



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO

SEDE:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

**“ Estudio de caso aplicado a una persona adulta
con alteración de la perfusión miocárdica con
base en el modelo conceptual de Virginia
Henderson ”**

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO

P R E S E N T A :

Lic. Campuzano Lujano Gerardo

No. Cta: 9770487-4

Asesor:

LEO y Esp. Mario Cuna Hernández

Septiembre 2008.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En un mundo; donde el amor se esconde:

A dios primero; por su belleza, su grandeza, sus silencios, sus palabras. Por forjarme con sus manos y permitirme llegar hasta aquí.

A mi madre por su bondad, su hermosura, sus caricias y sus bendiciones.

A mi pareja por su amor, su inteligencia y su apoyo.

¡Te Amo!

A mi familia y a mis amigos por sus sonrisas y sus palabras.

A todos los grandes catedráticos que hicieron posible la realización de este protocolo: Lic. y Esp. Mario Cuna Hernández.

G R A C I A S

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	4
II. Objetivos.....	6
III. Fundamentación	
3.1 Antecedentes.....	7
IV. Marco conceptual	
4.1 Conceptualización de enfermería.....	8
4.2 Paradigmas.....	8
4.3 Modelo conceptual de “Virginia Henderson”.....	10
4.4 Proceso enfermero.....	28
V. Metodología	
5.1 Selección del caso.....	41
5.2 Descripción genérica del caso	42
5.3 Esquema metodológico.....	47
5.4 Consideraciones éticas.....	51
5.5 Marco teórico	
5.5.1 Patología (Infarto agudo al miocardio)	
• Definición.....	54
• Epidemiología.....	54
• Etiología.....	55
• Factores de riesgo.....	56
• Fisiopatología.....	56
• Manifestaciones clínicas.....	58
• Diagnostico.....	59
• Estudios de gabinete.....	64

	Pág.
<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio..... • Tratamiento..... • Complicaciones..... • Prevención de complicaciones..... • Pronostico..... • Medidas preventivas..... • Historia natural de la enfermedad..... 	<p>65 66 68 68 69 69 70</p>
VI. Aplicación del proceso enfermero	
6.1 Valoración inicial de enfermería.....	72
6.2 Valoración focalizada.....	81
6.3 Diagnósticos de Enfermería.....	82
6.4 Plan de atención (<i>Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación</i>).....	86
VII. Plan de alta.....	113
VIII. Conclusiones.....	114
IX. Sugerencias.....	116
X. Glosario.....	117
XI. Bibliografía.....	125
XII. Anexos.....	128
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de valoración..... • Folleto..... 	<p>129 140</p>

INTRODUCCIÓN

Con el aumento del promedio de vida de los pacientes y la mayor duración de las estancias hospitalarias, se está viendo un constante incremento de pacientes con trastornos y lesiones de extrema gravedad que requieren asistencia especializada en unidades de cuidados intensivos donde el personal de enfermería debe tener una preparación especial sobre todo en el empleo de tecnología avanzada. Debido a este entorno tan tecnificado, es fácil que el paciente se pierda entre tanta maquina y que el personal se fije mas en aparatos y en los números. Por consiguiente, el personal de enfermería debe en lo posible prestar atención al paciente como ser humano, apoyándolo y ayudándolo a él y a su familia a afrontar la gravedad de la enfermedad. La enfermera especialista en cuidados críticos debe tener como objetivo principal, el restaurar la estabilidad emocional y fisiológica del paciente grave a través de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos.

Las actividades que realiza el personal de enfermería son independientes, dependientes e interdependientes. Deben determinarse prioridades rápidamente, basándose en sólido conocimiento y juicio. Deben seleccionarse las decisiones a tomar para abreviar los cuidados. La herramienta básica para el profesional de enfermería es el Método Enfermero y el medio para realizarlo en un paciente en estado crítico es la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, propuesto para la especialidad del Adulto en Estado Critico.

La enfermera especialista en el Adulto en Estado Critico actúa sobre las necesidades o problemas que ponen en peligro la vida. El enfermo crítico requiere una valoración constante, intensiva y multidisciplinaria, así como actuaciones eficientes y eficaces para restablecer su estabilidad, prevenir complicaciones o lograr mantener las necesidades satisfechas en forma óptima. El paciente en estado crítico se caracteriza por la existencia de problemas clínicos reales o potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación constantes para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud.

El infarto de miocardio es la presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica. La OMS estimó que en el año 2003, 12,6% de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica,¹ el cual es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo, después del SIDA e infecciones respiratorias bajas.

En México las cardiopatías son la segunda causa de mortalidad en la población en general. Los padecimientos cardiovasculares degenerativos, constituyen un problema de gran importancia; ya que es una de las causas frecuentes de morbimortalidad y en ocasiones deterioro precoz en la época productiva de la vida, tienen prevalencia elevada y su incidencia va en aumento en ambos sexos; con mayor predominio en el varón de más de 40 años.

Como consecuencia de la transición epidemiológica, en México las muertes por enfermedad isquémica del corazón han pasado de; poco más de 30,000 en 1990, a casi 50,000 en 2007. Cifra que convierte a estas enfermedades en la segunda causa de muerte en nuestro país y en la primera causa en hombres de más de 60 años.¹

Con base en lo anterior, el presente trabajo describe el desarrollo de un estudio de caso clínico realizado a un paciente con Infarto agudo al miocardio (IAM) anteroseptal considerando la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la cual fue aplicada a través del método enfermero (ME). Se realizó una valoración generalizada de la cual surgieron 12 diagnósticos de enfermería reales, 3 de riesgo y dos de bienestar así como 2 valoraciones focalizadas.

¹ Morbimortalidad en México. <http://www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem/fsociodemografia.html>

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ❶ Elaborar un estudio de caso aplicando el proceso enfermero, con el modelo conceptual de Virginia Henderson, utilizando para la valoración las 14 necesidades básicas en una persona con alteración de la perfusión miocárdica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❶ Realizar la valoración con base a las 14 necesidades básicas
- ❶ Utilizar el proceso atención de enfermería como un instrumento de investigación, análisis, interpretación, planificación y evaluación de las intervenciones de enfermería.
- ❶ Elaborar Diagnósticos de Enfermería con base al formato PES de acuerdo a las necesidades alteradas.
- ❶ Desarrollar un plan de atención de enfermería especializado que permita brindar una atención de forma holística considerando las necesidades comprometidas de la persona con infarto agudo al miocardio.

FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

ESTUDIOS RELACIONADOS

En el año 2005 Da Silva Paiva Glaziane, De Oliveira Lopes Marcos Venícios en su estudio: "Factores relacionados para diagnósticos de enfermería en pacientes con infarto agudo del miocardio ingresados en unidad intensiva". La conclusión de este estudio fue que el paciente con IAM ingresado en un ambiente de tratamiento intensivo, está expuesto a una cantidad excesiva de fuentes de desequilibrio, identificadas a través de la valoración y elaboración de diagnósticos de enfermería, las cuales ameritan intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

En el año 2007 García Sosa R. en su estudio: "Participación del profesional de enfermería en la Angiotac coronaria como método diagnóstico del síndrome isquémico coronario agudo". En este estudio se concluyó que la aportación del profesional de enfermería en dicho procedimiento es fundamental, ya que ofrece seguridad y atención de calidad al paciente durante el estudio para obtener las imágenes óptimas que permitan diagnosticar y establecer el tratamiento adecuado.

A la fecha se cuentan con los trabajos de enfermería antes citados, los cuales abordan y plantean estrategias sobre el como realizar diagnósticos de enfermería y la participación en procedimientos diagnósticos para lograr un adecuado tratamiento. Enfocados principalmente a la atención del paciente con IAM.

Por lo cual surge la necesidad de elaborar trabajos como el presente estudio de caso que se dirige a la atención de esta patología en el nivel hospitalario y a través del proceso enfermero.

MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La definición de Enfermería del CIE

“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.²

4.2 PARADIGMAS

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas". En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

² <http://www.icn.ch/definitions.htm>.

Metaparadigma

La profesión de enfermería tiene “ciencia, filosofía y teoría,” las cuales al articularse forman una disciplina científica y dando con ello el conocimiento necesario que le permite a la enfermera vincularse con el paciente formándose un pensamiento sobre sus bases teóricas dando como resultado, los elementos del metaparadigma que son cuatro: persona, entorno, salud, y cuidado

El Metaparadigma es la identificación del campo de estudio “proporcionando una perspectiva universal de la disciplina,” siendo la base teórica; que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integrado del ser humano. También le proporciona un marco conceptual para entender su rol frente al paciente.

Teniendo en cuenta que para poder entender los cuatro conceptos del metaparadigma, se definirán estos conceptos y de esta manera entender la relación que existe entre ellos.

- Persona: es la identificación del receptor o a los receptores de los cuidados que incluye al individuo, la familia y la comunidad.
- Entorno: es la identificación de las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona.
- Salud: se refiere al estado del bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud.
- Cuidado: son las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de, ó de acuerdo con la persona y las metas o resultados de las acciones de la enfermera.

La relación de estos cuatro conceptos da a la enfermera una base de conocimientos que le permiten dar una atención de calidad y calidez con un sentido holístico, identificar los problemas que afectan al paciente y poder dar cuidados necesarios para el bienestar del individuo, familia y la comunidad.

4.3 MODELO CONCEPTUAL

Antecedentes históricos de Virginia Henderson

Virginia Aveneale Henderson (1897-1996)



FIGURA 1. Virginia Henderson

Datos biográficos:

“Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897 siendo la quinta de ocho hermanos, pasó su infancia en Virginia.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de Enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

- 1926 ingresa al Teachers College de la 'Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada “B.S.” en 1932 y magíster “M. A.” en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester en Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la “Definición de enfermería de Virginia Henderson”.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra “The Nature of Nursing” aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980 permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ❖ Catholic University
- ❖ Pace University
- ❖ University of Rochester
- ❖ University of Western Ontario
- ❖ Yale University
- ❖ Old Dominion University
- ❖ Boston College
- ❖ Thomas Jefferson University
- ❖ Emery University

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Inglaterra.

- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de “The Principles of Nursing” fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996. ³

Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de enfermería, el primero de ellos ocurrió al revisar el texto; *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia regional de la National Nursing Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería. En 1955 Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodricli, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike Dr. George Deaver, Bertha Hamer, e Ida Orlando.

Tendencia y filosofía de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda; Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. ⁴

³ MARRINER T. ANN y RAILE A MARTHA, **Modelos y Teorías en Enfermería**, 4ª Edición 1999 España editorial Harcourt Brace, pp. 99 - 100.

⁴ MARRINER, **IBIDEM**. pp. 101-102

Principales conceptos y definiciones del modelo de Virginia Henderson

La filosofía de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al usuario sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.⁵

⁵ MARRINER, **IBIDEM**. pp. 101-102

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima eficacia y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción vital de sus necesidades.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y el desarrollo de un individuo.

Persona (paciente, cliente o usuario)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.”⁶

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- ❖ Necesidad de oxigenación ó respirar normalmente: Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.
- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación ó comer y beber de forma adecuada: Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos, la energía indispensable para su buen funcionamiento.
- ❖ Necesidad de eliminación o evacuar los desechos corporales: Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

La excreción de desechos se produce principalmente por la orina, heces,

⁶ MARRINER, **IBIDEM**. pp. 101-102

también por la transpiración y la espiración pulmonar.

- ❖ Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo, la circulación se ve favorecida por los movimientos y la actividad física.
- ❖ Necesidad de descanso y sueño: Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidades suficientes a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
- ❖ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (vestirse y desvestirse): El individuo debe llevar ropa adecuada según las circunstancias de acuerdo a la hora día y actividades, para proteger su cuerpo del rigor del clima frío, calor humedad y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades el individuo se viste por pudor ya que la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos ya que pueden pertenecer a un grupo de ideologías y estatus social. La ropa también puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que le da el individuo.
- ❖ Necesidad de termorregulación ó mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionado la ropa y modificando las condiciones ambientales: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante. La oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 36.9°C para mantener un buen estado.
- ❖ Necesidad de mantener higiene corporal proteger la piel y tener buena apariencia física: Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo del polvo, microorganismos, etc.
- ❖ Necesidad de evitar peligros y no dañar a los demás: Evitar los peligros es

una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa para mantener así su integridad física y psicológica.

- ❖ Necesidad de comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones: La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico y verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesible unas a las otras, llegar a conclusiones comunes de sentimientos, opiniones, experiencias e información.
- ❖ Necesidad de actuar según sus creencias y valores ó profesar su fe: Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conforme a su noción del bien y del mal y de justicia y la persecución de una ideología.
- ❖ Necesidad de ocuparse para realizarse (trabajar y realizarse) ó actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo: Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades, el ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitir llegar a una total plenitud.
- ❖ Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- ❖ Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal a la salud y acudir a los centros de salud disponibles: Aprender es una necesidad para todo ser humano de adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Supuestos principales

La enfermería tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos de biología como sociología; puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico, emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas. ⁷

Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera - paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

- La enfermera como ayudante ó auxiliar de paciente: Durante los periodos de

⁷ MARRINER, **IBIDEM**. Pág. 103

convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- La enfermera como compañera. del paciente: La enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera - médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera - equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. ⁸

Independencia y dependencia

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el usuario debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, siendo capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza o que otros hacen por el de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo.

