificar,

¹⁰ Alfaro Rosalinda op. cit. pág. 72

aclarar o actualizar los diagnósticos y facilita la administración de cuidados individualizados y coherentes.

4. Garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados, de cada usuario. Permite una evaluación de los servicios de enfermería incluida la calidad.
5. Crea un registro permanente de los cuidados administrados, es una prueba de carácter legal.
6. Permite la investigación en enfermería.

Alfaro señala las siguientes guías para informar de los hallazgos significativos¹¹:

Guías generales:

- Informe de los hallazgos anormales tan pronto como sea posible. Esto previene que lo olvide y puede acelerar la identificación del problema.
- Antes de informar, tómese un momento para cerciorarse de que tiene a la mano toda la información necesaria.
- Dé información precisa. Establezca los hechos no su interpretación de los mismos, esto permite que los otros profesionales extraigan sus propias conclusiones sin verse influenciados por su interpretación de los hechos.
- Escriba en la hoja de anotaciones enfermeras el momento en el que da el informe, el nombre de la persona a quien se lo notifica y cualquier acción emprendida.

Guías para los informes telefónicos:

- Identifíquese dando su nombre y cargo.
- Diga el nombre, diagnóstico y localización del enfermo y luego pregunte “¿Sabe de quién le hablo?”. Esto da tiempo a la persona para centrarse en ese enfermo en particular. También le ayuda a usted a saber cuánta información previa podría ser necesaria.
- Compruebe su interpretación de la conversación.

Iyer señala directrices para la correcta anotación de registros en la documentación¹²:

1. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como: bueno, justo, normal, regular, etc.
4. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, que incluyan las características que lo definen tales como, forma, tamaño, etc.

¹¹ Alfaro Rosalinda (2003) op. cit. pág. 74.

¹² Patrica Iyer, et.al (1997) Proceso Enfermería y Diagnóstico Enfermería (2º edición.) Interamericana Mc Graw Hill. Pág. 62-63.

5. La anotación debe ser clara y concisa, evitar la información superflua y las frases largas.
6. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. **Trazar una línea** sobre los errores. No se acepta la utilización de correctores, borradores o tachaduras para eliminar errores.
7. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común en el lugar de trabajo.

1.1.2 DIAGNÓSTICO

También es denominada diagnóstico enfermero o proceso diagnóstico, corresponde a la segunda fase del Proceso de Cuidados de Enfermería, en esta fase la enfermera analiza los datos obtenidos en la valoración.

El diagnóstico es considerado el eje central del proceso enfermero, la exactitud y relevancia de todo el plan depende de la habilidad del profesional de enfermería para identificar de forma eficaz tanto los problemas como su causa, y de esta manera crear un plan proactivo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten, enfoque PPG (Predecir, Prevenir, Gestionar).

Usar un enfoque PPG requiere:

1. **En presencia de problemas conocidos** el profesional de enfermería predice las complicaciones más **probables y peligrosas** y emprender acciones inmediatas para: a) prevenirlas y b) manejarlas en caso de que no puedan ser prevenidas.
2. **Tanto si hay problemas como si no** el profesional de enfermería **busca** evidencias de **factores de riesgo** (cosas que sabemos que pueden provocar problemas, como conductas sexuales de riesgo). Si detecta factores de riesgo tratara de reducirlos o controlarlos, previniendo por lo tanto la aparición de problemas.

DEFINICION.

En Marzo de 1990 en la novena conferencia de la NANDA (Asociación Norteamericana del Diagnóstico Enfermero) se aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería.

Es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, la familia o comunidad, de problemas de salud o procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona una base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera¹³

¹³ Andrade Chávez. op. cit. pág. 53

Ventajas del Diagnóstico de Enfermería.

Hace visible la actuación de la enfermera profesional, mediante la utilización de un lenguaje, adopta un vocabulario común aceptado y comprendido, además facilita la comunicación entre los miembros del equipo de cuidados.

Centra los cuidados en los aspectos de enfermería. El diagnóstico de enfermería orienta a la enfermera hacia intervenciones autónomas o independientes.

Identifica los problemas de la persona, ya que se basa en los datos obtenidos de la valoración.

Proporciona la base para las intervenciones de enfermería debido a que:

- **Permite prever el resultado de las acciones**, da al trabajo de la enfermera un carácter más científico, ya que sin una planeación precisa el trabajo de la enfermera es aleatorio y carece de rigor, el diagnóstico de enfermería es uno de los conceptos fundamentales del proceso de cuidados, permite identificar el problema y establecer un plan de cuidados precisos. La planificación se convierte entonces en el producto de una verdadera estrategia de resolución de problemas de carácter científico. Foramier (1994), citado por Phaneuf señala que los cuidados de enfermería invitan a entrar a un proceso intelectual, ya que los conceptos, instrumentos de pensamiento nos permiten dar un sentido a los actos¹⁴.
- **Acentúa la importancia del rol de la enfermera.** Durante algún tiempo el trabajo de la enfermera se relegaba al rango de las tareas secundarias, se asociaba al trabajo meramente manual, con el advenimiento del proceso de cuidados y del diagnóstico de enfermería, son ya capaces de identificar con precisión los problemas del usuario en los que pueden intervenir de manera autónoma, la naturaleza exacta del problema y las intervenciones, se convierten en una referencia legal valiosa.
- **Facilita la coordinación del trabajo** con el equipo de cuidados, el diagnóstico de enfermería circunscribe el problema, permite fijar objetivos que orientan la elección de las actuaciones y asegura mayor coherencia.
- **Enfatiza la prevención:** el diagnóstico de enfermería orienta al profesional hacia la prevención, el hecho de analizar factores de riesgo refuerza el aspecto preventivo.

Las enfermeras siguen estudiando los roles enfermeros y aumentando la base de conocimientos propios mediante la investigación y la publicación de las mejores prácticas (vías que han probado ser efectivas para tratar un estado determinado basándose en los resultados y estudios clínicos).

¹⁴ M. Phaneuf (1999) La Planificación de los Cuidados Enfermeros (1° Ed.) Interamericana Mc. Graw Hill. Pág. 135

Al reconocer que trabajar para desarrollar un lenguaje enfermero unificado es crucial para usar registros computarizados y facilitar la investigación, la American Nurses association (ANA) reconoce varios vocabularios enfermeros. A media que las organizaciones enfermeras trabajan para desarrollar lenguaje unificado, otro grupo desarrolla una terminología de referencia que incorpora términos de varia disciplinas (medicina, enfermería, terapia ocupacional) y los une de forma que permite a los ordenadores conectar mejor los datos procedentes de distintas áreas y países.

Términos claves relacionados con el diagnóstico.

La comprensión de los términos clave relacionados con el diagnóstico es esencial para convertirse en una diagnosticadora competente, para actuar de acuerdo con los intereses del usuario y para protegerse a sí misma de problemas legales:

Competencia. Conocimientos y habilidades para llevar a cabo una acción de manera segura y eficiente en distintas situaciones; también se utiliza para referirse a la capacidad para identificar claramente los problemas y sus causas.

Capacitación. Competencia y habilidad para llevar a cabo una acción.

Dominio enfermero. Acciones que la enfermera esta legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

Dominio médico. Actividades y acciones que el médico está legalmente capacitado para llevar a cabo.

Responsabilidad. Obligación de responder de algo.

Intervenciones definitivas .El tratamiento más específico requerido para prevenir, resolver o manejar un problema de salud.

Resultado. Efecto de las intervenciones prescritas o plan de cuidados. Normalmente se refiere al efecto deseado de las intervenciones (es decir, la prevención, resolución o manejo del problema): incluye un marco temporal específico en el que se esperan lograr resultados.

Diagnosticar. Emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico. Además de referirse al segundo paso del proceso enfermero, la palabra diagnóstico puede significar dos cosas:

- 1) el proceso de analizar los datos y unir las claves relacionadas para emitir juicios sobre los problemas de salud (la habilidad para diagnosticar se adquiere mediante educación, la práctica, la experiencia y la aplicación de los principios del pensamiento crítico).
- 2) El resultado del proceso diagnóstico.

Diagnóstico definitivo. El diagnóstico más específico y correcto.

Proceso vitales. Acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona (crecer, madurar, tener hijos, cambios de residencia, separarse, sufrir pérdidas).

Diagnóstico médico. Problema de salud que requiere el diagnóstico definitivo de un médico capacitado. Normalmente los diagnósticos médicos se refieren al problema con órganos o sistemas (enfermedad, traumatismo) y no siempre requieren de cuidados enfermeros, (p. ej. La hipertensión, en una persona sin ninguna otra patología, con frecuencia es tratada únicamente por el médico sin requerir cuidados enfermeros).

Complicaciones potenciales. Problemas que aparecen en los órganos o sistemas debido a la presencia de ciertos diagnósticos o modalidades terapéuticas. Carpenito (2000) usa el término de *problemas de colaboración* para referirse a las potenciales complicaciones fisiológicas.

Problema multidisciplinario. Problema que requiere tratamiento por más de una disciplina, por ejemplo enfermería, medicina, fisioterapia, y terapia ocupacional.

Factor relacionado. Algo que se sabe está asociado a un problema de salud específico (p. ej., una historia de caídas frecuentes está relacionado con el riesgo de lesión)

Factor de riesgo. Algo que se sabe causa o contribuye a un problema específico (p. ej., disminución de la visión es un factor relacionado con el riesgo de lesión).

Etiología. Algo que se sabe causa una enfermedad o problema. Los términos factor de riesgo y etiología con frecuencia se emplean indistintamente.

Diagnóstico de riesgo potencial. Problema de salud que puede desarrollarse si no se toman medidas preventivas (Los diagnósticos de riesgo potencial se formulan cuando usted identifica factores de riesgo para un problema específico pero no hay evidencias reales del problema.

Diagnóstico de salud. Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de salud a otro mayor (NANDA.2001).

Razonamiento Diagnóstico

El razonamiento diagnóstico, o aplicación del pensamiento crítico para identificar problemas de salud reales y potenciales, requiere conocimientos, habilidades y experiencia

Principios y reglas fundamentales del razonamiento diagnóstico Alfaro (2003)

- **Reconocer los diagnósticos** requiere que esté familiarizado con ellos.
- **Mantenga la mente abierta.** Evite la tendencia a dejarse influir en exceso por las experiencias pasadas o por la información que obtiene de los registros del usuario o

de otros profesionales. Mantener la mente abierta evita que contemple los problemas desde una perspectiva reducida.

- **Cuando haga un diagnóstico, respáldelo con evidencias.** Proporcione las claves (signos, síntomas, factores de riesgo) que le lleven a formular el diagnóstico.

Definiciones de los términos Diagnósticos:

- **Signo.** Dato objetivo que se sabe que significa la presencia de un problema de salud (fiebre).
 - **Síntoma.** Dato subjetivo que se sabe que significa la presencia de un problema de salud (dolor de cabeza).
 - **Características definitorias.** Conjunto de signos, síntomas y factores de riesgo que generalmente están presentes en las personas con un diagnóstico enfermero específico.
 - **Clave.** Signos, síntomas y características definitorias detectadas en una persona.
-
- **Aunque la intuición es un elemento valioso para la identificación de los problemas nunca haga un diagnóstico basándose sólo en ella:** busque evidencias que la verifiquen.
 - **Si omite un problema, le pone una etiqueta errónea o identifica un problema inexistente, esta cometiendo un error diagnóstico,** que puede resultar en un tratamiento inadecuado, quizás peligroso.
 - **El simple hecho de que otra enfermera tenga más experiencia que usted, no significa que siempre tenga la razón.**
 - **Conozca sus cualidades y limitaciones.** Las personas tienen derecho a ser valoradas por un profesional de la salud competente.

La NANDA es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos para los diagnósticos enfermeros.

Componentes de un diagnóstico enfermero.

- 1. Etiqueta (enunciado del problema).** Proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa con que se representa un patrón de claves relacionadas, puede incluir modificadores.
- 2. Definición.** Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- 3. Característica definitoria.** Grupo de claves (signos, síntomas y factores de riesgo), inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. (Los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias porque se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por consiguiente, no hay signos ni síntomas evidentes).
- 4. Factores de riesgo (relacionados).** Son 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.
- 5. Factores de riesgo.** Son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable¹⁵.

Tipos de Diagnósticos Enfermeros

Diagnóstico real.

Conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas a procesos vitales, problemas de salud que existen en el individuo, familia o comunidad, están apoyados por las características diagnósticas mayores (indican problemas reales) y siguen el formato PES.

Los datos de la persona contienen evidencia de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico

Diagnóstico de riesgo.

Son conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas a procesos vitales/problemas de salud que pueden desarrollarse en individuos, familias o comunidades vulnerables, están apoyados por factores de riesgo, que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad no siguen el formato PES sino el formato PE.

¹⁵ María Teresa Luís Rodríguez, et. Al. (2000) De la Teoría a la Práctica El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Masson. pag. 21-22

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencia de características definitorias. (Si hubiera evidencia de características definitorias, sería un diagnóstico real, no de riesgo)

Diagnóstico Posible.

Es aquel que se formula cuando se sospecha de su existencia, cuando en la valoración se detectan unas claves que podrían indicar su presencia pero faltan los datos para afirmarlo con certeza no siguen el formato PES sino el formato PE

Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico, pero intuitivamente el diagnóstico puede estar presente.

Diagnóstico de salud.

El diagnóstico de salud refleja aquellas situaciones en que la persona tiene un grado estable de salud o bienestar, y desea y puede aumentarlo¹⁶.

Este tipo de diagnóstico de enfermería se ha definido como un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad que presentan en el potencial de avance un nivel más elevado

Para que una persona o un grupo tengan un diagnóstico de salud o bienestar deben estar presentes dos hechos:

1. Deseo de nivel mayor de bienestar.
2. Estado o función actuales eficaces.

Síndrome.