Si por causa de otras dificultades el usuario es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por si mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

Esta dependencia se manifiesta cuando el usuario no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su edad y nivel de crecimiento y desarrollo

⁸ MARRINER, **IBIDEM**. pp. 103-104

Independencia: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción* de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por si mismo sin ayuda de otra persona

Dependencia: Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción* de sus necesidades.

*El nivel aceptable de satisfacción es el nivel que permite la persistencia de un buen equilibrio fisiológico y psicológico que se manifiesta por un estado satisfactorio de bienestar. Sin embargo, una necesidad puede permanecer ligeramente insatisfecha sin requerir por ello de suplencia de la enfermera(o).

Manifestación de dependencia

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por si misma a esta necesidad. Son en si mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

Continuum Independencia - Dependencia

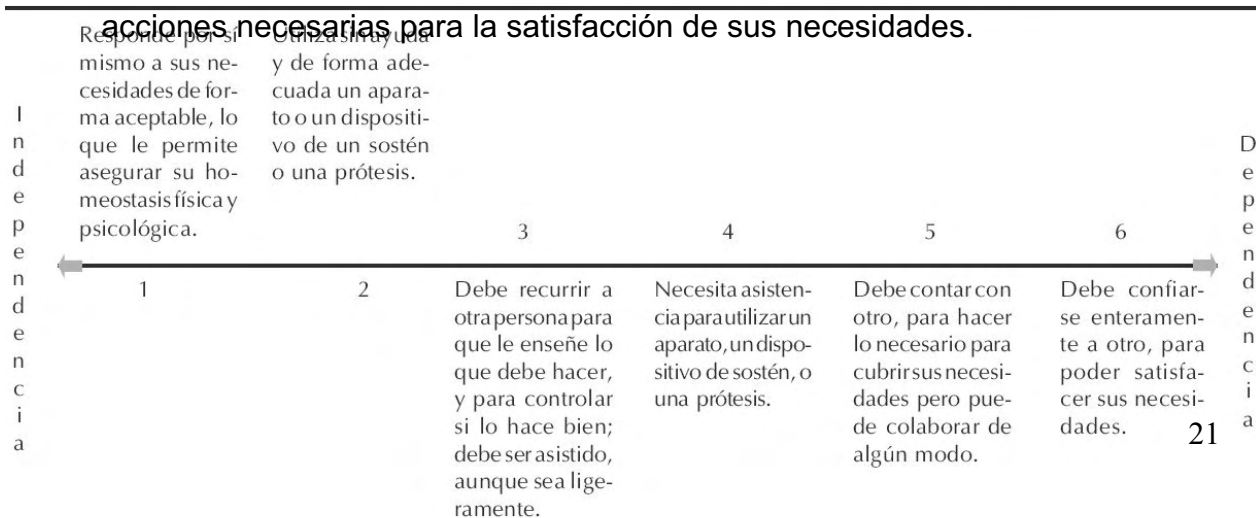
La noción de insatisfacción a un nivel aceptable es muy importante a este punto significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el usuario debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no pueda hacer por si mismo.

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del usuario para satisfacer por si mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar en la manera de lo posible la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Con el fin de facilitar esta evaluación, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos **Niveles de Dependencia** se enuncian así:

1. El usuario es independiente si responde por si mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza – sin ayuda, y de forma adecuada – un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aun mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, **por que es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.**



Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración pudiendo ser esta transitoria permanente

Tipos de Dependencia

La dependencia se manifiesta en el usuario por medio de ciertos cambios observables en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Causas de dificultad

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Estas causas de dificultad Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- Falta de fuerza - No sólo es la capacidad física o habilidad mecánica de las personas, sino también del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, psíquico e intelectual, etc...

- Falta de conocimientos - Es cuando las personas no tienen autoconocimiento sobre la salud, la enfermedad, los recursos propios y ajenos disponibles para la satisfacción de necesidades.
- Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la educación y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.”⁹

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de intervenciones necesarias. El tipo de intervención de suplencia o ayuda vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

Fuentes de dificultad

Las fuentes de dificultad son los obstáculos o factores etiológicos que impiden a una persona satisfacer sus 14 necesidades fundamentales. Las fuentes de dificultad pueden ser causadas por:¹⁰

- Factores de orden físico
- Factores de orden psicológico
- Factores de orden sociológico
- Factores que tienen repercusiones de orden espiritual
- Factores ligadas a una insuficiencia de conocimientos

Estos factores son fuerzas negativas que impiden al usuario satisfacer por sí mismo sus necesidades causándole incapacidad y generándole dependencia.

- Fuentes de dificultad de orden físico

⁹ FERNÁNDEZ, **IBIDEM**. Pág. 73

¹⁰ PHANEUF, **IBIDEM**. Pág. 39

Las fuentes de dificultad de orden físico son los impedimentos físicos, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpecen la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona.

Las fuentes intrínsecas son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Las fuentes extrínsecas son los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de sus funciones ocasionándole un problema al sujeto¹¹.

➤ Fuentes de dificultad de orden psicológico

Estas fuentes de dificultad comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los ánimos e intelecto, que pueden influir en la satisfacción de necesidades. Estos problemas pueden ser: trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de la evolución de la personalidad, estado de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones en crisis.¹²

Las manifestaciones de dependencia a este nivel pueden afectar a todas las necesidades.

➤ Fuentes de dificultad de orden sociológico

Las fuentes de dificultad de orden sociológico comprenden, los problemas generados al individuo por su relación con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones, en el plano cultural económico y ambiental.¹³

➤ Fuentes de dificultad que tienen repercusiones de orden espiritual

Estas dificultades se refieren a las dimensiones superiores del ser. Englobando al espíritu, al sentimiento moral, y los valores.

¹¹ FERNÁNDEZ, **IBIDEM**. Pág. 73

¹² PHANEUF, **Op. Cit.** Pág. 40.

¹³ PHANEUF, **IBIDEM**. Pág. 41.

Las dificultades espirituales adquieren una importancia particular en usuarios de edad avanzada o moribundos, surgiendo sentimientos de culpabilidad, inseguridad religiosa, la insatisfacción de una mala vida, añadiéndose siempre a los temores causados por el dolor y la enfermedad.¹⁴

Las manifestaciones de dependencia causadas por problemas de este orden, repercuten en el aspecto fisiológico, por ejemplo, en un descenso del apetito.

➤ Fuentes de dificultad vinculadas a una insuficiencia de conocimientos

Es cuando el cliente no tiene conocimientos de sí mismo, de los otros, de la salud y la enfermedad, causándole problemas físicos y psicológicos.

Conocimiento de sí mismo: Se refiere a determinadas zonas del campo de la experiencia del individuo, que ha de diferenciar y reconocer como características definidas de sí mismo. Se refieren a los valores, sentimientos, experiencia, imagen personal, etc.

Conocimientos de salud y de enfermedad: El usuario debe estar informado sobre los medios de prevención de los problemas de salud, sobre la afección que sufre, sobre ciertas implicaciones de su tratamiento.

Conocimiento de los otros: Deben tener información sobre otros, o sea de los familiares o amigos que los rodean, para poder aceptarlos, comprenderlos, amarlos y ayudarlos.

Conocimiento del medio: El conocimiento del medio físico y social es necesario para la prevención de salud, solución de problemas físicos y psicológicos, conociendo los peligros que puedan surgir para evitarlos.

Rol de enfermería

Los cuidados de enfermería son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia. Actuando conforme al rol de suplencia o ayuda,

¹⁴ PHANEUF, Op. Cit. Pág. 41.

según el nivel de dependencia identificado en la persona. Este es el trabajo de la enfermera en cual desempeña y controla siendo dueña de la situación.¹⁵

El rol de suplencia: Es cuando la enfermera realiza todos los cuidados necesarios al cliente para que éste alcance un grado óptimo de satisfacción de necesidades.

El rol de ayuda: Es cuando la enfermera proporciona cuidados al usuario que le ayuden a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

El rol de acompañamiento: Es cuando un usuario requiere de la compañía de una persona para que lo escuchen y no se sienta sólo.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universales porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a su persona en su totalidad.¹⁶

En relación al usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Las enfermeras al trabajar con el equipo multidisciplinario se llevan una colaboración en conjunto para la planificación y ejecución de un programa global. Ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del usuario o para evitar el sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de sus funciones.

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 enfermero:

¹⁵ FERNÁNDEZ, **IBIDEM** Pág. 74.

¹⁶ FERNÁNDEZ, **IBIDEM** Pág. 74

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. En esta etapa se determina:

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

2. En las etapas de Planeación 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 o 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 más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán a la etapa de ejecución.

3. 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 sus necesidades, lo más rápido posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.¹⁷

4.4 PROCESO ENFERMERO

Antecedentes históricos del proceso enfermero

¹⁷ FERNÁNDEZ, **IBIDEM** Pág. 76.

“En 1952 Hildergard E. Peplau describe a la enfermería como una relación terapéutica protectora del desarrollo la cual cuenta con cuatro fases: orientación, identificación, exploración y resolución.”

En 1959 Jhonson, 1960 Orlando y 1963 Wiedenbach, consideran al sistema de enfermería como un proceso trifásico que contenía determinados elementos rudimentarios.

En 1967 Yura y Walsh crearon el primer texto que describe el proceso en cuatro fases y lo especifica como: valoración, planificación, ejecución y evaluación; considerándolo sistemático, dinámico, interactivo, flexible y basado en un fundamento teórico.

El proceso enfermero ha sido incorporado a las normas del ejercicio profesional, las cuales fueron aceptadas y publicadas por la American Nurses Association en 1973 y las enfermeras tienen la responsabilidad de actuar de acuerdo con ellas en el ejercicio de su profesión independientemente del lugar en donde trabajen. La enfermera utiliza el proceso enfermero para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud.”¹⁸

Otros autores como Iyer Alfaro, Carpenito, Griffith, Lu Verne y Long separan el diagnóstico de enfermería de la etapa de valoración quedando el proceso enfermero en 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

¹⁸ El proceso enfermero. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

METODOLOGÍA

5.1 SELECCIÓN

Para la realización de este estudio de caso el paciente fue seleccionado de la Unidad de cuidados intensivos coronarios del Hospital de Cardiología del C.M.N. Siglo XXI, el 27 de Noviembre del 2006. Considerando un caso significativo por las complicaciones cardiovasculares y que son causa frecuente de morbimortalidad y en ocasiones deterioro precoz en la época productiva de la vida si no se tiene una atención de calidad en el momento en que se presenta la urgencia.

Se utilizo el Proceso de enfermería y el método clínico como un sistema de pensamiento aplicado a la persona cuya finalidad es establecer un diagnostico. Como modelo conceptual se emplearon las 14 necesidades de “Virginia Henderson” donde dichos indicadores nos permitieron valorar el estado de salud del Adulto en Estado Critico así como el grado de dependencia y las fuentes de dificultad que se presenten.

La recolección de datos se obtuvo de fuentes primarias, valoración inicial de enfermería , valoraciones focalizadas y entrevista con familiares; fuentes secundarias, expediente clínico, fuentes bibliográficas, hemerográficas y electrónicas, para el registro de datos se utilizaron instrumentos acorde a la especialidad y modelo proporcionados por la coordinadora de la especialidad de Atención de Enfermería del Adulto en estado Critico.

Posterior a la evaluación se establecieron los diagnósticos de enfermería integrando el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas), se formularon los diagnósticos reales y potenciales durante el periodo evolutivo del paciente y se brindaron los cuidados de enfermería correspondientes.

5.1.1 DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Se trata de masculino cursando la quinta década de la vida, de 50 años de edad, con una talla de 178 cm, un peso de 104, 450kg; obeso, originario y residente de México D.F., escolaridad 6º año de primaria, ocupación obrero calificado, estado civil casado, de padres mexicanos, 5 integrantes de la familia, el papel que desempeña en la familia es el de padre, la familia es de orientación católica. Alcoholismo y tabaquismo positivo desde los 17 años de edad, con carga materna y paterna de Diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Inicia su padecimiento actual el día 27 de Noviembre de 2006 a las 00:00 hrs al presentar dolor intenso y de forma súbita el cual lo despertó, el dolor lo refiere en área precordial irradiada hacia brazo izquierdo y mandíbula, tomando una tableta de 500 mg de Paracetamol y al no ceder el dolor decide acudir a urgencias adultos de su hospital general de zona donde es enviado a esta unidad e ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.

Historia clínica de enfermería

a) Datos de identificación

Nombre: V.P.P.

Sexo: Masculino

Edad: 50 años 07 meses 10 días

Peso: 104,450 kg

Talla: 178 cm

Estado Civil: Casado

Fecha de nacimiento: 10 de Mayo de de 1957.

Número de expediente: 0001 52 2504 1M1952OR

Fecha de admisión: 27 de Noviembre de 2006.

Hora: 09:00 hrs.

Procedencia: Urgencias

Servicio de hospitalización actual: Unidad de cuidados intensivos coronarios

Número de cama: 6

Días de estancia: 3

Fuente de información: fuentes primarias y secundarias

Fiabilidad: 4/5

Persona significativa: esposa

b) Antecedentes heredofamiliares

Madre viva hipertensa, Padre finado por cardiopatía isquémica, abuela materna finada hipertensa.

c) Antecedentes personales no patológicos

Originario y residente de México D.F., escolaridad 6º año de primaria, ocupación obrero calificado, estado civil casado, de padres mexicanos, 5 integrantes de la familia, el papel que desempeña en la familia es el de padre, la familia es de orientación católica. Generalmente no acude a consulta de medicina preventiva, solo cuando lo persuade su esposa, sin embargo no cumple todas las recomendaciones.

Patrón de vida:

Despierta a las 8:00 hrs de lunes a viernes, desayuna y posteriormente acude al trabajo. A las 11 hrs ingiere su almuerzo, sale del trabajo a las 18 hrs e inmediatamente come en la calle, siendo su alimentación mala en cantidad y calidad, posterior a esto va a su domicilio donde ve la tele un rato, refiere que algunos viernes acude con sus compañeros de trabajo por unas cervezas, no especifica cantidad pero dice no llega a la embriaguez, algunas veces duerme siesta por la tarde. Los fines de semana van de compras con su esposa e hijos acostumbrando desayunar todos los domingos barbacoa.

Área geográfica: Urbana

Hábitos higiénicos:

Baño diario, aseo de manos diariamente antes de comer y después de ir al baño, cambio de ropa diario, alcoholismo (+) cada semana, tabaquismo (+) a razón de 4 cigarrillos diarios, toxicomanías (-).

Servicios públicos con los que cuenta la comunidad:

Agua potable, luz, drenaje, teléfono, almacenes y seguridad pública.

Servicios con los que cuenta la casa-habitación:

Agua, luz, drenaje, teléfono y televisión de paga.

Características higiénicas de la vivienda:

Tamaño amplio, 5 habitaciones distribuidas de la siguiente manera: 2 recamaras, 1 sala, 1 comedor y 1 cocina, buena ventilación, buena iluminación, techo y paredes de concreto, zoonosis (-).

Inmunizaciones:

Completas de acuerdo a esquema nacional de vacunación y edad.

Alimentación:

<i>(Cantidad y frecuencia de ingestión):</i>			
Número de comidas a día:			3
Huevo	7	7	<i>Ingerido en el desayuno en sus diferentes presentaciones.</i>
Pollo	1	7	<i>Ingerido en la comida; preparado en caldo y tortas.</i>
Res	2	7	<i>Ingerido en la comida; en caldo.</i>
Cerdo	7	7	<i>Ingerido entre comidas en chicharrón prensado.</i>
Pescado	-	7	---
Lácteos	7	7	<i>Ingeridos en desayuno y cena; leche, yogurt y queso (manchego).</i>
Agua	-	7	---
Cereales	-	7	---
Leguminosas	7	7	<i>Ingeridas en la cena, regularmente frijoles</i>
Frutas	3	7	<i>Casi no le gustan pero cuando las come consume mango.</i>
Verduras	2	7	<i>Ingeridas en la comida; papas</i>
Tortilla	7	7	<i>Ingerido en la comida; consume por lo regular 15 tortillas al día</i>
Pan	7	7	<i>Ingeridas en el desayuno y en la cena; pan de dulce.</i>
Refresco	7	7	<i>Consume coca cola a diferentes horas del día, 3 aprox en 24 hrs.</i>
Prod. chatarra	7	7	<i>Consume diariamente frituras y goma de mascar.</i>

d) Antecedentes personales patológicos

Hipertensión arterial sistémica desde hace 20 años manejada con Captopril durante un mes, ya no la tomo porque refiere ya presentaba molestias. Infecciosas (-), Traumáticos (-), Transfusionales (-), Quirúrgicos (-) y Neoplásicos (-).

e) Padecimiento actual

Lo inicia el día 27 de Noviembre de 2006 a las 00:00 hrs al presentar dolor intenso y de forma súbita el cual lo despertó, el dolor lo refiere en área precordial irradiada hacia brazo izquierdo y mandíbula, tomando una tableta de 500 mg de Paracetamol y al no ceder el dolor decide acudir a urgencias adultos de su hospital general de zona donde es enviado a esta unidad e ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.

f) Problemas interdependientes

- Infarto agudo al miocardio anteroseptal

g) Tratamiento actual (27/11/06)

- ❖ Ayuno
- ❖ *Medidas generales:*
 - Signos vitales por hora
 - Posición semifowler
 - Sonda transuretral a derivación
- ❖ *Soluciones:*

- **SOLUCIÓN BASE**
Solución fisiologica al 0.9% 250 cc p/24 h.

5.3 ESQUEMA METODOLOGICO

5.2.1 Variables e indicadores

Las variables a considerar para el presente estudio de caso son las 14 necesidades que Virginia Henderson propone como fundamentales, mismas que son analizadas por medio del proceso enfermero.

Se consideran indicadores de independencia las características físicas y fisiológicas de un adulto sano, dado que el infarto agudo al miocardio no es un estado de “normalidad”.

5.2.2 Valoración de enfermería

La valoración de enfermería constituye el punto cardinal en el desarrollo y consolidación del presente estudio de caso. Dicho proceso involucra la implementación de múltiples conocimientos científicos y habilidades técnicas que en su conjunto permiten obtener de manera sistemática y organizada la información necesaria para concluir en diagnósticos de enfermería ante los cuales se pueden establecer intervenciones precisas que favorezcan el estado de salud del individuo objeto de estudio.

En el presente estudio de caso los datos obtenidos durante la valoración de enfermería proceden básicamente de la aplicación del método clínico y del proceso enfermero. De primera instancia se realizó una valoración exhaustiva para posteriormente continuar con las valoraciones focalizadas con el objetivo de evaluar el comportamiento de las variables en estudio.

Las valoraciones se efectuaron aplicando el enfoque de las necesidades fundamentales que propone Virginia Henderson. Para ello se utilizó un formato de guía de valoración basándose en estas.

5.2.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos

El proceso atención de enfermería y el método clínico se consideran las guías de este trabajo, ambos orientados bajo el enfoque de las necesidades fundamentales que propone Virginia Henderson.

Investigación documental

La investigación documental constituye parte medular para conformar la estructura del presente trabajo. A través de esta se establecen los fundamentos teóricos que dan solidez y guían el estudio de caso. A fin de contar con un marco teórico basto que permita fundamentar científicamente las intervenciones de enfermería, se recolecto y proceso la información en fichas de trabajo. Asimismo se tomo como apoyo el material bibliográfico utilizado durante la realización de la especialidad.

De igual forma la revisión del expediente clínico permitió conocer la evolución del paciente durante el tiempo que resulto imposible el contacto directo.

Entrevista directa

La entrevista directa permitió obtener la información relevante en torno al paciente. Para ello se estableció comunicación personalizada con el paciente, su esposa, y con los miembros del equipo de salud involucrados en su atención.

Examen físico

El proceso de evaluación física favoreció la relación directa con el paciente, mediante este fue posible obtener la información precisa en torno a su estado de salud y establecer sistemáticamente medidas tendientes a favorecer su evolución. Para ello se hizo uso de las cuatro técnicas de exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación, mismas que proporcionaron datos acerca del estado de los aparatos y sistemas del caso en estudio.

Instrumentos de enfermería utilizados para el registro de información

- Historia clínica de enfermería

A fin de contar con un instrumento para concentrar de manera sistemática y organizada la información obtenida en cada valoración de enfermería.

Dicho instrumento pretende guiar la valoración de las necesidades básicas en el paciente y esta constituida por los siguientes apartados:

- a) Datos de identificación
- b) Antecedentes heredofamiliares
- c) Antecedentes personales no patológicos
- d) Antecedentes personales patológicos
- e) Padecimiento actual
- f) Problemas interdependientes
- g) Tratamiento medico actual
- h) Métodos de diagnostico complementarios

Con el propósito de recabar detalladamente la información relacionada con las valoraciones de enfermería, se contó con una bitácora en la que se concentro el resultado de las valoraciones para posteriormente analizar la información y plasmarla por escrito.

5.2.5 Plan de atención

Es en el plan de atención en donde se plasma la congruencia entre la teoría y la práctica además de valorar la relevancia de nuestro quehacer como profesionales.

El plan de atención se elaboró construyendo tablas inteligentes, las cuales contienen los cinco elementos que integran el proceso enfermero dirigido y aplicado al paciente y a su núcleo familiar.

Se construyeron los diagnósticos de enfermería ocupando etiquetas diagnósticas de la *Taxonomía II* de la NANDA, posterior a esto se seleccionaron y ejecutaron intervenciones y objetivos específicos.

5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Enfermería es la disciplina que cuida y enseña a cuidarse. Lo realiza hacia las personas, las familias, la comunidad y el ambiente. Su ética es la reflexión crítica sobre su quehacer y se inspira en los derechos humanos. La ética de los cuidados o ética de la enfermería es una rama de la bioética, la cual se funda clásicamente en la beneficencia, la autonomía y la justicia.

El estudio de caso se llevo acabo bajo el consentimiento informado del paciente y bajo las consideraciones éticas de investigación que son: anonimato, confidencialidad, consentimiento y voluntariedad.

Valores morales

La mayoría de los autores utilizan el término valor para describir las creencias, las actitudes, las motivaciones, los objetos elegidos libremente después de una reflexión, y que conllevan una conducta determinada.

Los valores específicamente morales, como la honestidad, la justicia, etc, presentan una serie de características que los diferencian de otros valores y que pueden resumirse en:

- Dependen de la libertad humana; mientras que no todas las personas no pueden ser bellas, si pueden ser moralmente buenas.
- Son por tanto, cualidades de las personas, de sus acciones o de su forma de relación.
- Son valores universales.
- Son necesarios para que podamos vivir en el mundo como personas humanas.

Obligatoriedad moral

La moral surge cuando el hombre pasa a formar parte de un colectivo o comunidad, y determina la aparición de una serie de normas, que pretenden asegurar la concordancia entre la conducta de cada individuo y los intereses de la sociedad.

El comportamiento moral del hombre se analiza a través de los actos humanos, que como individuo social, realiza de forma voluntaria, calificables moralmente porque respetan o inflingen normas con un valor ético. Actos morales serán por tanto las acciones que el hombre realiza de modo conciente, libre y voluntariamente y que pueden ser calificadas como buenas o malas, justas o injustas, honestas o deshonestas, según el correspondiente código de la comunidad.

Las normas morales son una parte del conjunto de normas que rigen la conducta humana. Las crea y modifica la propia sociedad y las mismas se cumplen mediante convencimiento interno de las personas. Es la voluntad del individuo lo determinante, sin que exista ningún elemento interno de coacción que nos obligue a su cumplimiento.

La ética responde a la necesidad social de regular las acciones entre los hombres, mediante una determinada forma de comportamiento modificable en función de los cambios de la propia sociedad, motivo por el cual en cada época surgirán códigos morales mas o menos diferente.

El ejercicio de la enfermería se desarrolla dentro de un marco ético y legal que en nuestro país de manera específica se encuentra en la ley general de salud.

El trabajar de manera directa con los pacientes y en las instituciones de salud nos obliga a apegarnos a los siguientes artículos de la ley general de salud.

Artículo 13. En toda la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

1. Se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
 - II. Se deberá de realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
 - III. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
 - IV. Deberá de ser realizada por los profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

5.5 MARCO TEÓRICO

5.5.1 PATOLOGÍA

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición

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

El origen de la oclusión coronaria total en la mayoría de los casos, es causada por una trombosis, consecutiva a la fractura de una placa de ateroma intracoronaria; independientemente del grado de obstrucción que causaba antes de su ruptura. En otras ocasiones es la resultante de un espasmo coronario intenso (angina de Prinzmetal) que se prolonga en tiempo, aún cuando no exista aterosclerosis coronaria.²²

²² GUADALAJARA B. J. *“Cardiología”*, México DF 2000 7° Mc Graw-Hill- Interamericana. Pág. 984

El infarto del miocardio también puede ocurrir cuando existe una obstrucción parcial de una arteria coronaria por una placa de ateroma y los cambios de tono normales de la arteria pueden ocluirla completamente, con o sin ruptura de la placa.