Es un concepto más avanzado. En 1982 la NANDA aprobó el *Síndrome traumático de violación*; en 1988 y 1999 se incluyeron *los síndromes de desuso y el de estrés por traslado*. Describen una serie de problemas que se dan a la vez con al menos un factor etiológico común, generalmente especificados en el título.

Características:

- Describe una serie de diagnósticos enfermeros.
- La etiqueta da una idea de las causas.
- Tienen fase iniciales y a largo plazo.
- Tienen componentes físicos, emocionales y sociales.

El síndrome traumático de violación, incluye los siguientes diagnósticos de enfermería:

¹⁶ Luis Rodríguez, et.al. (2000). op.cit. pág. 23

- Ansiedad.
- Temor.
- Duelo.
- Trastornos del sueño, descanso.
- Potencial de patrones de alteración de la sexualidad.
- Dolor.

Diagnósticos de enfermería asociados al síndrome de desuso:

- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de estreñimiento.
- Riesgo de deterioro del patrón respiratorio o ineficaz.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de intolerancia a la actividad.
- Riesgo de lesión.
- Riesgo de trastornos de los procesos de pensamiento.
- Riesgo de trastornos de la imagen corporal.
- Riesgo de impotencia.
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular.

Pasos para elaborar el diagnóstico de enfermería.

1. Clasificación de los datos (análisis).

Según indicadores o categorías que se utilicen de acuerdo al marco de referencia, en este caso es con patrones funcionales, dicha clasificación comienza durante la recolección de datos.

2. Agrupación de la información.

Consiste en reconocer los datos que determinan la existencia de un problema, estos surgen de la comparación de los datos obtenidos con el patrón normal o habitual del individuo, también orientan a buscar datos complementarios.

3. Elección de la etiqueta diagnóstica o nominación del grupo de datos.

Esta dependerá del conocimiento que se tenga del listado diagnóstico y características definitorias de las etiquetas.

Iyer menciona que el proceso diagnóstico exige de habilidades de razonamiento crítico, ya que se analizan, clasifican y agrupan indicios significativos de los datos obtenidos en la valoración, además se interpretan y validan, todo este proceso da como resultado el diagnóstico de enfermería.

Problemas interdependientes.

Se refiere a aquellos problemas o situaciones clínicas en cuyas prescripciones o tratamientos colaboran las (los) enfermeras (os) y otros profesionales de la salud, normalmente médicos. Sin embargo, dado que el ser humano se considera desde una perspectiva holística los problemas interdependientes abarcan aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y medio-ambientales en los que la enfermera colabora con profesionales como el trabajador social, psicólogo, sociólogo, etc.

Los problemas interdependientes se organizan en torno a los sistemas torales, pueden ser problemas de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fisiopatológica (a un traumatismo, enfermedad, estudio diagnóstico o tratamientos⁹ y que los profesionales de enfermería identifican y tratan en colaboración.

Reglas para escribir las formulaciones diagnósticas.

1. Diagnósticos reales (formulación en tres partes).

Use el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) o PRS (Problema, factor Relacionado, Signos y síntomas).

Use “*relacionado con*” para unir el problema con la etiología o factores relacionados. Añada “*evidenciado por*” para incluir las evidencias que apoyan la existencia del diagnóstico.

Ejemplo:

Deterioro de la comunicación relacionado con barrera lingüística evidenciada por la incapacidad para hablar o comprender el castellano y uso del inglés.

2. Diagnóstico de riesgo (formulación en dos partes).

Use el formato PE (Problema, Etiología) o PR (Problema, factores relacionados [de riesgo]).

Use “*relacionado con*” para unir el problema potencial con los factores relacionados (de riesgo).

Ejemplo:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con obesidad, diaforesis excesiva y confinamiento en cama.

3. Diagnóstico posible.

Formulación en una parte, simplemente nombre el posible problema.

Ejemplo:

Posibles patrones sexuales inefectivos.

4. Diagnóstico de salud.

Formulación en una parte. Use *Disposición para mejorar* (cambiado por *Potencial de mejora* [NANDA, 2001]) antes de las palabras que describen lo que se quiere mejorar.

Ejemplo:

Disposición para mejorar el desempeño del rol parental.

5. Síndromes diagnósticos.

Formulación en una parte. Simplemente nombre el síndrome.

Ejemplo:

Síndrome traumático de violación.

Siempre que sea posible, escriba las formulaciones diagnósticas de forma que ***dirijan las intervenciones enfermeras***. (p., ej. Riesgo de limpieza inefectiva de las vías aéreas relacionado con **secreciones abundantes y espesas y dificultad para adoptar la posición adecuada para toser**.)

1.1.3 PLANEACION

Tercera etapa del Proceso de Cuidados, en ella se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, la (el) enfermera (o) trabaja con la persona para llegar a establecer un plan de cuidados dirigido a eliminar, reducir las reacciones indeseables o a favorecer el bienestar.

CONCEPTO

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo identificadas en el diagnóstico enfermero.¹⁷

La planificación incluye lo siguiente:

1. Determinar prioridades.
2. Establecer los objetivos esperados.
3. Determinar las intervenciones enfermeras.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado
5. Documentación y registro.

Objetivos:

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de salud para determinar su coste exacto.

Principales componentes del plan de cuidados

1. **Objetivos (resultados deseados).** ¿Qué resultados se esperan conseguir y cuándo se espera lograrlos?
2. **Problemas reales y potenciales.** ¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que **deben** abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?

¹⁷ Andrade, Chávez. (2004) op. cit. Pág. 73

3. **Intervenciones específicas.** ¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados?
4. **Evaluación /notas de curso.** ¿Dónde puede averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

1. Establecimiento de prioridades.

Cuando se ha emitido más de un diagnóstico de enfermería, se debe establecer un orden de prioridad entre ellos, se intenta precisar los problemas más urgentes. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigidos a orientar la acción.

Se trata de establecer las prioridades, de ser posible se deben de consensuar con el usuario a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdidas de tiempo.

Lefebvre (1995) señala que una persona puede tener varios problemas de cuidados de enfermería, en ocasiones entrelazados unos con otros, e inclusive generar otros problemas que provocan reacciones en cadena, por ello es esencial establecer un orden de importancia de los problemas que surgen cuando el equilibrio biológico, psicológico, social o espiritual se rompe.

Además menciona que el orden de prioridad se establece en función de la importancia que la (el) enfermera (o) le atribuye a los problemas a partir de sus conocimientos científicos; a ésta le llama **importancia objetiva** y e función de la importancia que la persona da a sus dificultades y a su bienestar le llama **importancia subjetiva**.

La importancia objetiva se otorga en función de:

- Valores profesionales.
- Conocimientos científicos.
- Observaciones.
- Experiencia.

La importancia subjetiva se otorga en función de:

- Los sentimientos de la persona.
- El autoconocimiento.
- Su percepción.
- Experiencia personal.

Lefebvre también menciona que para determinar el grado de gravedad de un problema de cuidados de enfermería se utilizan los criterios de prioridad basados en los **valores**

profesionales. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción, como sigue:

1. Protección a la vida.
2. Prevención y alivio al sufrimiento.
3. Prevención y corrección de las disfunciones.
4. Búsqueda de bienestar.

1. Formulación de objetivos.

Una vez que se han priorizado los problemas, se deben de definir los objetivos de acuerdo a cada problema.

La provisión de cuidados enfermero efectivos requiere nos centremos en los resultados del *cliente*, que se formulan como *objetivos centrados en el cliente*.

Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1. **Medir la eficacia de los cuidados.** La enfermera mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. **Dirigir las intervenciones.** El personal de enfermería necesita saber qué pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. **Son factores de motivación.** Tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.

Los objetivos de enfermería en relación al tiempo se describen:

- a) **Corto plazo.** Describen los beneficios tempranos que esperan de las intervenciones enfermeras.
- b) **Largo plazo.** Describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan.

Los objetivos y los indicadores deben ser **medibles**. Considere los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.

Sujeto. ¿Quién se espera que alcance el resultado?

Verbo. ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

Condición. ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

Criterios de ejecución. ¿En qué grado va a realizar la acción?

Momento para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

Objetivos representativos de los tres dominios:

Dominio Afectivo: Resultados Esperados asociados con cambios de actitud, sentimientos, valores. Hace hincapié en lo sentimental, una emoción.

Dominio Cognitivo: Resultados esperados asociados con la adquisición de conocimientos, habilidades intelectuales, se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, precisan actividad de carácter intelectual.

Dominio Psicomotor: Resultados esperados asociados con el desarrollo de habilidades psicomotoras, se proponen el desarrollo muscular o motor. Ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular.

Verbos mensurables

COGNITIVO

Enseñar
Discutir
Identificar
Describir

AFECTIVO

Expresar
Compartir
Escuchar
Comunicar

PSICOMOTOR

Demostrar
Practicar
Realizar
Caminar

Intervenciones de Enfermería.

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera toda actividad o comportamiento que adapta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, buscando el mayor bienestar de la persona cuidada ¹⁸

Desde el punto de vista funcional la (el) enfermera (o) planifica actuaciones para:

- Promoción de la salud.
- Prevenir la enfermedad,
- Restablecer la salud.
- Rehabilitar.
- Favorecer una muerte digna.

¹⁸ Phaneuf (1999). op. cit. Pág. 140

Tipos de intervenciones¹⁹:

Intervenciones independientes o autónomas. Son las actividades que el personal de enfermería está autorizado a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Son las indicadas por la enfermera como respuesta a un diagnóstico de enfermería y comprenden:

Cuidados físicos.
Apoyo.
Evaluación continua.
Consuelo emocional.
Docencia.
Asesoramiento.
Cuidado al entorno.
Referencia a otros profesionales de la salud.

Intervenciones dependientes. Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión o bien según procedimientos sistematizados.

Intervenciones de colaboración o interdependientes. Son acciones que el personal de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria.

4. Desarrollo de planes de cuidados.

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados que se proporcionan.

Objetivos de planes escritos.

- 1. Ofrecer directrices, para planes de cuidados individualizados.**
- 2. Facilitar la continuidad de los cuidados.**
- 3. Orientar sobre qué debe quedar documentado.**
- 4. Orienta para designar al personal, que va a atender al paciente.**

¹⁹ Carpenito (1990) op. cit. pág. 72

Tipos de Planes²⁰.

Individualizados. Se realizan para cada situación de un paciente en particular, se basa en la valoración detallada del paciente o grupo específico.

Estandarizado. Se trata de protocolos de cuidados adecuados para los pacientes que presentan problemas habituales o previsibles asociados a un diagnóstico enfermero o a un problema de salud.

Informatizado. Estos se realizan mediante un equipo informático; se pueden generar planes individualizados y estandarizados de acuerdo a los programas de computo.

Utilidad de los planes de cuidado.

Tomas Vidal (1996) menciona la utilidad de los planes de cuidado.

En la actividad clínica, obliga al planteamiento sobre la fundamentación científica de las intervenciones de enfermería.

Legal, documentos en los que quedan explícitos los problemas que trata enfermería en una situación legal.

Trabajo en equipo, contribuye a la mejora de la comunicación y facilita que otros profesionales conozcan la aportación de enfermería al cuidado de la salud.

5. Documentación y registro.

Consiste en registrar organizados los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones las cuales deben registrar: fecha, verbo de acción (colocar vendaje, enseñar, etc.), área de contenido, el dónde y el qué (colocar vendaje en miembros inferiores), tiempo, o con que frecuencia debe producirse la acción y firma.

²⁰ Bertha A. Rodríguez S. (2002). Proceso Enfermero Aplicación Actual (2° Ed.) Ediciones Cuellar. Pág. 86

1.1.4. EJECUCIÓN

Cuarta fase del proceso de cuidados de enfermería, en esta se pone en marcha el plan de cuidados. Inicia una vez que se ha finalizado la planificación, y en ocasiones requiere de aplicación inmediata (ante la detección de problemas que requieren atención urgente).

Para la ejecución satisfactoria del plan de cuidados se requiere tanto de *habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas*.

La ejecución consta de tres etapas:

1. **Preparación.**
2. **Intervención de Enfermería.**
3. **Documentación.**

1. Preparación.

Consiste en:

- a) **Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.**

Al preparar la ejecución el personal de enfermería debe revisar el plan y asegurarse que lo planificado es oportuno, especialmente en lo que a las órdenes de enfermería se refiere.

- b) **Analizar los conocimientos y habilidades necesarias.**

El personal de enfermería debe contar con un alto nivel de conocimientos y habilidades para la ejecución del plan de cuidados. La (el) enfermera (o) es responsable del plan, debe determinar quién es la persona idónea para realizar las actividades necesarias con relación a su complejidad.

- c) **Reconocer las complicaciones potenciales.**

Es necesario conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería en el usuario.

- d) **Proporcionar los recursos necesarios.**

Tener dispuestos los recursos necesarios favorece la organización del trabajo y garantiza que los usuarios obtengan una atención de calidad.

e) **Proporcionar un entorno adecuado y seguro.**

Crear un ambiente terapéutico garantiza la calidad en la atención y la satisfacción del usuario.

2. Intervenciones de Enfermería.

Llevar a cabo las intervenciones de enfermería significa estar preparada para ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes, dependientes e interdependientes.

Alfaro sugiere las siguientes directrices²¹:

Revise el plan y cerciórese de que conoce las razones y principios para la intervención.

Decida si Usted está cualificada y es competente para ejecutar las intervenciones (si no busque ayuda).

Valore la situación actual del usuario y decida si las intervenciones aún son apropiadas.

Prevea los posibles resultados: fórmese una imagen de lo que va a hacer, piense en lo que podría pasar, qué podría ir mal y que puede hacer al respecto.

Razonamiento crítico y ejecución.