Epidemiología

A pesar de los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento del infarto agudo al miocardio a lo largo de las últimas tres décadas, continúa siendo un problema principal de sanidad pública en los países industrializados y comienzan por ser un problema creciente en los países en vías de desarrollo.²³

En México las cardiopatías son la segunda causa de mortalidad en la población en general. Cerca del 50% de las muertes asociadas a IAM se producen en la primera hora del evento atribuidas a arritmias siendo la más frecuente la fibrilación ventricular. Como el IAM puede afectar a los individuos en sus años más productivos sus efectos pueden causar profundas consecuencias psicosociales y económicas.

De especial interés desde una perspectiva global son las proyecciones realizadas por la *World Heart Federation*, donde el peso de la enfermedad en los países en vías de desarrollo será cada vez más similar a lo observado en países industrializados.²⁴

El acelerado desarrollo económico acompañado de cambios en el estilo de vida fomenta la aterosclerosis, esto hace que en los países en vías de desarrollo, y en especial Europa del este, Asia y parte de América Latina; se espere un drástico incremento en cardiopatía isquémica e IAM.²⁵

²³ Chockalingam A, Balaguer- Vintro I: *“Impending Global Pandemic of Cardiovascular Diseases; challenges and Opportunities for the prevention and Control of Cardiovascular Diseases in Developing Countries and Economies in Transition”*. Barcelona, Prous Science, 1999. Pág. 33.

²⁴ American Heart Association: 1999. *“Heart and Stroke Statistical Update”*. Dallas. American Heart Association, 1998. Pág. 2.

²⁵ Bayes de Luna A: *“International cooperation in world cardiology. The role of the World Heart Federation”*. Circulation 99:-9986-989, 1999.

Etiología y factores de riesgo

ETIOLOGÍA:

- ♥ Arterioesclerosis coronarias
- ♥ Oclusión brusca de las arterias coronarias
- ♥ Trombosis coronaria
- ♥ Espasmos coronarios
- ♥ Cirugía
- ♥ Traumatismo
- ♥ Aneurisma aórtico
- ♥ Poliarteritis nodosa

FACTORES DE RIESGO:

- ♥ Herencia
- ♥ Edad y sexo
- ♥ Hipertensión
- ♥ Niveles de lípidos
- ♥ Obesidad
- ♥ Consumo de tabaco
- ♥ Estilo de vida sedentario
- ♥ Factores psicosociales
- ♥ Diabetes

Fisiopatología

Se han acumulado en poco tiempo conocimientos sobre la fisiopatología de la aterosclerosis. En las etapas iniciales del proceso aterosclerótico es importante el metabolismo anormal de lípidos o el consumo excesivo de colesterol y grasas saturadas, en especial cuando se superpone en una predisposición genética. El paso

inicial es la “estría adiposa”, o acumulación subendotelial de lípidos y monocitos (macrófagos) cargados de lípidos. El principal lípido aterógeno es la LDL. En contraste las HDL son protectoras por su función en el transporte inverso de colesterol, al eliminar el colesterol de la pared vascular. Es menos claro el papel patogenético de otros lípidos, incluidos los triglicéridos. Las LDL se oxidan in situ y ello las torna más difíciles de desplazar y citotóxicas en el plano local.

Los macrófagos migran al espacio subendotelial y captan lípidos, con lo cual adoptan el aspecto de células “espumosas”. A medida que progresa la placa, también migran células de músculo liso a la lesión. En esta etapa, la lesión puede ser insignificante desde el punto de vista hemodinámico, pero la función endotelial se altera y se deteriora su capacidad para limitar la entrada de lipoproteínas a la pared vascular.

Si la placa permanece estable, se forma un recubrimiento fibroso, se calcifica la lesión, tiene lugar una remodelación de la pared del vaso y al final se estrecha la luz vascular, aunque es posible que exista aterosclerosis extensa incluso antes de que ocurran las alteraciones anteriores.

Aunque muchas placas ateroscleróticas permanecen estables o solo progresan de forma gradual, otras se rompen, con frecuencia en relación con procesos inflamatorios y actividad de metaloproteinasa. La rotura causa un flujo turbulento, expulsión de lípidos y suspensión de grasa y exposición del factor hístico que tiene como resultado una cascada de procesos que culminan en una trombosis intravascular. El resultado final de estos episodios es en buena medida consecuencia de que se ocluya o no el vaso, lo que depende de la anatomía de la lesión y asimismo del equilibrio de fuerzas protromboticas, antitromboticas. profibrinolíticas y antifibrinolíticas.

El resultado puede ser una oclusión parcial o total del vaso (que induce los síntomas de angina inestable o infarto del miocardio), o bien es posible que se estabilice otra vez la placa, a menudo con una estenosis mas grave. La oclusión temporal, la embolización de plaquetas y desechos de trombina, o ambas cosas, que pueden

precipitar un aumento de troponina sérica, predisponen a los episodios clínicos y poseen un pronóstico peor.

Varias características se vinculan con un incremento de la vulnerabilidad de la placa, entre ellas contenido mas alto de lípidos, concentración mayor de macrófagos, en especial en el hombro de la placa, y un recubrimiento fibroso muy delgado. Las lesiones con estas características suelen ser lesiones relativamente tempranas que pueden originar infarto agudo del miocardio o muerte súbita como primera manifestación de coronariopatía. Estas lesiones pueden ocurrir hasta en 50% de los casos. Esta progresión súbita explica por que casi ningún infarto ocurre en el sitio de una estenosis crítica preexistente.

Por el contrario, la disminución relativamente mayor de episodios clínicos, en comparación con la gravedad de la lesión en estudios clínicos sobre el tratamiento hipolipémico, se explica al parecer por la estabilización de estas lesiones tempranas no fibrosas.

Manifestaciones clínicas

Dolor retroesternal opresivo, intenso; con sensación de muerte inminente; irradiación al cuello; hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo o ambos brazos (borde cubital). Con frecuencia se irradia al dorso. Habitualmente dura más de 30 minutos, puede prolongarse por varias horas. Aparece en el reposo o durante el esfuerzo y no se alivia ni con el reposo ni con los vasodilatadores. Generalmente se acompaña de reacción simpaticomimética (adrenérgica) o reacción vagal.²⁶

La reacción simpaticomimética (adrenérgica) se debe a la liberación de catecolaminas en respuesta a la agresión aguda y sus manifestaciones son: Taquicardia sinusal, aumento del gasto cardíaco y de las resistencias periféricas por

²⁶ DIAZ. B. F. "Los Grandes Síndromes Vasculares", México D.F. 1998 IMSS, 1ª edición. Pág. 9.

vasoconstricción que elevan la presión arterial. En la piel se produce palidez, piloerección y diaforesis fría.

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

Los infartos anteriores tienen reacción simpaticomimética predominante, mientras que las posteriores la tienen vaga.

Diagnóstico

El diagnóstico de infarto agudo al miocardio se debe basar en la conjunción de los tres siguientes datos: dolor característico, cambios electrocardiográficos sugestivos y elevación de las enzimas, debiendo tener presente que esta última puede no presentarse en forma oportuna por lo que los dos primeros cambios deberán de tomarse en cuenta para iniciar la reperfusión a la brevedad posible.

Diagnóstico Diferencial

Si bien el dolor del infarto permite el diagnóstico en una gran proporción de los casos, con frecuencia se confunde con otras entidades clínicas, por lo que es necesario insistir en la diferenciación clínica de los dolores torácicos que pueden prestarse a confusión, entre ellos sobresalen:

- ♥ Pericarditis aguda
- ♥ Disección de la aorta
- ♥ Reflujo gastroesofágico
- ♥ Espasmo esofágico difuso

♥ Embolia pulmonar

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

Clasificación topográfico-electrocardiográfica:

En nuestro medio utilizamos la clasificación de Sodi Pallares, Medrano y Visten. Separan los infartos del miocardio en: I) sin bloqueo de rama; II) con bloqueo de rama derecha, y III) con bloqueo de rama izquierda.

Todos ellos pueden ser:

1.- Del tabique interventricular (coronaria descendente anterior):

- a) Septal alto, o del tercio superior del tabique
- b) Septal medio, o del tercio medio del tabique
- c) Septal bajo, o del tercio inferior del tabique
- d) Anteroseptal, o de los tercios inferiores del tabique

2.- De la pared libre del ventrículo izquierdo (circunfleja izquierda, coronaria derecha, o ambas).

- a) Apical, o anterior, o paraseptal izquierdo
- b) Lateral
- c) Anterolateral
- d) Lateral alto
- e) Posteroinferior
- f) Fundamentalmente posterior o dorsal

Topografía del infarto y su importancia clínica:

- a) El infarto ocurre básicamente en el ventrículo izquierdo, en las caras anterior, posterior y estrictamente dorsal o lateral. Puede dañar solo el subendocardio o ser transmural de la pared ventricular, lo que generalmente indica daño extenso de una coronaria gruesa. Abarca con frecuencia el septum interventricular, los pilares musculares anterior y posterior del ventrículo izquierdo, o ambas estructuras. El infarto puramente subendocárdico suele no dar la típica imagen de zona necrótica en el electrocardiograma, expresada por cambios de QRS, sino solo la de lesión subendocárdica, en forma de depresión importante del segmento ST. Esto se explica porque para que se manifieste al electrodo torácico, o sea, el epicardio, el daño debe alcanzar cuando menos la iniciación de los 2/3 externos de la pared libre ventricular y los pequeños infartos no lo hacen. Fue descrito por Word, Woolferth y Ballet, en 1938.

Recuérdese que el subendocardio es zona relativamente con escaso riego, y que en cambio esta sometido a mucha presión; el endocardio, en cambio, se defiende más al nutrirse con la sangre del propio ventrículo.

- b) El infarto puede ocurrir, en segundo lugar de frecuencia, en la aurícula derecha o en la izquierda, pues sus ramas nutricias nacen de la circunfleja izquierda o la derecha. Por último, es absolutamente excepcional que los infartos se localizan puramente en el ventrículo derecho, así como que se dañe su único músculo papilar. Ahora es sabido que los de ventrículo derecho asociados a los izquierdos posteroinferiores, ya no son raros.
- c) Los infartos pueden dañar el tejido específico de conducción: nodo senoauricular, nodo atrioventricular, tronco o ramas del haz de His y red de Purkinje, lo cual explica los paros sinusales, bloqueos A/V, bloqueos de rama, hemibloqueos y algunas arritmias. Igualmente pueden dañar a ganglios neuroefectores adrenérgicos y colinérgicos locales, lo que da lugar a liberación de esas sustancias.

- d) No ha sido bien estudiado si en pacientes que mueren de infarto miocárdico hay importante daño de las venas coronarias, aunque se cree que ese factor difícilmente podría producirlo. En este caso, sus lesiones pudieran ser más bien contribuyentes.
- e) Una zona de miomalacia por infarto a nivel del septum interventricular puede romperse y producir una comunicación interventricular; una zona miomalácica transmural de la pared del ventrículo izquierdo, pudiera igualmente perforarse; un infarto que dañe los pilares de implantación tendinosa valvular, puede romperlos, y el despulimiento endocárdico puede generar trombos intracavitarios o septales. Un infarto que alcance al epicardio puede producir una pericarditis extensa, con secreción fibrinosa o fibrohemática aguda.

El cuadro clínico puede tener variantes que depende de la localización del infarto, y esto, a su vez, puede depender de variantes congénitas normales de las coronarias.

Así, el ventrículo izquierdo se daña básicamente:

1. en su posición anterior y septal
2. en su porción anterolateral, punta del corazón y su vecindad
3. en su porción dorsal, posteroinferior, posterobasal o diafragmática. Puede haber combinaciones, como la posterolateral, la anterior extensa, la posteroinferior “en herradura”.