El razonamiento crítico es una parte integrante de la ejecución. El profesional de enfermería que utiliza este tipo de razonamiento para ejecutar los cuidados está constantemente anticipando problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario y resolviendo problemas para superar los obstáculos.

Aplicando el modo de razonamiento crítico, se pueden plantear las siguientes preguntas.

- 1.- ¿Cual es el problema?
- 2.- ¿Que información necesito y como la puedo obtener?
- 3.- ¿Que significan los datos?
- 4.- Basándome en los hechos, ¿Qué debo hacer?
- 5.- ¿Hay otra preguntas que debería hacer
- 6.- ¿Es esta la mejor forma de tratar el problema?

²¹ Alfaro Rosalinda (2003) op. cit. pág. 169

El uso del razonamiento crítico le permite determinar si las investigaciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

3. Documentación.

Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas un registro completo y exacto de la valoración, intervención y respuestas del usuario adquiere un valor fundamental en la ejecución, ya que comunica los cuidados a otros profesionales de la salud que necesitan estar informados de las actividades realizadas y su evolución, además es un registro legal de los cuidados administrados al paciente.

Anotaciones.

- No se fíe de la memoria, escriba sus notas tan pronto como sea posible.
- Registre inmediatamente las acciones importantes.
- Siga las políticas y procedimientos para las anotaciones.
- Anote siempre las variaciones de acuerdo a los parámetros normales.
- Firme, anote su nombre o iniciales.
- Limítese a los hechos; evite un lenguaje que transmita juicios de valor.

1.1.5. EVALUACIÓN

Etapa final del proceso de enfermería, la cual tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. La evaluación a de ser planificada y sistemática, lo que supone una actividad intelectual que requiere orden para dar continuidad al ciclo dinámico en el que se desarrolla la atención de enfermería²².

La finalidad de la evaluación es:

- Verificar la consecución de los objetivos.
- Tratar de averiguar lo que podría mejorarse.
- Rectificar el curso de la acción.
- Asegurar cuidados de calidad.

Es importante evaluar la satisfacción de la persona cuidada, Virginia Henderson, señala “La observación continua y la interpretación de las reacciones del enfermo, comparadas con la manera como el enfermo considera la ayuda que necesita y la actuación que de ella se deriva, son la garantía de la eficacia de los cuidados”.

La enfermera procede a la evaluación observando el comportamiento de la persona, ve si tiene buen apetito, si duerme bien, charla con ella y consulta la historia clínica.

Secuencia para realizar la evaluación de resultados.

1. Obtener datos que se reúnen mediante la observación y la entrevista directamente con el paciente.
2. Comparar; una vez obtenidos los datos, se establece la comparación entre el resultado esperado y el resultado real.
3. Elaborar un juicio o una conclusión con el fin de finalizar el plan o de iniciar el proceso de retroalimentación.

La evaluación no puede tener lugar sin **el razonamiento crítico**, el proceso de realización de juicios se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información reunida; cuando ordena la información y determina que otros hechos necesita para evaluar el progreso del cliente, utiliza **el razonamiento crítico y la habilidad analítica**.

Actualmente la enfermería tiene la necesidad de unificar y estandarizar un lenguaje propio de la disciplina, en esta fase se ha trabajado en el proyecto de Iowa: la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) o *Nursing Outcomes Classification*. (NOC)

²² Andrade, Chávez. (2004) op. cit. pág. 101

Este se desarrolló por la necesidad de obtener información sobre los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados enfermeros , sin estos datos, las organizaciones tienen escasa información en que basar las decisiones sobre la dotación de personal, la relación costo- efectividad que apoye cambios estructurales o sistemas en el proceso de administración de cuidados de enfermería.

El NOC incluye 260 resultados agrupados en 7 campos o dominios, 29 clases.

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO.

Antecedentes.

Los estudios de enfermería pasaron por diversos estadios de desarrollo gradual ²³

1. ***Etapa de currículo.*** En esta etapa la pregunta era qué deberían estudiar y aprender las estudiantes para convertirse en enfermeras. Se trata de la formación de las enfermeras de un ámbito hospitalario a las universidades.
2. ***Era de la investigación.*** Enfermería realiza una formación superior y llega a la concepción común de la edad científica de que la investigación era el camino hacia el nuevo conocimiento.
3. ***Era de la educación superior.*** Surgen los másters en enfermería para cubrir las necesidades de enfermería con una formación especializada (estos consideraban un curso de investigación y un curso en teoría de enfermería o modelo conceptual de enfermería).
4. ***Era de la teoría.*** Extensión normal de la era de la investigación que junto con la era de la teoría y la investigación crearon la ciencia enfermera.
5. ***Fase contemporánea.*** Se da énfasis en el uso de la teoría en la práctica de enfermería.

Los trabajos teóricos han situado a las enfermeras en un nivel superior, los marcos y las teorías están diseñadas para proporcionar a las enfermeras una perspectiva del paciente. Dicha perspectiva también es característica de una profesión, y toda profesión proporciona un servicio público y se centra en la persona a las cuales presta el servicio.

Los factores que intervienen en la práctica de enfermería son complejos, y la cantidad de datos (información) que sus profesionales deben manejar es enorme. Es necesario analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente antes de tomar una decisión. El enfoque teórico ayuda a las enfermeras a controlar la información y a aplicar las prácticas de enfermería de modo ordenado. La teoría les permite organizar y comprender lo que sucede en la práctica, analizar las situaciones de los pacientes de modo crítico para tomar decisiones, planificar los cuidados y proponer las intervenciones de las enfermeras adecuadas, decidir los resultados esperados del paciente con respecto a la atención prestada y evaluar su eficacia.

La elaboración de este Proceso atención Enfermero se basa en el modelo conceptual de Virginia Henderson del cual se hace mención a continuación.

²³ Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. (2003) Modelos y Teorías en Enfermería (5ª ed.) M. Mosby. pág. 4

1.3 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson (1897 – 1996) Nació en Kansas City Missouri, empezó a interesarse por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Mientras era profesora del Teachers College, reescribió la cuarta edición del libro de Berta Hamer de 1939 Textbook of Principles and practice of Nursing. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson.

Henderson incorporo los principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. Sus conocimientos en estas áreas se basan en la enseñanza de Stackpole y Thorndike durante la época que estudiaba en el Teachers Collage.

Lo que llevo a V. Henderson a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia.

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES²⁴.

Enfermería.

“La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”

Salud.

Virginia Henderson define a la salud como un sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Entorno.

Conjunto de de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

²⁴ Marriner, Rayle (2003) op.cit. pág. 10

Persona (paciente).

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma el paciente y su familia son una unidad.

Necesidades.

Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero, y son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener la higiene corporal, y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles

Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención²⁵.

1.- En las etapas de **valoración y Diagnóstico**, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos.

Esta etapa determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad de tal satisfacción.
- La interrelación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente.

Los diagnósticos están agrupados en nueve patrones de respuesta humana.

1. Intercambio.
2. Comunicación.
3. Relaciones.
4. Valores.
5. Elección.
6. Movimiento.
7. Percepción.
8. Conocimientos.
9. Sentimientos.

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

²⁵ Luis Teresa. Et. Al. (2003) op. cit. pág. 44

Fijar prioridades.

Significa determinar que diagnósticos deben ser tratados en primer término, en función de una serie de principios que de acuerdo con R. Alfaro (1992), están integrados en los siguientes elementos.

- 1.- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- 2.- El plan general de tratamiento.
- 3.- El estado general de salud del cliente.
- 4.- La presencia de problemas potenciales.

Fijar objetivos.

Siguiendo la estructura del modelo de V. Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente/usuario en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Al formular los diagnósticos se ha de tener en mente la estructura del modelo, identificando en la etiología del problema una posible falta de conocimientos, fuerza, o voluntad, como origen o causa de la dificultad.

Objetivo general.

Indica solamente la resolución o mejora del problema identificado en la etiqueta diagnóstica.

2.- En las etapas de **Planificación y Ejecución**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación.

Determinación de las actividades.

Continuando con el modelo de Henderson y después de haber formulado los objetivos, lo primero que debe decidirse es si el modo de intervención que vamos a planificar debe ir encaminado a la *suplencia o a la ayuda, total o parcial* es decir, solo realizará la enfermera o bien conjuntamente la enfermera, el cliente y/o la familia.

Estas actividades irán encaminadas de acuerdo a los objetivos específicos a *reforzar, aumentar, sustituir, añadir o complementar la fuerza, voluntad, conocimientos* que le faltan al paciente/cliente cuando la etiología del problema es conocida y puede ser reducida, controlada o eliminada

3.- Finalmente, en la etapa de **Evaluación**, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible.

También en esta etapa se procede a evaluar los objetivos fijados. La evaluación sirve para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, o personas (paciente, familia, enfermera).

1.4. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL CORAZÓN

El corazón humano es un órgano muscular que posee cuatro cavidades y que tiene la forma y el tamaño aproximado de la mano empuñada. Está situado en el mediastino, aproximadamente dos terceras partes de la masa a la izquierda de la línea media del cuerpo, y la otra tercera parte a la derecha.

El borde inferior del corazón, que forma un ángulo romo llamado vértice o punta está sobre el diafragma orientado hacia la izquierda. El borde superior del corazón o base está inmediatamente por debajo de la segunda costilla²⁶.

MORFOLOGÍA CARDIACA

Cavidades cardíacas

El corazón se divide en cuatro cavidades, dos superiores o **aurículas** (o atrios) y dos inferiores o **ventrículos**. Las aurículas reciben la sangre del sistema venoso, pasan a los ventrículos y desde ahí salen a la circulación arterial.

La aurícula derecha y el ventrículo derecho forman lo que clásicamente se denomina el **corazón derecho**. Recibe la sangre que proviene de todo el cuerpo, que desemboca en la aurícula derecha a través de las venas cavas superior e inferior. Esta sangre, baja en oxígeno, llega al ventrículo derecho, desde donde es enviada a la circulación pulmonar por la arteria pulmonar. Dado que la resistencia de la circulación pulmonar es menor que la sistémica, la fuerza que el ventrículo debe realizar es menor, razón por la cual su tamaño es considerablemente menor al del ventrículo izquierdo.

La aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo forman el llamado **corazón izquierdo**. Recibe la sangre de la circulación pulmonar, que desemboca a través de las cuatro venas pulmonares a la porción superior de la aurícula izquierda. Esta sangre es oxigenada y proviene de los pulmones. El ventrículo izquierdo la envía por la arteria aorta para distribuirla por todo el organismo.

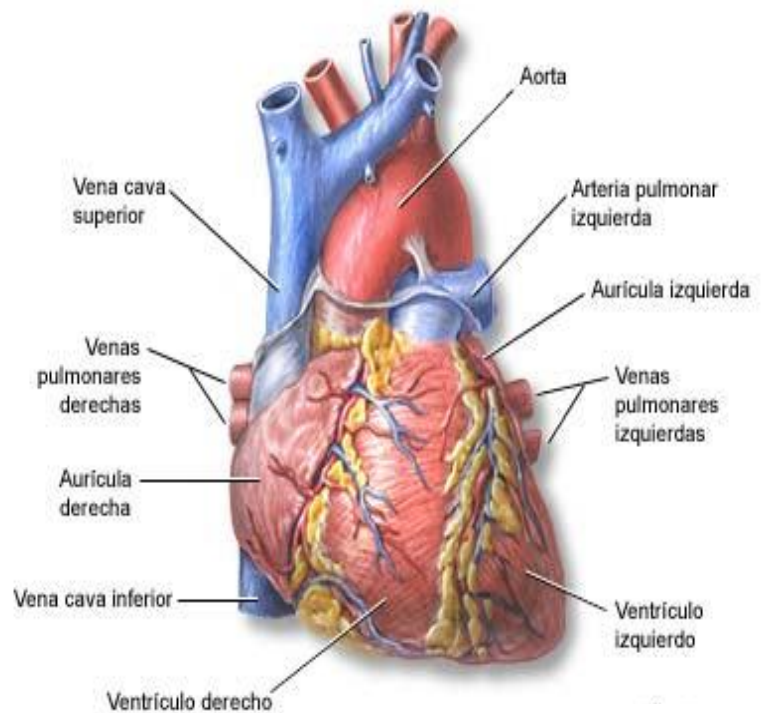
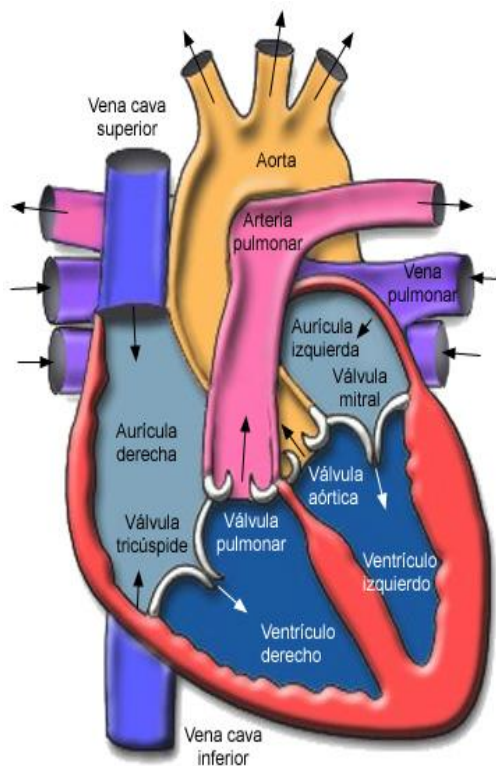
El tejido que separa el corazón derecho del izquierdo se denomina septo o tabique. Funcionalmente, se divide en dos partes no separadas: la superior o *tabique interauricular*, y la inferior o *tabique interventricular*. Este último es especialmente importante, ya que por él discurre el fascículo de His, que permite llevar el impulso a las partes más bajas del corazón.

Válvulas cardíacas

²⁶ Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez (1989) Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrúa.

Las válvulas cardíacas son las estructuras que separan unas cavidades de otras, evitando que exista reflujos retrógrado. Están situadas en torno a los *orificios atrioventriculares* (o aurículo-ventriculares) y entre los ventrículos y las arterias de salida. Son las siguientes cuatro:

- La **válvula tricúspide**, que separa a la aurícula derecha del ventrículo derecho.
- La **válvula pulmonar**, que separa el ventrículo derecho de la arteria pulmonar.
- La **válvula mitral**, que separa la aurícula izquierda del ventrículo izquierdo
- La **válvula aórtica**, que separa el ventrículo izquierdo de la arteria aorta.



ESTRUCTURA DEL CORAZÓN

De dentro a fuera el corazón presenta las siguientes capas:

El **endocardio**, una capa de endotelio de revestimiento interno, con la cual entra en contacto la sangre.

El **miocardio**, el músculo cardíaco propiamente dicho, que impulsa la sangre por el cuerpo.

El **pericardio**, es una capa fibrosa que envuelve al corazón y se divide en dos partes:

- **Pericardio Fibroso:** constituye la parte más externa y resistente del pericardio, formado por el tejido conjuntivo denso.
- **Pericardio Seroso:** Es interno y está formado por dos hojas (parietal y visceral) y tiene una función lubricante.

RIEGO SANGUINEO.

Las células del miocardio reciben la sangre por dos vasos de pequeño calibre, las arterias coronarias derecha e izquierda. El nacimiento de estos vasos importantísimos está situado detrás de las hojuelas de las válvulas sigmoideas aórticas, se desprenden de la aorta en su mismo comienzo, y son sus primeras ramas. Las arterias coronarias derecha e izquierda tienen dos ramas principales²⁷.

a) Arteria coronaria derecha:

- Arteria interventricular posterior: da ramas a los ventrículos izquierdo y derecho.
- Arteria del borde derecho del corazón o marginal derecha: da ramas a aurícula y ventrículo derecho.

b) Arteria coronaria izquierda:

- Arteria interventricular anterior: da ramas a los ventrículos izquierdo y derecho.
- Arteria auriculoventricular izquierda o circunfleja: da ramas a aurícula y ventrículo izquierdos

²⁷ Catherine Parker Antony, Norma Jane Kolthof. (1977) Anatomía y Fisiología (9º ed.) Editorial Interamericana. pág. 340

FISIOLOGÍA DEL CORAZÓN

Cada latido del corazón desencadena una secuencia de eventos llamados ciclos cardíacos, que constan principalmente de tres etapas: sístole atrial, sístole ventricular y diástole. El ciclo cardíaco hace que el corazón alterne entre una contracción y una relajación aproximadamente 75 veces por minuto, es decir el ciclo cardíaco dura unos 0,8 segundos²⁸.

Durante la **sístole atrial**, las aurículas se contraen y proyectan la sangre hacia los ventrículos. Una vez que la sangre ha sido expulsada de los atrios, las válvulas atrioventriculares entre los atrios y los ventrículos se cierran. Esto evita el reflujo de sangre hacia los atrios. El cierre de estas válvulas produce el sonido familiar del latido del corazón. Dura aprox. 0,1 s.

La **sístole ventricular** implica la contracción de los ventrículos expulsando la sangre hacia el sistema circulatorio. Una vez que la sangre es expulsada, las dos válvulas sigmoideas, la válvula pulmonar en la derecha y la válvula aórtica en la izquierda, se cierran. Dura aprox. 0,3 s.

Por último la **diástole** es la relajación de todas las partes del corazón para permitir la llegada de nueva sangre. Dura aprox. 0,4 s.

En el proceso se pueden escuchar dos sonidos;

- El primer ruido cardíaco lo ocasiona el cierre de dos válvulas: tricúspide y bicúspide o mitral.
- El segundo por el cierre de también dos válvulas: sigmoidea aórtica y sigmoidea pulmonar.

Este movimiento se produce unas 70 veces por minuto.

La expulsión rítmica de la sangre provoca el pulso que se puede palpar en las arterias radiales, carótidas, femorales, etc.

Si se observa el tiempo de contracción y de relajación se verá que los atrios están en reposo aprox. 0,7 s y los ventrículos unos 0,5 s. Eso quiere decir que el corazón pasa más tiempo en reposo que en trabajo.

En la fisiología del corazón, cabe destacar, que sus células se despolarizan por sí mismas dando lugar a un potencial de acción, que resulta en una contracción del músculo cardíaco. Por otra parte, las células del musculo cardíaco se "comunican" de manera que el potencial

²⁸ Parker, Kolthof. 1997. op. cit. Pág. 342-343

de acción se propaga por todas ellas, de tal manera que ocurre la contracción del corazón. El músculo del corazón jamás se tetaniza (los cardiomiocitos tienen alta refractariedad, es por eso que no hay tétanos)

El nodo sinusal tiene actividad marcapasos, esto significa que genera ondas lentas en el resto del tejido sinusal.

SISTEMA DE CONDUCCIÓN

El músculo cardíaco es miogénico. Esto quiere decir que, a diferencia del músculo esquelético, que necesita de un estímulo consciente o reflejo, el músculo cardíaco se excita a sí mismo. Las contracciones rítmicas se producen espontáneamente, así como su frecuencia puede ser afectada por las influencias nerviosas u hormonales, como el ejercicio físico o la percepción de un peligro.

La estimulación del corazón está coordinada por el sistema nervioso autónomo, tanto por parte del sistema nervioso simpático (aumentando el ritmo y fuerza de contracción) como del parasimpático (reduce el ritmo y fuerza cardíacos).

La secuencia de las contracciones está producida por la despolarización (inversión de la polaridad eléctrica de la membrana debido al paso de iones activos a través de ella) del nodo sinusal o *nodo de Keith-Flack* (nodus sinuatrialis), situado en la pared superior de la aurícula derecha. La corriente eléctrica producida, del orden del microvoltio, se transmite a lo largo de las aurículas y pasa a los ventrículos por el nodo auriculoventricular (nodo AV) situado en la unión entre los dos ventrículos, formado por fibras especializadas. El nodo AV sirve para filtrar la actividad demasiado rápida de las aurículas. Del nodo AV se transmite la corriente al fascículo de His, que la distribuye a los dos ventrículos, terminando como red de Purkinje²⁹

Este sistema de conducción eléctrico explica la regularidad del ritmo cardíaco y asegura la coordinación de las contracciones auriculoventriculares. Esta actividad eléctrica puede ser analizada con electrodos situados en la superficie de la piel, llamándose a esta prueba electrocardiograma o ECG.

²⁹ Quiroz (1989) op. cit. Pág. 43-34

1.5. FISIOPATOLOGÍA DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Definición. El infarto miocárdico agudo es un síndrome clínico resultante de un riego deficiente para una zona de miocardio; a nivel de las arterias coronarias, termina en muerte y necrosis celular. Se caracteriza por dolor precordial intenso y prolongado, similar, pero más intenso que el de la angina de pecho, y signos de lesión miocárdica, incluyendo cambios electrocardiográficos agudos y un aumento de actividad de ciertas enzimas séricas.

Etiología. La aterosclerosis de las arterias coronarias es el denominador común en la gran mayoría de los pacientes con infarto agudo del miocardio, Aunque resulta atractivo considerar el infarto miocárdico agudo como resultado directo de brusca obstrucción de una arteria coronaria principal, los estudios de anatomía patológica indican que no siempre ocurre así. Puede observarse infarto sin oclusión, y también hay oclusión en ausencia de infarto. Cuando existe oclusión, se descubre en grandes arterias coronarias extramiocárdicas, generalmente a 1 ó 2 centímetros de su origen. La oclusión puede resultar de trombosis aguda, hemorragia subíntima o rotura de una placa ateromatosa, que puede iniciar la formación de coágulos.

Manifestaciones Clínicas. La característica más notable del infarto coronario agudo es un dolor intenso y prolongado. Suele ser similar al de la angina pero mucho más intenso y persistente y persistiendo mucho mayor tiempo. Suele durar por lo menos media hora, pero puede prolongarse varias horas. La nitroglicerina no brinda alivio, o solo disminuye temporalmente el ataque, El dolor suele aliviarse administrando opiáceos, aunque quizá se necesiten dosis repetidas.

El dolor se describe como opresor o de aplastamiento, como una molestia muy profunda dentro del tórax. Frecuentemente los pacientes se comprimen el esternón o aseguran que sienten un gran peso sobre el pecho, igual que si una persona estuviera sentada en ellos o si tuviera una roca encima. El dolor es una molestia visceral profunda, generalmente no descrita como aguda o lancinante. La irradiación del dolor es similar a la de la angina: puede percibirse en brazo derecho o izquierdo, generalmente este último, en el codo y hasta los dedos, en maxilar inferior, espalda o zona epigástrica.

Signos físicos. El paciente con infarto agudo suele estar inquieto, ansioso, con dolor muy intenso, cara pálida con tinte de ceniza, y lechos ungueales cianóticos, es frecuente el sudor y la piel está fría.

Datos de laboratorio. El examen sistemático de laboratorio demuestra anomalías compatibles con necrosis del tejido. La **temperatura** suele estar elevada durante los tres a cinco días después del infarto agudo. El aumento suele ser ligero de 27.5 a 38.5 grados, pero a veces la temperatura es muy alta, hasta 40°C.

Siempre hay **leucocitosis**, pero no suele durar más de cinco a siete días; son corrientes los recuentos de 12000 a 15000 células por milímetro cúbico con desviación a la izquierda³⁰. Los análisis seriados de actividad en la sangre de diversas enzimas que normalmente son intracelulares tienen gran valor para establecer el diagnóstico de infarto de miocardio agudo. La fosfoquinasa de creatina sérica (CPK) y las enzimas que se encuentran a elevada concentración en corazón, músculo esquelético y cerebro, se elevan rápidamente y alcanzan sus niveles máximos aproximadamente en 24 horas después del infarto del miocardio. La actividad sérica regresa a la normalidad dentro de las 72 horas siguientes. La transaminasa glutámica oxaloacética (GOT) es una enzima que existe en concentración elevada en miocardio y músculo esquelético, hígado, cerebro y riñón. La actividad sérica normal es de 30 a 60 unidades internacionales. Después de infarto de miocardio la actividad sérica aumenta, alcanzando un máximo en 48 a 72 horas y disminuyendo después poco a poco hasta valores normales en cinco días.

Electrocardiograma. El electrocardiograma es muy útil para valorar al paciente con diagnóstico probable de infarto de miocardio agudo. Durante la etapa temprana del infarto los segmentos S-T están muy aumentados en las derivaciones que corresponden a la zona del infarto, con depresión recíproca del segmento S-T en otras partes. Cuando el infarto evoluciona eléctricamente los segmentos S-T se deprimen y las ondas T se invierten.

Diagnóstico. El diagnóstico del infarto miocárdico agudo es fácil cuando el paciente se presenta con dolor intensísimo precordial que dura 30 minutos o más, y el electrocardiograma demuestra ondas Q características, con aumento del segmento S-T en la etapa hiperaguda. Pero el infarto miocárdico puede tener manifestaciones clínicas muy diversas, y a veces es difícil reconocer un episodio agudo.

El diagnóstico se funda en una triada clínica: 1) dolor cardíaco prolongado, más intenso y duradero que el de la angina; 2) electrocardiogramas anormales con evolución progresiva del trazado, y 3) aumento y disminución ulterior de la actividad enzimática del suero. Tiene que haber por lo menos dos de estos signos para confirmar el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial. El problema que más frecuente se presenta es saber si un paciente ha tenido un ataque prolongado de angina o un infarto. Se desarrollan anomalías electrocardiográficas durante la angina, pero regresan al trazado previo cuando ha desaparecido el dolor. No hay fiebre ni leucocitosis. Las enzimas séricas no aumentan después de una crisis de angina de pecho. Las anomalías electrocardiográficas persistentes después de un dolor intenso de angina, sugieren que se ha desarrollado un infarto subendocárdico no transmural, especialmente si hay cambios de la actividad sérica enzimática. Aunque suele darse gran valor a la estimación de las enzimas séricas, probablemente puedan producirse pequeños infartos aislados sin aumento manifiesto de la actividad enzimática³¹.

³⁰ Paul B. Beenson, Walsh Mc. Dermott. (1977) Tratado de Medicina Interna 9ª Ed. Interamericana pág 1197

³¹ Paul B. Beenson 1977. op. cit. pág.1199

Fisiopatología. Los síndromes Coronarios Agudos por aterotrombosis previamente considerados como la expresión final de una enfermedad por depósito de colesterol, hoy el acúmulo de la evidencia actual exige entender a la aterogénesis como una compleja interacción de factores de riesgo, células de la pared arterial, elementos hemostáticos y mensajes celulares.

Estudios experimentales y clínicos establecen a la inflamación como un componente fundamental no sólo en todos los estadios vasculares de la aterosclerosis sino que también participa en las complicaciones locales, miocárdicas y sistémicas de este proceso fibroproliferativo³².

Gravedad de un infarto de miocardio

Los infartos de miocardio pueden ser mortales de forma inmediata, pueden evolucionar a enfermedad crónica, o pueden resolverse completamente. La tasa de hospitalización por el primer infarto no ha cambiado de forma significativa en los últimos años.

La mejora de los tratamientos ha disminuido de manera significativa las tasas de mortalidad y reingreso hospitalario.

Individuos de alto riesgo.

- Ancianos
- Antecedentes de infarto o factores de riesgo.
- Insuficiencia cardiaca
- Diabetes
- Diálisis de larga evolución.

Factores de mal pronóstico.