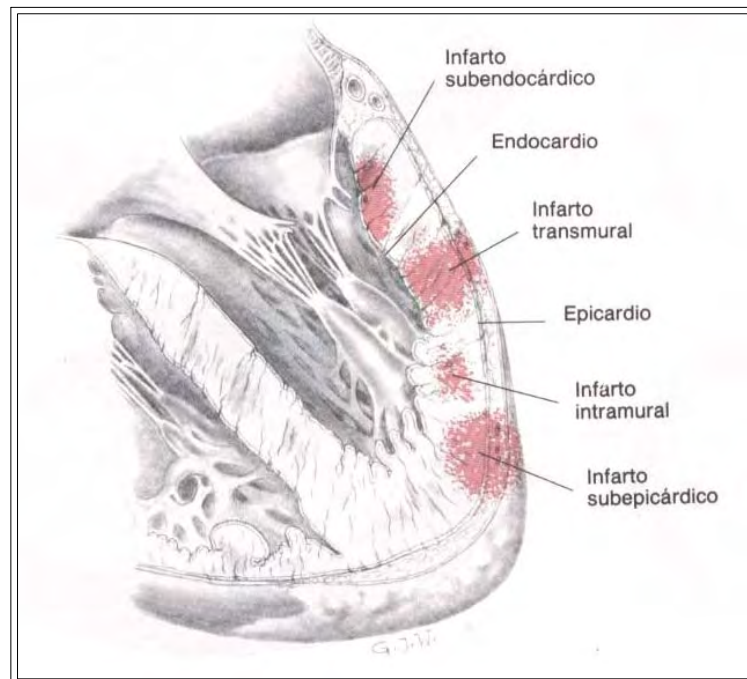


FIGURA 1. Topografía del infarto

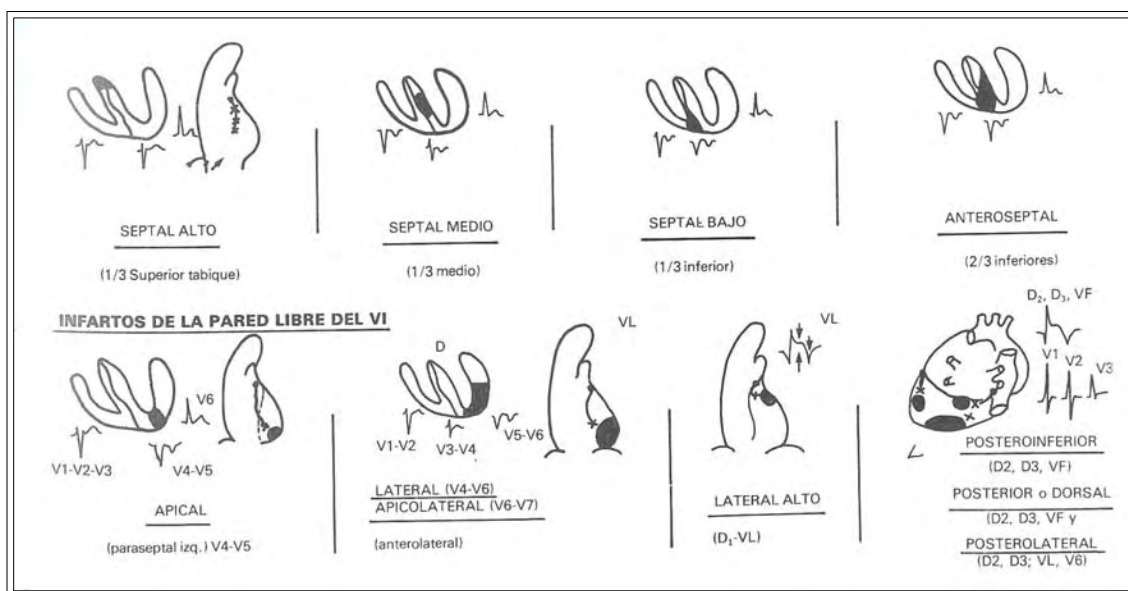


FIGURA 2. Clasificación de Sodi Pallares

Estudios de gabinete

Electrocardiograma: Permite hacer el diagnóstico al infarto agudo del miocardio en la inmensa mayoría de los casos. En general son suficientes para el diagnóstico las manifestaciones clínicas y las alteraciones electrocardiográficas, pero deben complementarse con la determinación de las enzimas plasmáticas para asegurar el diagnóstico.

Localización del sitio del infarto miocárdico:

Pared Afectada	Derivaciones	Cambios posibles del ECG	Posible arteria coronaria afectada
Inferior	I, II, aVF	Q, S – T, T	Derecha
Lateral	I, aVL, V5, V6	Q, S – T, T	Circunfleja rama descendente
Anterior	v1, v2, v3, v4, I, aVL	Q, S – T, T, Perdida progresión de la onda R.	Izquierda
Posterior	v1, v2	R>S, depresión S- T, T negativa	Derecha, circunfleja
Apical	v3, v4, v5, v6	Q, S – T, T, perdida progresión de la onda R	Descendente, anterior derecha
Anterolateral	I, aVL, v5, v6	Q, S – T, T,	Descendente

			circunfleja
Anteroseptal	v1,v2,v3,v4	Q, S – T, T, perdida de la onda R septal en V1	Descendente

Otros estudios: El ecocardiograma bidimensional y el sistema Doppler son de utilidad en casos en los que a pesar de los métodos antes mencionados no se puede hacer el diagnóstico o el diagnóstico diferencial. En efecto, el paciente con dolor sugestivo del infarto al miocardio con cambios no característicos del electrocardiograma; el ecocardiograma puede mostrar hipocinesia, acinesia o discinesia segmentaría que confirme la isquemia miocárdica aguda.

Así mismo este estudio puede reconocer casi todas las complicaciones cardíacas de un infarto al miocardio (aneurismas, trombos, rupturas, etc).

Radiografía de tórax: Puede mostrar signos de cardiomegalia o de insuficiencia ventricular izquierda.

Holter: Los cambios son evolutivos e indican progresión del infarto.

Estudios de laboratorio

Los exámenes generales de laboratorio suelen mostrar alteraciones inespecíficas como son: leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular.

La elevación de los leucocitos y de la VSG refleja necrosis histica.

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

La enzima que se eleva primero es la creatinfosfoquinasa; lo hace en las primeras 8 horas alcanzando su máximo a las 24 horas y regresa a cifras normales en 2 o 3 días. Se eleva también en miopatías, diabetes, intoxicación etílica, machacamiento o trauma muscular, ejercicio exagerado e infarto pulmonar. Se eleva incluso por la

administración de inyecciones intramusculares. De ahí que sea más específica la medición de la fracción miocárdica (MB) de la CPK. Es más útil pues casi siempre se eleva en los casos de infarto miocárdico; ésta es por lo tanto más específica en ausencia de lesiones en intestino delgado, lengua, diafragma, útero o próstata.

La TGO se eleva a las 8 o 12 horas alcanzando su máximo a las 24 o 48 horas, y se normaliza a cifras normales entre 3 y 5 días. Es preciso recordar que también se eleva en enfermedades hepáticas, miopatías, miopericarditis, trombo embolia pulmonar e incluso con las inyecciones intramusculares.

La DHL se eleva en el suero a las 24 o 48 horas alcanzando su máximo a los 4 o 6 días descendiendo a cifras normales en 1 o 2 semanas después del infarto. Recordar que se eleva en hemólisis, anemia megaloblástica, leucemia, enfermedades hepáticas y renales, neoplasias, choque, miopatías, miocarditis.

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del infarto agudo del miocardio es evitar la muerte del enfermo, evitar la necrosis del miocardio isquémico en riesgo y la extensión del mismo, evitar la aparición de complicaciones o dar tratamiento a ellas si ya se han presentado.

Para lograr este objetivo se deben observar los siguientes lineamientos:

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

Tratamiento adjunto:

1. Administración de ácido acetil salicílico (AAS): Sea que el paciente se someta a trombólisis o angioplastia, deberá recibir AAS, ya que el efecto antiplaquetario es fundamental para evitar la reobstrucción coronaria, especialmente en pacientes sometidos a trombolisis en los que el mismo efecto farmacológico estimula significativamente la agregación plaquetaria.

2. Heparina: Cuando termina la administración del trombolítico o la angioplastia primaria, se administran heparina por vía IV en infusión continua, a razón de 1000 UI/hora en un intento de mantener el tiempo de coagulación al doble de los valores normales.

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

4. Betabloqueadores: La administración de estos fármacos está indicada especialmente en presencia de infarto del miocardio agudo, cuando hay reacción adrenérgica (taquicardia e hipertensión arterial), en ausencia de insuficiencia cardíaca.

Tratamiento Secundario:

1. Dieta blanda: Fraccionada en cinco tomas, con objeto de que la digestión sea fácil y no se aumente por ello significativamente el MVO₂.

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

3. Sedación: En la fase aguda del infarto conviene mantener en cierto estado de sedación al paciente, ya que la progresión de eventos graves que pueden causar la muerte, tienen un importante impacto negativo sobre el paciente, por lo que una sedación ligera permite evitar parcialmente este impacto negativo. Se ha encontrado como un fármaco útil para este fin el Alprazolam, que se administra a razón de 25 mg a las 8 y 14 hrs. y 50 mg las 22 hrs. En la mayoría de los casos cumple su objetivo.

Tratamiento del paciente recuperado de un infarto del miocardio:

Cuando el paciente ha sobrevivido un episodio de infarto al miocardio, el objetivo principal es que no repita ningún evento isquémico en el miocardio.

Procedimiento:

1. Paciente con angina residual debe llevarse a coronariografía y revascularizar sea con angioplastía o cirugía.
2. Paciente asintomático en quien se demuestra isquemia residual mediante prueba de esfuerzo electrocardiográfica, ecocardiografía dinámica con dobutamina o medicina nuclear debe llevarse a coronariografía para aliviar la causa de la isquemia mediante angioplastía o cirugía.
3. Paciente asintomático sin isquemia residual debe recibir el siguiente tratamiento:
 - a) Evitar o tratar factores de riesgo capaces de ser tratados.
 - ♥ Hipercolesterolemia
 - ♥ Hipertrigliceridemia
 - ♥ Tabaquismo
 - ♥ Obesidad
 - ♥ Estrés emocional
 - ♥ Hipertensión arterial
 - b) Administración de ASA 150 mg c/24 hrs. ó Ticlopidina 250 mg c/12 o 24 hrs.

Complicaciones

- ♥ Ruptura cardiaca de la pared libre
- ♥ Ruptura del tabique interventricular
- ♥ Ruptura de músculos papilares
- ♥ Aneurisma ventricular
- ♥ Choque cardiogénico
- ♥ Episodios tromboembólicos
- ♥ Pericarditis
- ♥ Síndrome de Dressler

Prevención de las complicaciones

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

Pronóstico

Depende de la cantidad y localización del tejido dañado. El pronóstico es peor si el infarto causó daño al sistema de conducción.

Aproximadamente un tercio de los casos son mortales. Si la víctima sigue con vida dos horas después del ataque, es probable que sobreviva, pero puede tener complicaciones. Los casos que no presentan complicaciones pueden recuperarse totalmente.

Generalmente, una persona que haya tenido un infarto agudo al miocardio puede retornar en forma lenta a sus actividades normales, incluyendo la actividad sexual.

Medidas preventivas

- Mantener la presión arterial, la glucosa y el colesterol bajo control.

- No fumar.
- Consumir una dieta rica en frutas y verduras y baja en grasa animal.
- Comer pescado dos veces a la semana. El pescado horneado o cocido a la parrilla es mejor que el pescado frito, ya que freírlo puede destruir algunos de los beneficios.
- Hacer ejercicio a diario o varias veces por semana, previa valoración medica.
- Bajar de peso en caso de tener sobrepeso



Agente	Huésped	Horizonte clínico (curso de la enfermedad)
<ul style="list-style-type: none"> - Trombosis coronaria - Espasmo coronario 	<p>Mayor incidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varones. - Entre los 35 – 50 años de edad. - Raza blanca. - Individuos con personalidad tipo A. - Personas con hábitos alimenticios con predilección hacia los alimentos ricos en grasas y carbohidratos. - Sedentarismo - Obesos - Hipertensos - Diabéticos 	<p>1. SIGNOS Y SINTOMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor retroesternal opresivo y muy intenso. - Irradiación del dolor hacia cuello, hombro izquierdo, brazo izquierdo y región mandibular. - Duración > 30 minutos - Reacción simpaticomimética (taquicardia, hipertensión, piloerección y diaforesis fría). - Reacción vagal (bradicardia, hipotensión, salivación excesiva, náuseas, broncoespasmo y sensación de evacuar). - Los infartos anteriores tienen reacción simpaticomimética y los posteriores reacción vagal. <p>2. ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infarto agudo al miocardio <p>3. INCAPACIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se presenta posterior al evento en caso de no haberse brindado trombolisis o angioplastia. <p>4. DEFECTO (Fisiopatología)</p> <p>- Se produce como resultado de la oclusión brusca de una de las arterias coronarias principales. La trombosis coronaria es la causa más frecuente de infarto, pero pueden ser responsables muchos otros factores relacionados. Estos incluyen el espasmo de la arteria coronaria, la agregación de plaquetas y el embolismo a consecuencia de un trombo mural, la presencia de un trombo en una válvula aórtica o mitral protésica, ó una placa de calcio desalojada de una válvula aórtica o mitral calcificada.</p> <p>5. ESTADO CRONICO</p> <p>- Depende de la zona cardiaca que afecto el infarto y del tratamiento recibido, generalmente a los pacientes que no se realiza trombolisis o angioplastia cursan el resto de su vida hasta su muerte con angina.</p> <p>6. MUERTE</p> <p>- Ocurre muerte súbita en 25% consecutiva a arritmias, insuficiencia cardiaca, choque cardiogenico, rotura ventricular, pericarditis, aneurisma e infarto recurrente.</p>
Medio ambiente		
FISICOS		
<p>Geográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se presenta con mayor frecuencia en el mundo occidental. 		
<p>ESTIMULO ▶▶▶</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oclusión brusca de una de las arterias coronarias principales. 		

NIVELES DE PREVENCIÓN					
PRIMARIA		SECUNDARIA		TERCIARIA	
Promoción a la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<p>Fomentar en la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de una alimentación balanceada. - Realización de ejercicio. - Mantenimiento de un adecuado peso. 	<p>Realización de campañas para la detección y tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobrepeso - Hiperlipidemia - Hipertensión - Diabetes 	<p>Cambios electrocardiográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inversión de la onda T = isquemia - Elevación o depresión del segmento ST = lesión - Ondas Q = necrosis <p>Elevación enzimática (TGO, CPK-MB y DHL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia (morfina). - Oxigenoterapia - Nitratos (si no hay hipotensión). - Acido acetil salicilico. - Vigilancia del estado hemodinamico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trombolisis (si procede) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta blanda - Actividad física gradual. - Prueba de esfuerzo. - Tratar factores de riesgo (Hiperlipidemia, hipertensión, tabaquismo, sobrepeso y estrés). - Si procede preparar para revascularización

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

6.1 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA:

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Especialidad Enfermería del Adulto en Estado Crítico.

Guía para Valoración de Las Necesidades Básicas del Adulto en
Estado Crítico.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: V. P. P. Sexo Masculino Edad 50 años Talla 1.78m Peso 104.450 kg
 Estado Civil Casado Escolaridad 6º año de primaria Ocupación: Obrero Calificado
 Domicilio Calle urraca no. 12 Col Ave Rer Delegación Álvaro Obregón Lugar de
 procedencia D.F. Fecha de ingreso a la UCIC: 27 de noviembre 2006

Lugar de ingreso: Urgencias

Dx: Infarto Agudo al Miocardio Anteroseptal Killip Kimball II

INFORMACIÓN OBTENIDA:

Fuentes primarias y secundarias

RESPIRACIÓN:

Signos Vitales.

TA:	100/60 mm Hg	FC:	140 x´	FR:	30 x´	Temp:	38°C	SaO2	92%
------------	--------------	------------	--------	------------	-------	--------------	------	-------------	-----

Estado mental: Inquieto y con ansiedad, angustia y estado depresivo. Glasgow de 15. Sin ningún efecto farmacológico.

Vía aérea:

Se encuentra con expresión facial de angustia, coloración mucocutánea pálidas, narinas permeables con cianosis peribucal y distal, disnea, polipnea, (frecuencia respiratoria de 30 x'), Tórax con movimientos respiratorios rítmicos, adecuada amplexión y amplexación, Área cardiaca; Frecuencia cardiaca de 140x, percusión mate del área pulmonar hasta la región media de ambos hemitórax, se auscultan estertores finos basales en ambos hemitórax, lechos ungueales ligeramente cianóticos. Radiografía de tórax con congestión parahiliar bilateral. Pulsioximetría 94%. Gasometría arterial con hipoxemia: (PH 7.35, PCO2 43, PO2 74, HCO3 20, EB -2, **SaO2 92%**.)

- Recibe oxígeno suplementario por medio de mascarilla y nebulizador a un Fio2 al 40%.

NUTRICIÓN

Días de estancia: 1 Días de ayuno: 1 Peso: 104, 450kg Talla: 1.78cm

Aspecto: Paciente endomorfo abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con masa muscular aumentada, con distribución irregular de la grasa exógena. Cabello opaco escaso, bien implantado Uñas integrales con micosis en ambos Ms Ps, Piel pálida, semihidratada; Se observa en cavidad oral con mucosas ligeramente pálida y deshidratadas, adoncia parcial sin caries ni placa endobacteriana, se percibe halitosis, faringe sin alteraciones, lengua saburral y presenta náuseas.

La capacidad para deglutir y masticar adecuada.

Estudios de laboratorio (27/11/06):

	Valor reportado	Valor normal
GASOMETRÍA		
P.H.	7.35	7.35-7.45
pCO ₂	43	36-44
PO ₂	74	65-75 mmHg
HCO ₃	20	20-24 meq/L
E.B.	-2	+2
SaO ₂	92%	96% ±1

	Valor reportado	Valor normal
QUIMICA SANGUINEA		
Glucosa	280 ▲	70-105 mg/dl
Creatinina	0.5	0.70-1.30 mg/dl
Urea	11	15-38 mg/dl
Calcio	8.45	8.40-10.20 mg/dl
Sodio	149	136-145 meq/L
Potasio	3.6	3.5-5.1 meq/L
Cloro	102	98-107 meq/L
CPK	340 ▲	24-182 U/L
CPK - MB	62 ▲	0-8 U/L
DHL	520 ▲	230-460 U/L
TGO	55 ▲	15-45 U/L

	Valor reportado	Valor normal
BIOMETRIA HEMATICA		
Leucocitos	13,280 ▲	6-10 k/uI
Hemoglobina	15.2	14-20 g/dl
Hematocrito	36	40-54 g

❖ Gasometría dentro de los parámetros establecidos.

- ❖ Los estudios de laboratorio evidencian leucocitosis y elevación enzimática.
- ❖ Se cuenta también con una placa simple de tórax que evidencia cardiomegalia grado 1 y congestión parahiliar bilateral.
- ❖ Electrocardiograma con ritmo sinusal, frecuencia de 140 por minuto, ondas Q y supradesnivel (+) de 5 mm de v1 – v4.

HIDRATACIÓN:

Estado Mental: Glasgow de 15.

Piel y mucosas:

Piel y membranas mucosas pálidas con ligera deshidratación, turgentes.

Temperatura corporal de 38° C; presenta ligero edema en miembros inferiores

Exámenes de Laboratorio específicos_

- Sodio: 149meq/l Cloro: 102.1meq/l Potasio: 3.62meq/l Magnesio: 1.78meq/l

Solución fisiológica al 0.9% de 250ml para 24 horas

Balance de líquidos (ingresos – egresos):

Ingresos: 500 ml en 24 horas

Egresos: 1680 ml

- Diuresis en 24 horas 720ml
- Perdidas insensibles 936ml

Global: -1180 ml/24 hrs

ELIMINACIÓN:

Se observan genitales de sexo masculino de acuerdo a edad y al sexo, pene con prepucio retraible, meato uretral visible, el paciente tiene instalada una sonda vesical tipo Foley No18, fecha de colocación 27/11/06 drenando a un cistoflo orina amarilla clara de características macroscópicas normales con diuresis horaria de 30ml/hr.

Eliminación (intestinal): se auscultan ruidos peristálticos de 6x', refiere estreñimiento, sin presencia de evacuaciones intestinales desde su ingreso.

POSTURA MOVIMIENTO

El paciente tiene la capacidad para moverse tanto en miembros torácicos como en pélvicos y responde a estímulos auditivos fuertes, obedece ordenes. Mano dominante, Derecha. Refiere fatiga, dolor torácico y disnea. Se encuentra en reposo absoluto terapéutico, decúbito dorsal; posición semifowler estricto en el que se mantiene la alineación corporal de cabeza, cuello, columna y extremidades superiores e inferiores con la ayuda de almohadas y sábanas.

DESCANSO / SUEÑO

Índice del sueño del 1 al 10: 5

Durante el día se manifiesta por bostezos además se encuentra somnoliento.

En la sala en la que se encuentra existe presencia de ruidos como son: alarmas de ventilador, alarmas de bombas de infusión, alarmas de monitores. Además el personal realiza frecuentemente procedimientos tanto medico como de enfermería tales como exploración física e iluminación frecuente de la unidad. El paciente se queja de dolor torácico a cualquier movimiento y refiere fatiga y disnea.

Comentario: el movimiento en la UCIC es constante lo cual rompe el ciclo circadiano del paciente, por esa razón se le tomaran al paciente los signos vitales cada dos horas y se limitaran las visitas.

VESTIRSE/ DESNUDARSE

Existe individualidad durante el baño y cambio de ropa así como durante la exploración física. Existe protección al cuerpo y genitales con una Bata o camisón.

TERMOREGULACION

TA:	100/60 mm Hg	FC:	140 x´	FR:	30 x´	Temp:	38°C	SaO2	92%
------------	--------------	------------	--------	------------	-------	--------------	------	-------------	-----

La piel y el tejido se encuentra pálida, semihidratada, se palpa la piel de todo el cuerpo caliente, el cuerpo se encuentra protegido con la bata y sabanas.

HIGIENE CORPORAL / PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS

En la UCIC se le proporciona baño de esponja, estado de la piel de aspecto sano, húmeda, color moreno claro uniforme, sin descamación

Estado de la cavidad oral: Se observa cavidad oral con mucosas ligeramente pálidas e hidratadas, adoncia parcial sin caries, ni placa, se percibe halitosis, faringe sin alteraciones.

Estado del pelo y cuero cabelludo, cabello negro escaso, opaco, bien implantado

Estado de ojos-nariz-oídos.

Ojos simétricos, sin nistagmos, brillosos, pupilas isocóricas de 3 mm redondas y reactivas a la luz, movimientos oculares presentes, parpados permanecen abiertos, conjuntiva palpebral pálida y conjuntiva bulbar sin inflamación y sin vasos sanguíneos hiperémicos, esclerótica clara de color blanco, sin secreciones. Nariz simétrica central, tabique nasal sin desviaciones, narinas permeables, mucosa nasal deshidratada, pálida con ligera secreción amarilla viscosa. Recibe oxígeno suplementario por medio de mascarilla. Pabellones auriculares bien implantados y alineadas con los ojos, de color semejante al facial, ambas de forma similar y proporcional al tamaño de la cara, sin lesiones, conductos auditivos permeables, presencia de cerumen y ausencia de secreciones.

SEGURIDAD / PROTECCIÓN

El paciente tiene instalado un catéter yugular de dos lúmenes normofuncionante, cubierto con Tegaderm no presenta datos de infección se utilizan las medidas universales de protección, se proporciona seguridad con barandales, utilización de ayuda para movilizarlo o dar cambios posturales y para mantener una adecuada alineación del cuerpo.

Piel y membranas mucosas pálidas con ligera deshidratación, turgentes. Temperatura corporal de 38° C; presenta ligero edema en miembros inferiores
Comentario el paciente se muestra ansioso con una actitud defensiva hacia el personal y facies de angustia. Todos los cambios de posición y Movilización los Efectúa la enfermera

COMUNICACIÓN:

Estado de conciencia: Alerta con Glasgow 15, Idioma: Español

Existe dificultad en la comunicación debido al estado en que se encuentra, una disminución en la capacidad de emitir e intercambiar ideas, recibe oxígeno suplementario.

Comentario: Refiere miedo a la muerte y sensación de indefensión. Dentro del servicio el paciente mantiene una actitud defensiva con el personal. En este momento la comunicación con su familia no es tan frecuente ya que se encuentra en terapia intensiva y solo puede ejercerse en los horarios de visita.

VALORES / CREENCIAS RELIGIOSAS

La religión es importante para el paciente, es católica, no ha solicitado la presencia de un sacerdote, se observa en la cabecera de su unidad una estampa de una deidad católica.

RECREACIÓN

Estado de conciencia: Alerta con Glasgow 15,

Comentario: Previo a su internamiento el paciente en sus tiempos libres asistía a jugar domino los viernes. Su estado de ánimo generalmente es adecuado para participar en actividades recreativas. Por su condición actual no puede realizar este tipo de actividades y cubrir esta necesidad lo cual le ocasiona enojo.

APRENDIZAJE

Refiere su memoria a corto plazo es deficiente. Comenta no saber las causas de su padecimiento actual ni el porque de estar hospitalizado, además de no entender los tratamientos que recibe. No padece alteraciones en los sentidos. Su esposa muestra interés por conocer la evolución de su paciente y el curso de su enfermedad, se observa con facies de tristeza. Tanto el paciente como su esposa realizan frecuentemente preguntas y comentan les gustaría saber más sobre la enfermedad.

6.2 VALORACIÓN FOCALIZADA:

(2º día en Unidad Coronaria)

28 de Noviembre de 2006 8:00am

La valoración focalizada se realizó identificando las necesidades del paciente en las cuales posterior a la aplicación del plan de atención anterior, aun presentaban alteraciones.