- Arritmias (fibrilación ventricular)
- Signos de lesión física grave en el corazón.
- Shock. Aparece en el 7% de los infartos. Su incidencia no ha disminuido en los últimos años, aunque la tasa de supervivencia ha mejorado.
- Bloqueo cardíaco, (AV) estos pueden tratarse de forma eficaz con un marcapasos y raramente producen complicaciones a largo plazo en los pacientes que sobreviven.

³² Armando García castillo et. Al. Guías clínicas para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Grupo de trabajo de la Sociedad Mexicana de Cardiología y Asociación Nacional de Cardiólogos de México, archivos de Cardiología de México. 2006 pág. 16

Resultados a largo plazo

El pronóstico a largo plazo tanto en la duración como en la calidad de vida tras un infarto depende de la gravedad y de las medidas preventivas tomadas posteriormente. Aunque en este momento no existen pruebas que puedan predecir de forma fidedigna si ocurrirá otro infarto, los expertos estiman que más del 30% de los ataques mortales y algunas cirugías posteriores podrían evitarse con la adopción de cambios saludables en el estilo de vida y el cumplimiento del tratamiento médico. Dos tercios de los pacientes que han sufrido un infarto, sin embargo, no siguen los pasos necesarios para prevenir el siguiente.

FACTORES DE RIESGO

La presencia de más de un factor de riesgo puede ser muy peligrosa, ya que cada uno de ellos puede aumentar en gran medida el efecto de otro (sinergismo)³³.

Sexo

La enfermedad coronaria es más frecuente en hombres de mediana edad. Las mujeres pasan, como media, de diez a quince años más que los hombres, sin sufrir una enfermedad cardíaca, pero a medida que envejecen las mujeres alcanzan a los hombres. De hecho, las mujeres tienen más probabilidades de sufrir angina que los hombres. Por lo que se refiere a la edad, los índices de supervivencia por ataques cardíacos son similares en hombres y en mujeres, pero las mujeres jóvenes tienen un mayor riesgo de muerte por infarto que los hombres de la misma edad. Los motivos de esto no están claros. . Los estrógenos, que parecen proteger al corazón, pueden tener algo que ver, y puede ser que muchas mujeres jóvenes que sufren ataques cardíacos tengan niveles de estrógenos inferiores..

Tabaco

Los fumadores de entre treinta y cuarenta años tienen un índice de ataque cardíaco cinco veces mayor que el de los no fumadores de este mismo grupo de edad

Colesterol y otros lípidos

Una serie de estudios ha demostrado ahora que, es necesario reducir las LDL (el llamado colesterol malo) y los niveles totales de colesterol y potenciar los niveles de HDL (el llamado colesterol bueno)

Hipertensión.

³³ J. Vargas Barron et. Al. Diagnóstico de la cardiopatía Isquémica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (1999) Edit. Medica Panamericana. Pág. 24

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular mayor. Se asocia directamente con cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia arterial periférica y muerte prematura³⁴

Estilo de vida sedentario y ejercicio

Las personas sedentarias tienen al menos el doble de posibilidades de sufrir un infarto frente a aquellas que hacen ejercicio de forma regular. El ejercicio aeróbico moderado practicado de forma regular beneficia al corazón de diferentes formas.

El ejercicio agotador puede ser una situación de riesgo de angina e infarto para las personas con angina inestable o que han sufrido con anterioridad un IM. Asimismo, las actividades que impliquen subir los brazos por encima de la cabeza pueden implicar riesgo, y las personas que sufren de angina de pecho nunca deben realizar ejercicio después de comer.

Diabetes.

Aproximadamente 177 millones de personas en el mundo son diabéticas, de las cuales dos terceras partes viven en países en vías de desarrollo.

La OMS estima que el número de diabéticos se va a incrementar a 300 millones aproximadamente para el año 2025, en parte debido a un estilo de vida cada vez menos saludable.

Tanto la diabetes tipo 1 como la tipo 2 son factores de riesgo poderoso e independiente para la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad arterial periférica³⁵

Obesidad

La obesidad está relacionada con la hipertensión, la diabetes, los niveles altos de colesterol y la falta de ejercicio físico, todos ellos factores contribuyentes al infarto de miocardio.

La obesidad abdominal ("curva de la felicidad"). Los hombres con una cintura de más de 90 cm. y niveles altos de triglicéridos, corren un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad cardíaca).

³⁴ Dr. Hermes Ilarraza Lomelí. Et. Al. Rehabilitación y Prevención Cardiovascular, Programa Latinoamericano de Actualización en Cardiología. 2004, pág. 282

³⁵ Ibid..... pág. 284

Hábitos alimentarios

Grasas

Los expertos creen ahora que las grasas pueden tener tanto efectos nocivos como beneficiosos. Tanto si son nocivos o beneficiosos son ricos en calorías.

Hidratos de carbono

Las comidas muy ricas en hidratos de carbono tienden a desencadenar episodios de angina, probablemente por incrementar los niveles de insulina. Un estudio sugirió, de hecho, que el azúcar podría ser, en las mujeres, un factor de riesgo más importante que las grasas.

Sal

Los estudios indican que la ingesta de sodio puede ser un factor importante que contribuye a la enfermedad cardíaca en personas con sobrepeso

FACTORES PSICOLÓGICOS

Estrés.

El estrés mental es un importante desencadenante de angina de pecho, igual que el estrés físico.

Depresión.

En pacientes con cardiopatía isquémica la presencia de depresión se asocia con mayor número de eventos coronarios³⁶

ALCOHOL

Los efectos del alcohol en la enfermedad coronaria varían dependiendo del nivel de consumo.

ESTRÓGENOS

Beneficios de los estrógenos. Los estrógenos parecen tener muchos beneficios para el corazón:

- Protegen contra el colesterol no saludable, triglicéridos y otros niveles de lípidos.

³⁶ Ilarraza, et. Al. (2006). op. cit. pàg. 290

- Puede tener acciones directas en los vasos sanguíneos, relajándolos y abriéndolos y manteniendo liso su interior.
- El estrógeno es también un antioxidante. Ayuda a neutralizar los radicales libres de oxígeno.
- Los efectos de los estrógenos en la presión arterial no están claros; los anticonceptivos orales, por ejemplo, parecen aumentar ligeramente la presión.
- El estrógeno también afecta a muchos factores de coagulación sanguínea del hígado; reduce la viscosidad de la sangre (espesor) y puede mejorar la fibrinólisis, el proceso natural de destrucción de los coágulos sanguíneos. Los efectos de los estrógenos en la coagulación, sin embargo, son complejos, ya que también hay un aumento conocido del riesgo de sufrir tromboembolismo en las mujeres que toman estrógenos.

Tratamientos de sustitución hormonal. Tras la menopausia, los niveles de estrógenos disminuyen de forma espectacular. No obstante, la terapia sustitutiva hormonal para las mujeres postmenopáusicas es problemática. Una serie de estudios han afirmado que los sustitutos de los estrógenos ayudan a evitar que desarrolle desde el principio la enfermedad cardíaca. Ni el tratamiento sustitutivo de estrógenos ni los estrógenos combinados con progestinas parecen detener la progresión de la enfermedad cardíaca en mujeres que ya muestran signos de ella.

FACTORES GENÉTICOS

Los factores genéticos están relacionados con el aumento de probabilidades de desarrollar importantes factores de riesgo

AGENTES INFECCIOSOS

Algunos microorganismos y virus han resultado sospechosos de desencadenar la inflamación en las arterias y de contribuir al riesgo de enfermedad cardíaca. Los principales sospechosos han sido *Chlamydia pneumoniae*, *H. pylori*, herpesvirus y el citomegalovirus.

Marcadores de necrosis miocárdica:

- Troponinas. Se elevan entre 4 y 10 horas después del inicio de los síntomas, con elevación máxima a la 12 ó 40 horas, y puede persistir hasta por 21 días³⁷.
- Creatin quinasa (CK-MB). Las CK-MB han sido el marcador standard pero no el más preciso ya que sus niveles elevados pueden aparecer en personas sin daño cardíaco. Ciertas formas de CK-MB puede mejorar la especificidad de esta prueba en la lesión cardíaca.
- Mioglobina. La mioglobina es una proteína que se encuentra en el músculo cardíaco. Se libera precozmente en el corazón dañado y puede ser útil en combinación con las CK-MB y las troponinas.

³⁷ Garcia-Castillo. Et. Al. (2006) op. cit. pág.19

- Fibrinógeno. El fibrinógeno es una proteína involucrada en la coagulación sanguínea.
- Proteína C reactiva. La proteína C reactiva es un producto del proceso inflamatorio. Los marcadores que muestran una respuesta inflamatoria intensa en pacientes con angina inestable pueden ser importantes indicadores para realizar un tratamiento agresivo.

Técnicas de imagen

-Ecocardiograma.

- Resonancia magnética.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO Y GRAVEDAD

Los pacientes con dolor torácico y un ECG con segmentos ST elevados y otros signos obvios de obstrucción grave sufren episodios de angina y posibilidad de infartos por lo cual deben ser tratados inmediatamente. Sin embargo, los pacientes con dolor torácico y un ECG que muestra segmentos ST no elevados sufren una posible angina, inestable, o un inminente infarto de miocardio. La angina inestable y el infarto sin onda Q pertenecen a lo que se denomina colectivamente Síndrome coronario agudo.

Para poder predecir que pacientes con el segmento ST no elevado tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad más grave a las dos semanas de ingreso, algunos expertos han desarrollado un prometedor sistema de puntuación basado en los siguientes criterios:

- Edad de 65 años o mayores
- Tres o más factores de riesgo de enfermedad cardíaca (historia familiar, hipertensión, diabetes, fumador actual, o niveles elevados de colesterol)
- Obstrucción previa de una arteria de al menos un 50%
- Desviación del segmento ST
- Síntomas de angina grave
- Toma de aspirina durante la semana previa
- Creatinina elevada o su fracción MB.

Oxígeno

La forma de administración depende del estado clínico del paciente en enfermos con KK I-II y saturación de >95% se recomienda utilizar oxígeno a través de narinas con flujo máximo de 3 L por minuto³⁸.

³⁸ Ibid... pág. 23

Fármacos empleados para aliviar el dolor y confortar

Nitroglicerina. La nitroglicerina sublingual disminuye la presión arterial y dilata los vasos sanguíneos que rodean al corazón, aumentando el flujo sanguíneo. La nitroglicerina intravenosa. Existen algunas evidencias que sugieren que su administración intravenosa puede ayudar a reducir a largo plazo los cambios que se dan en el músculo cardíaco tras un infarto. (Los pacientes con hipotensión arterial o bradicardia no deben recibir nitroglicerina).

Morfina. Alivia el dolor y reduce la ansiedad y dilata los vasos sanguíneos, por ello ayuda a que mejore el aporte de sangre y oxígeno al corazón. La morfina puede bajar la presión arterial y deprimir al corazón. En algunos pacientes estas circunstancias pueden empeorar sus infartos, en estos casos, deben emplearse otros fármacos como la meperidina.

Atropina. La atropina puede administrarse de forma precoz o hasta ocho horas tras el infarto si la frecuencia cardíaca es demasiado lenta tras la administración de nitroglicerina. También reduce las náuseas y los vómitos causados por la morfina. Puede administrarse, en pacientes con bradicardia o signos de bloqueo AV.

Ansiolíticos. Determinados pacientes pueden recibir medicamentos para reducir la ansiedad, como el haloperidol, aunque no se deben pautar de forma rutinaria a menos que el paciente presenta cuadros de delirio o agitación.

Trombolíticos frente a cirugía

Tras un infarto de miocardio, los coágulos se forman en las arterias en las siguientes cuatro a seis horas en el 90% de los casos. La apertura de una arteria obstruida por un coágulo si se realiza lo más rápidamente posible mejora la supervivencia. Los fármacos que disuelven los coágulos sanguíneos conocidos como trombolíticos son actualmente la medicación estándar empleada para desobstruir las arterias.

La angioplastia es el principal procedimiento quirúrgico utilizado para abrir las arterias.

Gran cantidad de las investigaciones han intentado establecer los beneficios relativos de la angioplastia tradicional frente a los nuevos trombolíticos.

Técnica de revascularización

La angioplastia coronaria transluminal percutánea es un procedimiento “invasivo” que mediante la utilización de catéteres especiales provistos de un balón en su extremo distal e inflado en la obstrucción intraluminal ateromatosa, elimina o reduce la obstrucción con la consecuente disminución de la isquemia del miocardio³⁹

³⁹ Vargas, Rosas (1999) op. cit. pág. 307

Aspirina y otros agentes anticoagulantes

Los coágulos sanguíneos son el principal factor en los infartos de miocardio. Numerosos fármacos anticoagulantes están actualmente disponibles para tanto protección a largo plazo como para tratamiento del paciente durante el infarto o el síndrome coronario agudo. Los fármacos anticoagulantes incluyen antiagregantes plaquetarios (aspirina, los antagonistas de los receptores de la glicoproteína IIb/IIIa, clopidogrel) o anticoagulantes (p.e. heparina, warfarina). Pueden utilizarse solos o en combinación, dependiendo de la gravedad de la enfermedad

Durante el infarto de miocardio. La aspirina y la heparina no disuelven los coágulos que ya están formados, pero pueden ayudar a prevenir la formación de nuevos coágulos. Están indicados en el tratamiento de la angina inestable, para proteger contra un infarto de miocardio, y para prevenir nuevos coágulos durante la cirugía cardíaca o la trombolisis.

Beta-bloqueadores

Los beta-bloqueadores reducen la demanda de oxígeno por parte del corazón disminuyendo la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Actualmente son conocidos por su capacidad de disminuir las muertes debidas a enfermedad cardíaca.