Paciente masculino de 50 años de edad, con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio Anteroseptal, despierto con fascies de angustia, cansado y bostezos, refiere insomnio y hastío por estar en reposo absoluto en posición supina. Se observa coloración mucocutánea pálida, percusión mate en área pulmonar hasta la región media de ambos hemitorax. Se auscultan estertores finos basales en hemitorax derecho. T/A 110/70, FC 90x', FR 22x', PVC 9 cm H₂O, Temp 37°C, llenado capilar en pulpejo izquierdo de 2 segundos aun con oxígeno suplementario por medio de mascarilla. A la exploración física continua con sonda Foley transuretral sin datos de infección, ni sangrado, se visualiza punción en ingle derecha (Femoral derecha), presenta ligero hematoma, pulsos presentes y adecuada temperatura cubierta con gasa y parche de tela adhesiva a presión, ya que el día de ayer se decidió someterlo a angioplastia coronaria percutánea de coronaria izquierda ya que presentaba angina post infarto y dolor persistente a pesar de llevar mas de 12 horas de evolución y con tratamiento farmacológico. Refiere insomnio y se visualiza cansado, somnoliento presenta bostezos. Al tacto la piel de todo el cuerpo se encuentra húmeda y fría, Temp 37° C. catéter yugular sin datos de sangrado ni infección en sitio de punción. De sus laboratorios lo único representativo es la leucocitosis de 12620.

11:00

El paciente rehúsa se realice rutina de aseo argumentando que desea realizarlo el mismo en la regadera. Muestra una actitud defensiva cuando se le va a realizar algún procedimiento; se quita los electrodos y el brazalete argumentando que no son necesarios y que ya esta incomodo con ellos.

Valoración focalizada:

(3º día en Unidad Coronaria)

29 de Noviembre de 2006 8:00 am

V. P. P. se encuentra reactivo, despierto con periodos de somnolencia, Glasgow de 15 puntos. Catéter yugular sin datos de sangrado ni infección, se encuentra con aporte de oxígeno por mascarilla y nebulizador puritan continuo con Fio2 al 40%, saturando por oxímetro de pulso al 95%. Conserva patrón respiratorio adecuado, sin uso de músculos respiratorios accesorios, monitoreo cardiaco continuo con ritmo sinusal FC 88x", FR 20x', T/A 110/80, Temp 36.8 a la auscultación campos pulmonares ventilados.

Sitio de punción femoral derecha sin datos de sangrado ni hemorragia, pulsos presentes de adecuada intensidad, temperatura local adecuada.

Se encuentra en rehabilitación cardiaca fase 2 sentado a un lado de la cama tres veces al día durante 5 minutos.

12:00

Sentado fuera de la cama y en una silla como logra tolerar, la rehabilitación cardiaca fue dado de alta de la UCIC a piso de Cardiología a las 14:00 horas.

6.3 Diagnósticos de enfermería

Después de analizar la información obtenida durante la valoración de enfermería se construyeron los siguientes diagnósticos:

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 27/11/06 Jerarquización de Necesidades		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	TIPO DE DIAGNOSTICO	NIVEL DE DEPENDENCIA
Alteración en la perfusión miocárdica R/C espasmo coronario M/P dolor retroesternal opresivo, angustia, taquicardia y alteraciones electro cardiográficas (ondas Q y supradesnivel (+) de 5mm en v1 a v4.	Real	6
Alteración del estado hemodinámico R/C disminución del gasto cardiaco M/P cianosis periférica, piel húmeda y fría, polipnea, taquicardia e hipoxemia.	Real	6
Alteración del patrón respiratorio R/C Dolor precordial secundario a espasmo coronario M/P taquipnea, disnea, cianosis distal, piel húmeda y fría.	Real	6
Deterioro de la eliminación urinaria R/C hipoperfusión cardiaca y renal M/P oliguria 30 ml por hora.	Real	6
Estreñimiento R/C malos hábitos alimenticios M/P disminución de la frecuencia de eliminación.	Real	6

Riesgo a desarrollar úlceras por decúbito R/C reposo absoluto y obesidad.	Riesgo	5
Intolerancia a la actividad R/C la disminución de la capacidad funcional del corazón M/P disnea, fatiga y dolor torácico.	Real	6
Alteración del patrón de sueño R/C Dolor M/P por bostezos, somnolencia y angustia.	Real	5
Hipertermia R/C isquemia miocárdica M/P temperatura axilar de 38°C, piel caliente, pálida semihidratada.	Real	6
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	Riesgo	6
Afrontamiento inefectivo R/C deterioro cardiovascular M/P actitud defensiva, expresiones verbales de miedo a la muerte y sensación de indefensión.	Real	5
Baja autoestima situacional R/C dependencia de los demás para su cuidado y manutención M/P expresiones verbales del enfermo.	Real	5

Disminución de actividades recreativas R/C enfermedad y hospitalización M/P imposibilidad para participar en los juegos de mesa acostumbrados.	Real	5
Potencial de mejora del nivel de conocimientos de la enfermedad M/P preguntas frecuentes del paciente y su esposa.	Bienestar o salud	4

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 28/11/06		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	TIPO DE DIAGNOSTICO	NIVEL DE DEPENDENCIA
Alteración de la oxigenación R/C cambios alveolo - capilares M/P palidez y estertores finos basales en hemitorax derecho.	Real	5
Ansiedad R/C incapacidad del individuo para moverse de forma independiente M/P inquietud y hastió.	Real	5
Deterioro del patrón del sueño R/C entorno incomodo y desconocido M/P incapacidad para conciliar el sueño, insomnio, cansancio, somnolencia y bostezos	Real	6
Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C percepción subjetiva de gravedad M/P verbalización del deseo de realizarlo el mismo en el baño.	Real	6
Riesgo de aumento de hematoma en femoral derecha R/C punción por angioplastia coronaria percutánea y uso de antiagregantes plaquetarios.	Riesgo	6
Violencia autodirigida R/C desesperación M/P retiro violento de brazaletes y electrodos.	Real	5

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 29/11/06		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	TIPO DE DIAGNOSTICO	NIVEL DE DEPENDENCIA
Incumplimiento del tratamiento R/C hastió por el reposo M/P rechazo a la medicación.	Real	5

6.4 PLAN DE ATENCIÓN

Tablas del plan de atención (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación)

El siguiente plan de atención se elaboró construyendo tablas inteligentes, las cuales contienen los cinco elementos que integran el proceso enfermero dirigido y aplicado al paciente y a su núcleo familiar.

Se construyeron 15 diagnósticos de enfermería iniciales ocupando etiquetas diagnósticas de la *Taxonomía II* de la NANDA, posterior a esto se seleccionaron y ejecutaron intervenciones y objetivos específicos apoyándose en la Taxonomía N.O.C (*Nursing Outcomes Classification*) y N.I.C (*Nursing Interventions Classification*). Algunas de estas en la etapa de evaluación requirieron una valoración focalizada y reestructuración del plan.

Espacio de tiempo:

Periodo agudo de la enfermedad.

NECESIDAD No. 1 Oxigenación	
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Se observa paciente con disnea, dolor torácico retroesternal tipo opresivo intenso, con sensación de muerte con irradiación hacia hombros, maxilar inferior y brazo izquierdo. Se encuentra con expresión facial de angustia, coloración mucocutánea pálidas, narinas permeables con cianosis peribucal y distal, polipnea, frecuencia respiratoria de 30 x'; Gasometría arterial con hipoxemia: (PH 7.35, PCO2 43, PO2 74, HCO3 20, EB -2, SaO2 92% .)	Alteración en la perfusión miocárdica R/C espasmo coronario M/P dolor retroesternal opresivo, angustia, taquicardia y alteraciones electro cardiográficas (ondas Q y supradesnivel (+) de 5mm en v1 a v4.
PLANIFICACIÓN Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> ● Disminución del dolor. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el dolor inicial: la localización, la duración, la irradiación y el comienzo de nuevos síntomas 2. Administrar analgésicos y vasodilatadores según prescripción medica. (MONA) <ol style="list-style-type: none"> a) Nubain. b) Oxígeno suplementario por medio de mascarilla. c) Metamizol d) Nitroglicerina 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los episodios prolongados de isquemia miocárdica están asociados con el IAM. En estos pacientes el dolor continuo sugiere la extensión del infarto. 2. Un dolor intenso y persistente que no desaparece con analgésicos es indicativo de infarto inminente o ampliación del mismo. <ul style="list-style-type: none"> - Es un analgésico agonista- antagonista, se metaboliza en el hígado, tiene efecto de reducir la sobrecarga cardiaca. - La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro. El suplemento de oxígeno aumenta el oxígeno circulatorio disponible para el tejido miocárdico. - Analgésico antipirético, antiespasmódico, disminuye el dolor intenso, agudo y crónico. - Es un vasodilatador potente que relaja las arterias y venas periféricas y reduce el gasto cardiaco y el consumo de oxígeno en el miocardio. La dilatación de los vasos sanguíneos postcapilares incluyendo los senos grandes fomenta la colección periférica de sangre y disminuye el retorno venoso al corazón, reduciendo la presión tele diastólica ventricular izquierda, la relajación arteriolar y disminuye la resistencia vascular sistémica.

<p>4. Indicar al paciente que descanse durante un episodio de dolor.</p> <p>5. Tomar la T/A, frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria durante el episodio de dolor y después de recibir la medicación.</p> <p>6. Reducir las distracciones ambientales al máximo.</p> <p>7. Explicar e intervenir con medidas analgésicas no invasivas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Cambios posturales b- Distracción c- Masajes d- Ejercicios de relajación. 	<p>4. La actividad aumenta las necesidades orgánicas de oxígeno, pudiendo exacerbar el dolor cardiaco.</p> <p>5. Para detectar signos de hipotensión que pueden reflejar hipoperfusión o efectos secundarios de los nitratos.</p> <p>6. La estimulación ambiental puede aumentar la frecuencia cardiaca, pudiendo exacerbar la hipoxia del tejido miocárdico, aumentando el dolor.</p> <p>7. Estas intervenciones pueden contribuir a evitar la llegada de estímulos nocivos a los centros cerebrales superiores, reemplazando el estímulo nocivo por otro. La relajación reduce la tensión muscular y la frecuencia cardiaca, puede mejorar el volumen de eyección y aumenta la sensación de control del paciente sobre el dolor.</p>
<h2>EVALUACIÓN</h2>	
<p>El paciente expresa verbalmente la disminución del dolor y la angustia durante el turno.</p>	

NECESIDAD No. 1 Oxigenación	
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Se observa paciente con disnea, dolor torácico retroesternal tipo opresivo intenso, con cianosis peribucal y distal, polipnea, frecuencia respiratoria de 30 x'; Frecuencia cardiaca de 140x, percusión mate del área pulmonar hasta la región media de ambos hemitórax, se auscultan estertores finos basales en ambos hemitórax, lechos ungueales ligeramente cianóticos. Radiografía de tórax con congestión parahiliar bilateral. Pulsioximetría 94%. Gasometría arterial con hipoxemia: (PH 7.35, PCO2 43, PO2 74, HCO3 20, EB -2, SaO2 92% .)	Alteración del estado hemodinámico R/C disminución del gasto cardiaco M/P cianosis periférica, piel húmeda y fría, polipnea, taquicardia e hipoxemia.
PLANIFICACIÓN	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reducir complicaciones cardiacas durante el turno. 	
EJECUCIÓN	Fundamentación
Intervenciones de enfermería	
<p>1. Buscar signos y síntomas de disrritmias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y ritmos anormales - Palpitaciones ó sincope - Fibrilación ventricular y paro <p>2. Mantener la oxigenoterapia por medio de mascarilla bolsa reservorio.</p> <p>3. Buscar signos y síntomas de choque cardiogénico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la frecuencia cardiaca con una T/A normal o ligeramente disminuida. -Oliguria -Intranquilidad, agitación y cambios en el estado mental. -Aumento de la frecuencia respiratoria. -Disminución de los pulsos periféricos. -Piel fría, pálida o cianótica. -Sed 	<p>1. El tejido isquémico es eléctricamente inestable, provocando arritmias tales como contracciones ventriculares prematuras, que pueden conducir a fibrilación ventricular y muerte.</p> <p>2. La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro. El suplemento de oxígeno aumenta el oxígeno circulatorio disponible para el tejido miocárdico.</p> <p>3. El choque puede deberse a un dolor o a una importante hipoxia tisular. La respuesta compensatoria a la reducción del volumen circulatorio pretende aumentar los niveles de oxígeno de la sangre, aumentando la frecuencia cardiaca y respiratoria y reducir la circulación en las extremidades (indicado por un descenso de los pulsos y por frialdad de la piel). La disminución del aporte de oxígeno al cerebro provoca cambios en el estado mental.</p>