Estatinas

Numerosos estudios demuestran la eficacia del tratamiento con estatinas en la prevención secundaria para reducir los eventos cardiovasculares y muerte en pacientes con amplios rangos en los niveles de colesterol total y LDL⁴⁰

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) son fármacos importantes. En el tratamiento de pacientes con infarto, se administran habitualmente de forma precoz tras el ataque, particularmente en pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca. Se emplean en hipertensión y se recomiendan habitualmente como tratamiento de primera línea en personas con diabetes, daño renal, para algunos supervivientes de infarto, y para pacientes con insuficiencia cardíaca.

Magnesio

El magnesio tiene propiedades de disminuir la viscosidad de la sangre y puede ayudar a abrir los vasos sanguíneos

⁴⁰ Ilarraza. Et. Al. (2006) op.cit. pág.15

Antagonistas del calcio

Los bloqueantes de los canales del calcio o antagonistas del calcio reducen la frecuencia cardíaca y dilatan ligeramente los vasos sanguíneos del corazón, en consecuencia disminuyen las demandas de oxígeno y aumentan su aporte.

REHABILITACION CARDIOVASCULAR.

La rehabilitación cardiovascular juega un papel decisivo en el asesoramiento del paciente para realizar ejercicio sin riesgo y con el máximo beneficio.

El programa de rehabilitación debe adecuarse al nivel de riesgo y capacidades del paciente.

El hábito de fumar es el principal factor de riesgo para recurrencias de infarto del miocardio fatal y no fatal. Considerando el costo/beneficio de todas las intervenciones tendientes a reducir el riesgo cardiovascular, sin lugar a dudas, el estilo de vida sana, englobado en dieta sana, ejercicio aeróbico rutinario (caminata, natación o bicicleta) y la supresión de hábito de fumar en caso de existir el hábito, son los procedimientos más económicos y con mayor impacto en la reducción de la morbilidad cardiovascular⁴¹

REHABILITACIÓN EMOCIONAL

Varios estudios han demostrado que la depresión es un importante predictor en el aumento de mortalidad en hombres y mujeres. Es menos probable que los pacientes con depresión cumplan con el tratamiento para el corazón. Los antidepresivos, la psicoterapia, o ambos, están claramente recomendados si los pacientes se llegan a estar muy deprimidos tras un infarto. Hay algunas evidencias que sugieren que el empleo de antidepresivos que incrementan los niveles de serotonina pueden contribuir a proteger el corazón de las personas que tienen ambas patologías, enfermedad cardíaca y depresión.

⁴¹ García-Castillo. Et. Al. (2006) op. cit. pág. 90

2. VALORACIÓN.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: H.R.G. Sexo: Femenino Edad: 67 años Peso: 65 Kg. Talla: 1.49 m.
Ocupación: Hogar (jubilada) Escolaridad: Secundaria
Procedencia: Domicilio Fecha de admisión: 2 Dic. 2007 Hora: 24:30
Fuente: Paciente

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿Su vivienda cuenta con ventilación adecuada? SI

¿Fumaba usted antes de sufrir el infarto de miocardio SI X NO

¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 6 a 10 X 11 a 20 + de 20

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI NO X

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre Ocasionalmente X Nunca

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI X NO

¿Cuál? Ejercicios respiratorios

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. 28 x' Frec: Cardiacas 46 x' T.A. 120/70

Estado de conciencia: Conciente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Normal

Circulación de retorno venoso: Adecuado

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 a 4

¿Come a horas regulares? SI X NO _____

Si la respuesta es Si precise: 10 A.M., 15 P.M., 21 P.M.

¿Sigue usted una dieta especial? SI _____ NO X

¿De que tipo? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? _____ SI (leche)

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? _____ NO

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? Litro y medio

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ A veces X

Cerveza _____ Vino _____ Otros Tequila

¿Con que frecuencia? Esporádicamente (en fiestas)

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche				diluida	
Carne			X		
Pescado		X			
Huevo		X			
Fruta		X			
Verduras	X				
Legumbres		X			
Cereales	X				
Pan		X			
Tortilla	X				
Chatarra					ocasionalmente

Objetivo:

Turgencia de la piel _____ Adecuada _____

Membranas mucosas: Hidratadas _____ X _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____ Normales _____

Cabello: _____ Implantación normal _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____ Aceptable _____

Aspecto de los dientes: _____ Amalgamas y prótesis superior _____

Aspecto de encías: _____ Normal _____

Heridas: Tipo _____ No presenta lesiones dermicas _____

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ X _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____ No _____

¿Toma usted algún laxante? SI _____ NO X _____

¿Cuál? _____

Orina: Normal X _____ Con dolor _____

Historia de hemorragias: No _____

¿El estrés le ocasiona diarrea?

SI _____ NO X _____

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI _____ NO X _____

¿Por secreciones vaginales?

SI _____ NO X _____

Objetivo:

Abdomen: características: Globo a expensas de panículo adiposo, depresible no doloroso _____

Ruidos Intestinales: Presentes _____

Palpación globo vesical: No _____

Genitales: Normales _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: Bailar _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI X _____ NO _____

¿Durante cuanto tiempo? 30 minutos aprox

¿Cuántas veces a la semana? Una o dos

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: Acceptable

Posturas: Normal Ayuda para deambular: No

Dolor con el movimiento: No

Estado emocional: Un poco de estrés e incertidumbre

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI X NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: de 6 a 8

¿Padece insomnio? No

¿A que considera que se debe? _____

¿Se fatiga al levantarse? SI

¿Utiliza técnicas de relajación? NO

¿Al egresar Usted del hospital cuenta con algún familiar en casa? Si

¿Por cuánto tiempo? El necesario

¿En que actividades le ayudará? Las que se requieran

Objetivo

Estado: Ansiedad _____ Estrés X

Lenguaje: Claro X Respuesta a estímulos: Si

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? NO

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? NO

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? NO

¿El día que egrese del hospital cree usted que será necesario cambiar su forma de vestir?

SI _____ NO X

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad SI X NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada X Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es?: Fría _____ Caliente X

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca X

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI _____ NO X

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI X NO _____

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar X

¿Temperatura ambiente que le es agradable? de 15° a 20°

Objetivo:

Temperatura corporal: 36.° C

Características de la piel: Limpia Transpiración: Norma

8 NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: X Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: X Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI X NO _____

Parcial X Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? Medio año

Aseo de manos:

Antes y después de comer X

Después de ir al baño X

Objetivo:

Aspecto general: Aceptable

Olor corporal: Normal

Halitosis: NO

Estado del cuero cabelludo: Limpio

Presencia lesiones dérmicas: Cicatriz por cirugía

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
	Hija	47	Secretariado	Empleado
	Hija	33	Secundaria	Empleado
	Hijo	46	Secundaria	Empleado
	Hijo	39	Preparatoria	Empleado
	Hijo	37	Normal Sup.	Profesor
	Hijo	41	Secundaria	Empleado

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO X A otras sustancias No
Especifique _____

¿Tomo algún medicamento que no haya sido prescrito por un médico?

SI _____ NO X ¿Cuál? _____

¿Acude regularmente a chequeo con su medico familiar?

SI _____ NO X

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila _____ Se estresa X Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata? A veces

Objetivo:

Deformidades congénitas Ninguna

Condiciones del ambiente en el hogar Buena iluminación, ventilación , cuenta con todos losservicios

Condiciones de su ambiente social Núcleo familiar y Social bien integrados

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Divorciada Años de relación _____

Vive con: Sola (la visitan con frecuencia sus hijos)

Preocupaciones actuales: recuperarse adecuadamente del infarto

Rol en la estructura familiar: Madre

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? 19 años

¿Existen buenas relaciones en su localidad? SI

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? SI

¿Cuánto tiempo pasa sola? Poco

Objetivo:

Lenguaje: claro y coherente

Visión: Utiliza lentes

Audición. Buena

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

¿Qué tipo de religión profesa? Católica

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales y/o familiares? No

¿Cuales son los principales valores en su familia? Veracidad, honradez, amor y respeto

¿Cuáles son los principales valores en su persona? El respeto, veracidad, honrades y amor

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

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): NO

Permite el contacto físico SI

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Imagen de santo de su devoción

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI _____ NO X

¿Realiza alguna actividad que le produzca satisfacción? Manualidades

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? Si

Objetivo:

Estado emocional: la mayor parte del tiempo tranquila

Otros: Algunas veces nerviosa y angustiada

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Ver televisión y asistir a clase de baile de salón.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? Si

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? SI

¿De que tipo? Deportivas y culturales

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ Cultural Club de baile

Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? Escuchar música

Objetivo:

Integridad neuromuscular: Si

Rechazo a actividades recreativas No

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo X

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Secundaria

Problemas de aprendizaje: NO

Limitaciones cognitivas: NO

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: NO

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? NO

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

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: En ocasiones nerviosa.

Memoria reciente: Alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: Ninguna

3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

En el Plan de Cuidados se plantearan los siguientes diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Intolerancia a la actividad, relacionado con una oxigenación insuficiente, manifestada por, debilidad, vértigo y aumento de frecuencia respiratoria. Posible dolor torácico
Nutrición	Riesgo de recurrencia de infarto, relacionado con dieta inadecuada .
Eliminación	Riesgo de estreñimiento de origen colónico debido a una disminución del peristaltismo, relacionado con, cambios ambientales recientes, actividad física insuficiente, cambios en la dieta y factores farmacológicos.
Movimiento	Riesgo de complicaciones asociadas con reposo absoluto
Descanso y sueño	Riesgo de alteración del patrón de sueño, relacionado con entorno desfavorable

Evitar peligros	Posible complicación de: Disritmias. Shock cardiogénico. Insuficiencia cardiaca congestiva. Tromboembolia. Infarto de miocardio recurrente.
Comunicación.	Temor, relacionado con separación del sistema de soporte en una situación estresante y/o efectos de la enfermedad sobre el estilo de vida.
Participar en actividades recreativas	Riesgo de depresión relacionado con temor a tener que dejar actividades recreativas
Aprendizaje	Riesgo potencial de alteración de la salud relacionado con falta de conocimientos sobre la enfermedad, dieta, progresión de actividad, signos y síntomas de complicaciones y autocuidado.

5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD. Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería.

- Intolerancia a la actividad, relacionada con una oxigenación insuficiente manifestado por debilidad, vértigo y aumento de frecuencia respiratoria.
- Posible dolor torácico

Objetivo.

Proporcionar la información y capacitación necesaria para que la señora Graciela logre su independencia en las actividades de la vida cotidiana

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Vigilar la respuesta a la actividad (dolor)</p> <p>Evaluar el dolor torácico</p> <p>Administración de oxígeno por punta nasal a 2 l. por minuto</p> <p>Ministrar y observar reacciones adversas de la medicación administrada.</p> <p>Controlar la respuesta de oxígeno de la paciente (FC, FR).</p> <p>Comprobar la capacidad de la paciente para realizar autocuidados independientes.</p>	<p>Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente aumenta el funcionamiento fisiológico y reduce la hipoxia del tejido cardiaco</p>	<p>La señora Graciela no refiere dolor torácico.</p>

<p>Aumentar cada turno la actividad de la paciente según se indique.</p> <p>Controlar las constantes vitales del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes de la actividad (deambulaci3n, cuidados matutinos). -Inmediatamente despu3s de la actividad. -Despu3s de que la paciente haya descansado durante 3 minutos. <p>Buscar respuestas anormales al aumento de la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminuci3n de frecuencia cardiaca. -Descenso o ausencia de cambios en la TA sist3lica. -excesivo aumento o descenso de la frecuencia respiratoria. -Pulso incapaz de regresar a la frecuencia en reposo transcurridos 3 minutos de la actividad. -Confusi3n, v3rtigo, movimientos sin coordinaci3n. <p>Planificar adecuados</p>	<p>La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente de adaptarse a las necesidades f3sicas del aumento de la actividad.</p> <p>La adaptaci3n requiere un 3ptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurol3gico y m3sculoesquel3tico.</p> <p>La respuesta fisiol3gica inmediata a la actividad que se espera incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la frecuencia y fuerza del pulso. - Aumento de la TA sist3lica. -Aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria <p>Las respuestas anormales indican intolerancia al aumento de la actividad.</p> <p>Los periodos de descanso proporcionan al organismo</p>	<p>Tolera la fase de rehabilitaci3n cardiaca adecuadamente</p> <p>No se muestra excesivamente fatigada, muestra facilidad para realizar las actividades cotidianas.</p> <p>Se encuentra tranquila, con periodos de reposo</p>
---	--	---

<p>periodos de descanso según programa diurno.</p> <p>Identificar y reconocer el progreso del paciente.</p> <p>Enseñar a Sra. Graciela a ahorrar energía durante las actividades cotidianas, en el trabajo y durante las actividades de ocio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la necesidad de periodos de descanso tanto antes como después de determinadas actividades. -Decir a Sra. Graciela que interrumpa la actividad en caso de fatiga u otro signo de hipoxia cardiaca. -Indicar a Sra. Graciela que hable con el médico o enfermera antes de aumentar la actividad después del alta. 	<p>intervalos de menor gasto energético.</p> <p>Los incentivos pueden ayudar a fomentar una actitud positiva y disminuir la sensación de frustración del paciente, asociada con la dependencia.</p> <p>El ahorro de energía evita que las necesidades de oxígeno excedan del nivel que pueda cubrir el corazón.</p>	<p>adecuados.</p> <p>Coopera de forma adecuada y manifiesta sentirse confiada en que su evolución continúe satisfactoriamente.</p> <p>La sra. Graciela muestra interés y receptividad a lo que se le indica.</p>
--	---	--

NECESIDAD. *Nutricion.*

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de recurrencia de infarto agudo del miocardio relacionado con sobrepeso

Objetivo.

Evitar la elevación de niveles de colesterol y triglicéridos

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Brindar información sobre efectos nocivos de dieta rica en grasas y carbohidratos.</p> <p>-Animar y/ o ayudar a tomar dieta baja en sodio, grasas e hidratos de carbono.</p> <p>-Verificar que la dieta sea adecuada.</p>	<p>Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor para el desarrollo de cardiopatía isquémica y para todas las manifestaciones vasculares de aterosclerosis.</p>	<p>Los exámenes de laboratorio de la Sra. Graciela, reportan cifras de colesterol y triglicéridos dentro de parámetros normales.</p>
<p>Brindar orientación sobre efectos nocivos a la salud por el sobrepeso.</p>	<p>La presencia de obesidad incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedad isquémica</p>	<p>La Sra. Graciela tiene un sobrepeso de 16 Kg.</p>
<p>Brindar orientación sobre beneficios de mantener un peso adecuado.</p>	<p>La pérdida de peso reduce las cifras de tensión arterial, triglicéridos e incrementa los niveles de HDL y cifras de glucosa</p>	<p>La Sra. Graciela refiere encontrarse en la mejor disposición de seguir un régimen dietético que le permita bajar de peso</p>

NECESIDAD. *Eliminación.*

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de estreñimiento de origen colónico debido a disminución del peristaltismo relacionado con, cambios ambientales recientes, actividad física insuficiente, falta de intimidad, cambios en la dieta y factores farmacológicos.

Objetivo.

Recuperar y/o mantener el patrón de evacuación intestinal anterior a la hospitalización.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>Proporcionar intimidad durante la defecación y pedir al paciente que</p> <ul style="list-style-type: none">- Llame en caso de dolor torácico.-Evite hacer esfuerzos, espirando durante la defecación.-se coloque en posición de semisentado, si no esta contraindicado. <p>Explicar las posibles causas del estreñimiento y sus efectos sobre el ritmo cardiaco (estimulación vagal). Explicar que la inmovilidad, los cambios en la dieta habitual y la turbación pueden contribuir al estreñimiento, y que los narcóticos</p>	<p>La estimulación vagal producida al sostener la respiración o hacer esfuerzos durante la defecación aumenta la depresión intratorácica y reduce el retorno venoso al corazón. Al liberar la presión se incrementa el retorno venoso, aumentando así el esfuerzo cardiaco.</p> <p>Enseñar medidas preventivas y el riesgo de ciertas conductas puede aumentar el seguimiento y reducir las complicaciones.</p>	<p>Eliminación intestinal normal en número y consistencia.</p> <p>No refiere dolor torácico durante la evacuación.</p>

<p>reducen la inervación neural, que controla el peristaltismo.</p> <p>Administrar reblandecientes fecales según indicación</p> <p>Fomentar factores que contribuyan a una óptima eliminación.</p> <p>-Dieta equilibrada.</p> <p>-Adecuado ingreso de líquidos (de acuerdo a indicación).</p> <p>-Horario regular de eliminación.</p> <p>-Estimulación del entorno del hogar del paciente.</p> <p>-Colocar en posición fowler</p>	<p>Los reblandecientes de las heces aumenta la eficacia del agua ablandando la masa fecal y contribuyendo a su eliminación.</p> <p>Una dieta bien equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo.</p> <p>Una ingesta suficiente de líquidos, un mínimo de 2 litros/día, es necesaria para conservar un patrón de eliminación normal y fomentar una adecuada consistencia de las heces.</p> <p>Servirse de los ciclos circadianos normales puede ayudar a establecer patrones de evacuación normales.</p> <p>Un ambiente cómodo y relajado puede fomentar deposiciones regulares.</p> <p>Una correcta colocación durante los intentos por defecar utiliza los músculos abdominales y la forma de la gravedad para facilitar la defecación.</p>	<p>Ingesta de fibra adecuada.</p> <p>Ingesta de líquidos adecuada.</p>
---	--	--

<p>Actividad regular.</p> <p>-explicar los efectos beneficiosos de la actividad diaria sobre la eliminación.</p> <p>-Ayudarle a caminar si es necesario.</p>	<p>La actividad influye en la eliminación mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando el apetito y el peristaltismo.</p>	
--	--	--

NECESIDAD. *Descanso y Sueño*

Diagnóstico de Enfermería.

Riesgo de alteración del patrón de sueño relacionado con entorno desfavorable.

Objetivo.

Favorecer el descanso, evitar alteraciones en el patrón de sueño

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Tomar medidas para aumentar la cantidad y calidad de los periodos de reposo/sueño de la Sra. Graciela. Organizar de modo que tenga como mínimo 2 horas de sueño seguido por la noche.</p> <p>Manejo del entorno (bienestar).</p> <p>Disminuir en lo posible el ruido para favorecer el descanso y sueño.</p>	<p>La persona tiene que completar un ciclo de sueño entero (70-100 minutos) para sentirse descansado.</p>	<p>La Sra. Graciela refiere dormir en forma adecuada.</p>
<p>Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño de Sra. Graciela.</p> <p>Administración de sedante prescrito por el médico.</p> <p>Comprobar el esquema de sueño de Sra. Graciela y obtener las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño</p>	<p>El conciliar un sueño mínimo de 8 horas favorece el funcionamiento mental y disminuye la angustia y ansiedad.</p>	<p>Mantiene un patrón de sueño adecuado</p>

NECESIDAD. *Evitar peligros.*

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de complicación:

- Disritmias.
- Shock cardiogénico.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Tromboembolia.
- Infarto de miocardio recurrente.

Objetivo.

Controlar y evitar las complicaciones cardiacas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
Buscar signos y síntomas de disritmias: -Frecuencia y ritmo anormales. -Palpitaciones, síncope. -Urgencias cardiacas (paro, fibrilación ventricular)	La isquemia del miocardio se debe a una menor oxigenación del tejido miocárdico. El tejido esquémico es eléctricamente inestable provocando disritmias tales como contracciones ventriculares prematuras, que pueden conducir a fibrilación ventricular y muerte.	No presenta disritmias.
Mantener la oxigenoterapia según se ordene.	El suplemento de oxígeno aumenta el oxígeno circulante disponible para el tejido miocárdico.	Mantiene nivel de oxígeno adecuado (por oximetría de pulso y gasometría arterial).
Buscar signos y síntomas de shock cardiogénico: -aumento de la frecuencia cardiaca con una T.A. normal o ligeramente	El shock puede deberse a un dolor agudo o a una importante reducción del gasto cardiaco, secundaria a una importante hipoxia	Se mantiene estable hemodinámicamente.

<p>disminuida. -Diuresis inferior a 30ml/hora. -Intranquilidad, agitación y cambio en el estado mental -Aumento de la frecuencia respiratoria. -Disminución de los pulsos periféricos -Piel fría, pálida o cianótica. -Sed.</p>	<p>tisular. La respuesta compensatoria a la reducción del volumen circulatorio pretende aumentar los niveles de oxígeno en sangre, aumentando la frecuencia cardiaca y respiratoria, y reducir la circulación en las extremidades (indicado por un descenso de los pulsos y frialdad de la piel). La disminución del aporte de oxígeno al cerebro provoca cambios en el estado mental.</p>	
<p>Buscar signos y síntomas de ICC y disminución del gasto cardíaco: -Aumento gradual de la frecuencia cardiaca. - Disnea. Disminución de ruidos respiratorios. -Descenso de la TA sistólica. -Presencia de o aumento del galope en S3 o S4. -Edema periférico. -Distensión de las venas del cuello.</p>	<p>La ICC se debe a una isquemia miocárdica, que reduce la capacidad del ventrículo izquierdo de bombear sangre, disminuyendo así el gasto cardíaco y aumentando la congestión vascular pulmonar. Esto provoca la entrada de líquido en el tejido pulmonar, produciendo crepitancias, tos productiva, cianosis y posibles signos y síntomas de distrés respiratorio.</p>	<p>Presenta ligera elevación de frecuencia respiratoria (28 resp. x minuto) sin datos de esfuerzo respiratorio.</p>
<p>Buscar signos y síntomas de tromboembolia: -Disminución o ausencia de pulsos periféricos. -Calor, enrojecimiento o cianosis/frialdad inusuales. Dolor en la pierna. -Dolor torácico brusco e intenso, aumento de la disnea. -Signo de Homan positivo.</p>	<p>El prolongado reposo en cama, el aumento de la viscosidad y coagulabilidad sanguínea y la disminución del gasto cardíaco contribuyen a la formación de un trombo. -Una circulación insuficiente causa dolor y disminución del pulso periférico. -El calor y enrojecimiento</p>	<p>No presenta datos de embolismo.</p>

<p>Buscar signos y síntomas de IM recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor torácico brusco e intenso con náuseas/vómitos. -Aumento de la disnea. -Aumento de la elevación de ST y ondas Q anormales en el ECG. <p>Colocar medias antiembolia</p> <p>Animar al paciente a realizar ejercicios con las piernas, evitando los ejercicios isométricos.</p> <p>Realizar intervenciones dependientes.</p>	<p>inusual son indicativos de inflamación; la frialdad y a la cianosis indican obstrucción vascular.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El dolor de pierna se debe a hipoxia tisular. -Una obstrucción en la circulación pulmonar causa un brusco dolor torácico y disnea. -En caso de signo de Homan positivo, la dorsiflexión del pie produce dolor a consecuencia de una circulación insuficiente. <p>Estos signos y síntomas indican un deterioro del tejido miocárdico con aumento de la hipoxia.</p> <p>Las medias antiembolia reducen la estasis venosa, fomentando el retorno venoso.</p> <p>Los ejercicios con las piernas favorecen el retorno venoso. Los ejercicios isométricos aumentan mucho la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, ya que una tensión muscular constante dificulta el flujo sanguíneo</p>	<p>No presenta datos de IM recurrente.</p>
---	--	--

NECESIDAD. Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería.

Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación estresante y/o efectos de la enfermedad sobre el estilo de vida

Objetivo.

Disminuir el temor al expresar sentimientos acerca de impacto de la enfermedad sobre estilo de vida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
<p>Dar a la Sra. Graciela la oportunidad de expresar sus sentimientos.</p> <p>Animar a la familia y a los amigos a expresar sus temores y preocupaciones al personal.</p> <p>Ayudar a la Sra. Graciela a reducir la ansiedad: -Tranquilizarla y conseguir que esté cómoda. -Transmitir una sensación de comprensión y empatía. -Animar a Sra. Graciela a expresar cualquier temor o preocupación referente a IM y su tratamiento</p>	<p>El contacto frecuente con la enfermera indica aceptación, pudiendo facilitar la confianza.</p> <p>La expresión verbal permite que se comparta, proporcionando a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos equivocados.</p> <p>Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. El paciente puede presentar síntomas debidos a un aumento de la tensión muscular y alteración del patrón de sueño. La ansiedad tiende a autoalimentarse, atrapando al paciente en una espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico.</p>	<p>La Sra. Graciela comparte sus preocupaciones acerca de los efectos de la enfermedad sobre su funcionamiento normal, responsabilidades de rol y estilo de vida.</p>

NECESIDAD. Aprendizaje.

Diagnóstico de Enfermería.

Riesgo potencial de alteración de la salud, relacionado con falta de conocimientos sobre enfermedad, dieta, progresión de la actividad, signos y síntomas de complicaciones y autocuidado.

Objetivo.

Disminuir las probabilidades de recurrencia de IM provocadas por desconocimiento de signos y síntomas de progresión de la enfermedad, restricciones en actividad y dieta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
Explicar la fisiopatología del IM usando instrumentos docentes apropiados para el nivel de educación del paciente (p.ej. dibujos, modelos).	Dichas explicaciones refuerzan la necesidad de seguir las instrucciones sobre la dieta, ejercicio y otros aspectos del tratamiento.	La Sra. Graciela expresa la causa del dolor cardiaco, restricciones en actividad y dieta.
Explicar los factores de riesgo del IM que pueden eliminarse o modificarse:	Centrarse en factores que pueden controlarse pueden reducir la sensación de impotencia del paciente.	
-Obesidad.	La obesidad aumenta la resistencia periférica y el esfuerzo cardiaco.	
-Tabaquismo.	El tabaco produce taquicardia y eleva la tensión arterial debido a sus efectos vasoconstrictores.	
-Dieta rica en grasa o	Una dieta rica en grasa	Identifica el tabaquismo como un factor de riesgo, el cual puede ser modificable y esta convencida de dejar de fumar.

<p>sodio.</p>	<p>contribuye a la formación de placas en las arterias; una ingestión excesiva de sodio aumenta la retención de agua.</p>	
<p>-Estilo de vida sedentario.</p>	<p>Un estilo de vida sedentario conduce a una mala circulación colateral.</p>	
<p>-Excesivo consumo de alcohol.</p>	<p>El alcohol es un potente vasodilatador, la vasoconstricción subsiguiente aumenta el esfuerzo cardiaco.</p>	
<p>-Hipertensión.</p>	<p>La hipertensión con aumento de la resistencia periférica, lesiona la capa interna arterial, contribuyendo a la arteriosclerosis.</p>	
<p>Enseñar a la Sra. Graciela la importancia de controlar la tensión mediante técnicas de relajación y ejercicio regular apropiado.</p>	<p>Aunque no este claro el efecto de la tensión sobre la arteriopatía coronaria, la liberación de catecolaminas eleva la TA sistólica, aumenta el esfuerzo cardiaco, induce lipólisis y fomenta la agregación plaquetaria.</p>	
<p>Enseñar a Sra. Graciela a tomar el pulso radial y decirle que notifique cualquiera de los siguientes síntomas: -Disnea. -Dolor torácico que persiste con nitroglicerina. -Aumento de peso o edema inexplicable.</p>	<p>Estos signos y síntomas pueden indicar isquemia miocárdica y congestión vascular (edema) secundaria a un menor gasto cardiaco.</p>	<p>La Sra. Graciela es capaz de tomar el pulso radial.</p>

<p>-Debilidad inusual.</p> <p>Decir a la Sra. Graciela que notifique los efectos secundarios de la medicación, que puede consistir en diuréticos, digital o bloquenes beta adrenergicos.</p> <p>Reforzar las explicaciones del médico acerca de la dieta terapéutica prescrita. Explicar la necesidad de restricciones en la actividad y de qué modo deberá progresar gradualmente la misma.</p> <p>Reforzar la necesidad de cuidados de seguimiento.</p>	<p>Reconocer y notificar rápidamente los efectos secundarios de la medicación puede ayudar a evitar graves complicaciones.</p> <p>La repetición de explicaciones puede ayudar a mejorar el cumplimiento del régimen terapéutico.</p> <p>Aumentar gradualmente la actividad permite al tejido cardiaco cicatrizar y acoplarse a un aumento de la demanda. El esfuerzo excesivo aumenta el consumo de oxígeno y el esfuerzo cardiaco</p>	<p>La Sra. Graciela Describe los signos y Síntomas que deberá notificar a un profesional de la salud en caso de que se presenten.</p>
---	--	---

5. PLAN DE ALTA.

El plan de alta incluye las indicaciones, y recomendaciones que la paciente deberá llevar a cabo a su egreso del hospital y la orientación necesaria sobre tratamiento farmacológico proporcionado por médico tratante.

Criterio para el alta.

Antes del alta, la Sra. Graciela debe ser capaz de:

1. Expresar la causa del dolor cardiaco y los fundamentos del tratamiento farmacológico, restricciones en actividad y dieta.
2. Demostrar saber tomar el pulso.
3. Identificar los factores de riesgo personales que sean modificables:
 - Tabaquismo.
 - Obesidad.
 - Dieta rica en grasa o sodio.
 - Comidas abundantes.
 - Exposición al frío.
 - Ejercicio físico súbito al que no esté acostumbrada.
 - Llevar una vida sedentaria.
 - Excesivo consumo de alcohol.
 - Hipertensión.
4. Describir las restricciones de actividad en el hogar:
 -
 - Evitar trabajo físico agotador.
 - Reiniciar actividad normal hasta 3 meses posterior al infarto.
 - Dar pequeños paseos.
 - Evitar esfuerzo posterior a ingesta de alimentos.
 - Aumento gradual de la actividad.
 - Evitar cargar peso superior a 13 kg.
 - Tener frecuentes periodos de reposo de 15 – 20 minutos entre 4 y 6 veces al día durante 1- 2 meses.
 - Realizar actividad a ritmo moderado y cómodo; en caso de fatiga detenerse y descansar durante 15 minutos, luego proseguir.
 - Consultar con médico cuando puede realizar actividad sexual, actividades de recreo y viajes (avión, automóvil)-

5. Describir la auto administración de la medicación diaria.
(Digital, diurético, beta bloqueadores, nitritos)
6. Describir los signos y síntomas que deberá notificar a un profesional de la salud:
 - Disnea.
 - Dolor torácico persistente que no ceda con la administración de nitrito.
 - Aumento de peso o edema inexplicable.
 - Debilidad muscular

La señora Graciela se incluirá en el programa de ejercicio supervisado proporcionándole un programa de bajo nivel de actividad en casa, propiciando la integración con su núcleo familiar, además de la detección de los recursos disponibles en su comunidad

CONCLUSIONES.

En cuanto a Objetivo General:

Se aplicó el Proceso Atención de enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a paciente con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en el Hospital General ISSSTE Toluca.

En cuanto a los Objetivos Específicos:

- Se integraron conocimientos de anatomía y fisiología del corazón.
- Se integraron conocimientos fisiopatológicos sobre Infarto Agudo de Miocardio.
- Se proporcionó atención de enfermería con humanismo y calidad.
- Se proporcionó cuidado integral de enfermería a paciente con Infarto Agudo de Miocardio.
- Adquirí conocimientos sobre Proceso Atención de Enfermería para incrementar habilidades en diagnóstico de enfermería, detección de necesidades y establecer prioridades.

Para el logro de los objetivos trazados fue necesario ampliar conocimientos sobre el modelo conceptual de Virginia Henderson y de acuerdo con elementos de su teoría se trabajó en un orden asistencial para coadyuvar en su recuperación y el logro de su independencia y /o autonomía.

De acuerdo a las 14 necesidades básicas, se identificaron aquellas en las que era necesario desarrollar los cuidados, teniendo así que llevar a cabo actividades necesarias para suplir o ayudar a la Sra. Graciela a cubrir las necesidades detectadas. Acorde al modelo teórico de Virginia Henderson se visualiza a la persona desde una perspectiva corporal, física y mental, sin dejar de lado el sentido humanitario, lo cual trae consigo la calidad.

Durante su estancia la Sra. Graciela:

- ❖ No refiere dolor torácico.
- ❖ Tolera la fase de rehabilitación cardíaca adecuadamente
- ❖ No se muestra excesivamente fatigada, muestra facilidad para realizar las actividades cotidianas.
- ❖ Se encuentra tranquila, con periodos de reposo adecuados.
- ❖ Coopera de forma adecuada y manifiesta sentirse confiada en que su evolución continúe satisfactoriamente.
- ❖ La Sra. Graciela muestra interés y receptividad a lo que se indica.

- ❖ Eliminación intestinal normal en número y consistencia.
- ❖ No refiere dolor torácico durante la evacuación.
- ❖ Ingesta de fibra adecuada.
- ❖ Ingesta de líquidos adecuada.
- ❖ La Sra. Graciela refiere dormir en forma adecuada.
- ❖ Mantiene un patrón de sueño adecuado.
- ❖ No presenta disritmias.
- ❖ Mantiene nivel de oxígeno adecuado (Por gasometría de pulso y gasometría arterial).
- ❖ Se mantiene estable hemodinámicamente.
- ❖ Presenta ligera elevación de frecuencia respiratoria, sin datos de esfuerzo respiratorio.
- ❖ No presenta datos de embolismo.
- ❖ No presenta datos de Infarto Agudo al Miocardio.
- ❖ La Sra. Graciela comparte sus preocupaciones acerca de los efectos de la enfermedad sobre su funcionamiento normal, responsabilidades del rol y estilo de vida.
- ❖ La Sra. Graciela expresa la causa del dolor cardiaco, restricciones en actividad y dieta.
- ❖ Identifica el tabaquismo como factor de riesgo el cual puede ser modificable y esta convencida de dejar de fumar.
- ❖ La Sra. Graciela es capaz de tomar el pulso radial.
- ❖ La Sra. Graciela describe los signos y Síntomas que deberá notificar a un profesional de la salud en caso de que se presenten.

Finalmente fue dada de alta del servicio con diagnóstico final de IAM no complicado.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Sexo: _____ Edad _____ Peso. _____ Talla: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____
Procedencia: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Fuente: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BASICAS

1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿Su vivienda cuenta con ventilación adecuada? _____

¿Fumaba usted antes de sufrir el infarto de miocardio SI _____ NO _____

¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI _____ NO _____

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre _____ Ocasionalmente _____ Nunca _____

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. _____ Frec: Cardiaca _____ T.A. _____

Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación de retorno venoso: _____

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: _____

¿Come a horas regulares? SI _____ NO _____

Si la respuesta es Si precise: _____

¿Sigue usted una dieta especial? SI _____ NO _____

¿De que tipo? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? _____

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? _____

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿Con que frecuencia? _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

Turgencia de la piel _____

Membranas mucosas: Hidratadas _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____

Cabello: _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes: _____

Aspecto de encías: _____

Heridas: Tipo _____

3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____

¿Toma usted algún laxante? SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

Orina: Normal _____ Con dolor _____

Historia de hemorragias: _____

¿El estrés le ocasiona diarrea?

SI _____ NO _____

¿Se siente molesta a causa de una sudoración abundante?

SI _____ NO _____

¿Por secreciones vaginales?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen: características: _____

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____

Genitales: _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI _____ NO _____

¿Durante cuanto tiempo _____

¿Cuántas veces a la semana _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento: _____

Estado emocional: _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI _____ NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

¿Padece insomnio? _____

¿A que considera que se debe? _____

—

¿Se fatiga al levantarse? _____

¿Utiliza técnicas de relajación? _____

¿Al egresar Usted del hospital cuenta con algún familiar en casa? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿En que actividades le ayudará? _____

Objetivo

Estado: Ansiedad _____ Estrés _____

Lenguaje: Claro _____ Respuesta a estímulos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? _____

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

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿El día que egrese del hospital cree usted que será necesario cambiar su forma de vestir?

Si _____ No _____

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad SI _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ Inadecuada _____

7. TERMORREGULACION

Subjetivo:

¿La casa que habita es?: Fría _____ Caliente _____

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI _____ NO _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ NO _____

¿Cómo se la toma? Bucal _____ Axilar _____

¿Temperatura ambiente que le es agradable? _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____

Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____

Después de ir al baño _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Presencia lesiones dérmicas: _____

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI _____ NO _____ A otras sustancias _____

Especifique _____

¿Tomo algún medicamento que no haya sido prescrito por un médico?

SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

¿Acude regularmente a chequeo con su medico familiar?

SI _____ NO _____

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquila _____ Se estresa _____ Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata? _____

Objetivo:

Deformidades congénitas _____

Condiciones del ambiente en el hogar _____

Condiciones de su ambiente social _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación _____

Vive con: _____

Preocupaciones actuales: _____

Rol en la estructura familiar: _____

¿Desde cuando vive en su actual domicilio? _____

¿Existen buenas relaciones en su localidad? _____

¿Tiene amigas o familiares en quién confíe? _____

¿Cuánto tiempo pasa sola? _____

Objetivo:

Lenguaje: _____

Visión: - _____

Audición _____

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

¿Qué tipo de religión profesa? _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales y/o familiares? _____

¿Cuales son los principales valores en su familia? _____

¿Cuáles son los principales valores en su persona? _____

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

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI _____ NO _____

¿Realiza alguna actividad que le produzca satisfacción? _____

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional: _____

Otros: _____

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? _____

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? _____

¿De que tipo? _____

¿Forma parte de alguna sociedad? Deportiva _____ Cultural _____

Profesional _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

Rechazo a actividades recreativas _____

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? _____

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

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

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: _____

Memoria reciente: _____

Otras manifestaciones: _____

|BIBLIOGRAFIA.

Rosalinda Alfaro-Lefevre (2003) Aplicación del Proceso Enfermero, Fomentar el Cuidado en colaboración. Masson.

Leslie D. Atkinson., Mary Ellen Murria, (1985). Proceso Atención de Enfermería. Manual Moderno

Rosalinda Alfaro- Lefevre. (1996). Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica. M Mosby.

Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda, María del Rosario Chávez Alonso (2004) Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luís Potosí, S. L. P. México.

Paul B. Beenson, Walsh Mc Dermott, Tratado de Medicina Interna (9° ed.) Interamericana L. J. Carpenito. 1990. Diagnósticos de Enfermería (3° ed.) Interamericana Mc. Graw- Hill.

Lynda Juall Carpenito, Plan de Cuidados y Documentación en Enfermería 1994. Interamericana Mc. Graw Hill

Marjory Gordon. (1996). Diagnóstico Enfermero, proceso y aplicación. (3° ed.) Mosby/Doyma libros.

Armando Garcia –Castillo, Carlos Jerjes Sánchez-Díaz, Carlos Martínez Sánchez, Guillermo Llamas Esperón, Ernesto Cardona, Rodolfo Barragán, Felipe González-Camid, Guillermo Sahagún, Alfonso J. Treviño. Archivos de Cardiología de México, Guías clínicas para el manejo de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Grupo de Trabajo de la Sociedad Mexicana de Cardiología y Asociación Nacional de Cardiólogos en México. Año 76 Vol. 76 Supl. 3, Julio Septiembre 2006

Dr. Hermes Llaraza Lomelí, Dra. Margarita Álvarez Cerro, Dr. Bonifacio Mendoza Peña.Rehabilitación y Prevención Cardiovascular. PLAC. cardio 4 , Programa Latinoamericano de Actualización Continua en Cardiología. Editores Inter sistemas

Patricia Iyer, Babara J. Tapticha, Donna Berooch-Losey 1997. Proceso Enfermería y Diagnóstico Enfermería (2° ed.) Interamericana Mc. Graw – Hill-

María teresa Luís Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, Maria Victoria Navarro García. (2000). De la Teoría a la práctica, El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. (2° ed.) Masson. S. A.

Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood.(2003) Modelos y teorías en enfermería (5° ed.) M. Mosby: Madrid España.

Joanne McCloskeydochterman, Gloria M. Bulechek (2005) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (4° Ed). Elsevier Mosby.

Sue Morread, Marion Jonson, Merodean Maas, (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NOC). (3° ed.) Elsevier Mosby.

M. Phaneuf. (1999) La Planificación de los Cuidados Enfermeros. (1ª ed.) Interamericana, Mc. Graw-Hill.

Catherine Parker Anthony, Norma Jane Kolthof. (1977) Anatomía y fisiología. (9° ed.). Editorial Interamericana P. 334- 341

Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez (1989). Tratado de Anatomía Humana. Editorial Porrua.

Bertha A. Rodríguez S. (2002). Proceso Enfermero, Aplicación Actual (2° ed.). Ediciones Cuellar.

Mario Shapiro; Eduardo Meanet, Simon Horwite (1987) Infarto Agudo del Miocardio (4° ed.) Editorial Continental, México.

Maurice Sokolov, Malcom B. Mcl Roy. (1987). Cardiología Clínica (2° ed.) El Manual Moderno, México.

J. Vargas Barron, Alexanderson Rosas. Diagnóstico de la Cardiopatía isquémica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (1999) Editorial Médica Panamericana

NANDA Internacional. (2003) Diagnósticos Enfermeros, Definición y Clasificación 2003-2004. Elsevier

.

.