<p>4. Buscar signos y síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva y disminución del gasto cardiaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento gradual de la frecuencia cardiaca. b) Disnea c) Descenso de la T/A sistólica. d) Presencia o aumento de galope e) Edema periférico. 	<p>4. La insuficiencia cardiaca congestiva se debe a una isquemia miocárdica que reduce la capacidad del ventrículo izquierdo de bombear sangre, disminuyendo así el gasto cardiaco y aumentando la congestión vascular pulmonar. Esto provoca la entrada de liquido en el tejido pulmonar, produciendo crepitantes, tos productiva, cianosis y posibles signos de dificultad respiratoria.</p>
<p>5. Identificar y/o prevenir signos y síntomas de tromboembolia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Disminución o ausencia de pulsos periféricos b) Color: enrojecimiento o cianosis c) Dolor en miembro pélvico d) Dolor torácico brusco o intenso, > de la disnea e) Signo de Homans positivo <p>6. Identificar signos y síntomas de IAM recurrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dolor torácico intenso con nauseas/vomito b) Aumento de la disnea c) Aumento de la elevación o desnivel del ST y ondas Q anormales en el ECG. <p>7. Colocar medias antiembolia.</p>	<p>5. El prolongado reposo en cama, el aumento de la viscosidad y coagulabilidad sanguínea, y la disminución del gasto cardiaco contribuyen a la formación de un trombo.</p> <p>6. Estos signos y síntomas indican un deterioro del tejido miocárdico con aumento de la hipoxia.</p> <p>7. Las medias antiembolia reducen la estasis venosa, fomentando el retorno venoso.</p>
<h2>EVALUACIÓN</h2>	
<p>Se encuentra estable hemodinámicamente, no muestra signos ni síntomas de complicaciones durante su estancia en la unidad coronaria.</p>	

NECESIDAD No. 1 Oxigenación	
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Se observa paciente con disnea. Se encuentra con expresión facial de angustia, coloración mucocutánea pálidas, con cianosis peribucal y distal, polipnea, frecuencia respiratoria de 30 x'; percusión mate del área pulmonar hasta la región media de ambos hemitorax, se auscultan estertores finos basales en ambos hemitorax, lechos ungueales ligeramente cianóticos. Radiografía de tórax con congestión parahiliar bilateral. Pulsioximetría 94%. Gasometría arterial con hipoxemia: (PH 7.35, PCO2 43, PO2 74, HCO3 20, EB -2, SaO2 92% .)	Alteración del patrón respiratorio R/ C Dolor precordial secundario a espasmo coronario M/P taquipnea, disnea, cianosis distal, piel húmeda y fría.
PLANIFICACIÓN	
Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> Mantener niveles de oxigenación adecuados a las demandas corporales. 	
EJECUCIÓN	Fundamentación
Intervenciones de enfermería	
<ol style="list-style-type: none"> Proporcionar oxígeno por mascarilla con bolsa reservorio para mejorar la oxigenación administrando concentraciones a ritmo de flujo 3 lts x min. Mantener en posición semifowler. Cambio de posición. Mantenerlo en reposo absoluto. Administrar analgésicos indicados. 	<ol style="list-style-type: none"> El músculo estriado puede compensar hasta cierto punto la carencia de oxígeno, pero el tejido nervioso y el miocardio no pueden hacerlo. Los flujos mayores de 4 lts x min. Pueden conducir a deglución de aire y causar irritación de la mucosa nasal y faríngea. Esta posición favorece el intercambio gaseoso, permitiendo una expansión pulmonar adecuada. El cambio de posición provoca el cambio de la áreas de West favoreciendo el intercambio alveolar en todas las áreas pulmonares. La actividad aumenta las necesidades orgánicas de oxígeno, pudiendo exacerbar la actividad del miocardio. Los analgésicos disminuyen la actividad simpática y reduce el consumo de oxígeno del miocardio.

EVALUACIÓN

Obtiene el equilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno y se corrige la disnea en el transcurso de una hora.

NECESIDAD No. 3		<i>Eliminación</i>	
Nivel de dependencia: 6		Causa de dificultad: Falta de fuerza	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo	
Se observan genitales de sexo masculino de acuerdo a edad y al sexo, pene con prepucio retraible, meato uretral visible, el paciente tiene instalada una sonda vesical tipo Foley No 22, fecha de colocación 27/11/06 drenando a un cistoflo orina amarilla clara de características macroscópicas normales con diuresis horaria de 30ml/hr, no presenta distensión vesical.	Deterioro de la eliminación urinaria R/C hipoperfusión cardiaca y renal M/P oliguria 30 ml por hora.	<ul style="list-style-type: none"> Restablecer el patrón de eliminación urinaria. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación	
<ol style="list-style-type: none"> Ministrar diuréticos. Instalar sonda foley y proporcionar cuidado a la misma. Llevar un control estricto de líquidos y medición de PVC. Monitorizar la diuresis como mínimo cada 2 horas Vigilar el ingreso y gasto diario de líquidos orales y parenterales así como el peso. Vigilar los niveles de potasio mientras el paciente recibe terapia con diuréticos. Verificar la presencia de edema 		<ol style="list-style-type: none"> Agente químico que aumenta la secreción de orina. Eficaz en la prevención de insuficiencia cardíaca grave. En pacientes con infarto se instala sonda foley para monitorizar la cantidad de uresis horaria. Un control preciso prevee una disfunción renal temprana. Una disminución del volumen urinario indica reducción del flujo sanguíneo renal. Determina si hay perfusión renal adecuada y equilibrio de líquidos. La falta de potasio en el organismo produce arritmias cardíacas y las contracciones del corazón pueden ser poco eficaces, de manera que conducen a la dilatación de éste y posteriormente a la insuficiencia cardíaca; Con esto podemos observar si hay signos de de hipocalemia: fatiga, anorexia, náusea y vómito, debilidad muscular y disritmias. El edema es ocasionado por la disminución de la 	

		perfusión miocárdica y renal.
EVALUACIÓN		
En tres horas se restableció el patrón urinario a 70 cc por hora.		
NECESIDAD No. 3 <i>Eliminación</i>		
Nivel de dependencia: 6		Causa de dificultad: Falta de fuerza
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
Eliminación (intestinal): se auscultan ruidos peristálticos de 6x', refiere estreñimiento, sin presencia de evacuaciones intestinales desde su ingreso.	Estreñimiento R/C malos hábitos alimenticios M/P disminución de la frecuencia de eliminación.	<ul style="list-style-type: none"> Restablecer el patrón de eliminación intestinal.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Administrar reblandecedores fecales según indicación médica. <ul style="list-style-type: none"> Agarol explicar las posibles causas del estreñimiento y sus efectos sobre el ritmo cardiaco (estimulación vagal). Explicar que la inmovilidad, los cambios de la dieta habitual y la turbación pueden contribuir al estreñimiento y que los narcóticos reducen la innervación neural, que controla el peristaltismo. Proporcionar intimidad durante la defecación y pedir al paciente que: <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 en el servicio, si no esta contraindicado. 		<ol style="list-style-type: none"> Los reblandecedores de la heces mantienen el agua intestinal, ablandado la materia fecal y contribuyendo a su eliminación. <ul style="list-style-type: none"> El aceite mineral finalmente emulsionado, proporciona lubricación adecuada para facilitar el progreso fecal ya que favorece la retención de las heces y estimula eficazmente el peristaltismo. Enseñar medidas preventivas y el riesgo de ciertas conductas puede aumentar el seguimiento y reducir las complicaciones. La estimulación vagal producida al sostener la respiración o hacer esfuerzo durante la defecación aumenta la depresión intratorácica y reduce el retorno venoso al corazón. La tensión hacia abajo, sobre el recto se aumenta en la posición de fowler.



EVALUACIÓN

Mejora la eliminación, las heces son suaves y formadas según las características normales del paciente al siguiente turno.

NECESIDAD No. 4 *Moverse y mantener una buena postura*

Nivel de dependencia:

5

Causa de dificultad:

Falta de fuerza

VALORACIÓN

Refiere fatiga, dolor torácico y disnea. Se encuentra en reposo absoluto terapéutico, decúbito dorsal; posición semifowler estricto en el que se mantiene la alineación corporal de cabeza, cuello, columna y extremidades superiores e inferiores con la ayuda de almohadas y sábanas.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Riesgo a desarrollar úlceras por decúbito R/C reposo absoluto y obesidad.

PLANIFICACIÓN Objetivo

- El paciente se mantendrá libre de lesiones dérmicas.

EJECUCIÓN

Intervenciones de enfermería

1. Cambio de posición cada 2 hrs.
2. Protección de salientes óseas con cojinetes.
3. Mantener la ropa de cama estirada y libre de arrugas.

Fundamentación

1. Favorece la circulación sanguínea y evita sitios de contacto cutáneo prolongados con la cama.
2. Evita la formación de úlceras.
3. Evita que las arrugas de la ropa de cama laceren la piel.

EVALUACIÓN

El paciente se mantiene libre de lesiones.

NECESIDAD No. 4 <i>Moverse y mantener una buena postura</i>		
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
Refiere fatiga, dolor torácico y disnea. Se encuentra en reposo absoluto terapéutico, decúbito dorsal; posición semifowler estricto en el que se mantiene la alineación corporal de cabeza, cuello, columna y extremidades superiores e inferiores con la ayuda de almohadas y sábanas.	Intolerancia a la actividad R/C la disminución de la capacidad funcional del corazón M/P disnea, fatiga y dolor torácico.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener una tolerancia cardíaca marcada por un pulso, respiración, tensión arterial estables conforme al aumento de la actividad.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<p>1. Fomentar el reposo en cama, con aumento progresivo de la movilización.</p> <p>a) 1º día: reposo en cama</p> <p>b) 2º día: sentado a una lado de la cama tres veces al día durante cinco minutos</p> <p>c) 3º día: sentado fuera de la cama en una silla, según se tolere durante 5 minutos.</p> <p>2. Planear y desarrollar programas de actividades que incluyen, aumentar progresivamente la marcha a condición de que no produzca fatiga ni disnea.</p> <p>3. Vigilar las constantes vitales del paciente:</p> <p>a) antes de la actividad</p> <p>b) inmediatamente después de la actividad.</p> <p>c) después de que el paciente haya descansado durante 5 minutos.</p>		<p>1. El reposo reduce la actividad cardíaca, la presión arterial y la demanda de oxígeno del corazón.</p> <p>2. Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente aumenta el funcionamiento fisiológico y reduce la hipoxia del tejido cardíaco.</p> <p>3. La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente de adaptarse a las necesidades físicas del aumento de la actividad. La adaptación requiere de un óptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurológico y músculo esquelético.</p>

EVALUACIÓN
Mantiene la tolerancia cardiaca, sin embargo manifiesta hastío.

NECESIDAD No. 5 <i>Descanso y sueño</i>	
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de fuerza
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<p>Índice del sueño del 1 al 10: 5 Durante el día se manifiesta</p> <p>En la sala en la que se encuentra existe presencia de ruidos como son: alarmas de ventilador, alarmas de bombas de infusión, alarmas de monitores. Además el personal realiza frecuentemente procedimientos tanto medico como de enfermería tales como exploración física e iluminación frecuente de la unidad. El paciente se queja de dolor torácico a cualquier movimiento y refiere fatiga y disnea.</p>	<p>Alteración del patrón de sueño R/C dolor M/P por bostezos, somnolencia y angustia.</p>
	<p>PLANIFICACIÓN Objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Lograr el descanso y obtener un patrón de sueño adecuado por medio de técnicas de relajación
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Mantener contacto visual con el paciente. Sentarse y hablar con el paciente. Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente. Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. Dar masaje en la frente. 	<ol style="list-style-type: none"> El mantener contacto visual con el paciente le proporciona fiabilidad a la información que se brinde. Esta acción ayuda al paciente a sentirse importante y da pie a que exprese sus sentimientos. Esta respiración ayuda a que haya una oxigenación efectiva y disminuye la ansiedad. El fomentar que el paciente exprese sus sentimientos de manera ordenada libera tensión y brinda sensación de paz. Esta técnica ayuda a que el paciente relaje los músculos

6. Frotar la espalda.	faciales. 6. Esta técnica ayuda a que el paciente relaje los músculos de la espalda y proporciona sensación de bienestar.
EVALUACIÓN	
El paciente refiere insomnio, permanece sin angustia. Se logra el objetivo en un 50%.	

NECESIDAD No. 7 <i>Termorregulación</i>		
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
TA:100/60 mm Hg FC:140 x', FR: 30x',Temp: 38°C SaO2 92% La piel y el tejido se encuentra pálida, semihidratada, se palpa la piel de todo el cuerpo caliente, el cuerpo se encuentra protegido con la bata y sábanas.	Hipertermia R/C isquemia miocárdica M/P temperatura axilar de 38°C, piel caliente, pálida semihidratada.	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de eutermia.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Vigilancia y registro de curva térmica. Control de temperatura por medios físicos. No cubrir demasiado al paciente Explicar al paciente los motivos por los cuales debe permanecer sin cobertor 		<ol style="list-style-type: none"> El llevar a cabo el registro de curva térmica permite aplicar de forma oportuna el tratamiento apropiado. Sin embargo es frecuente que durante las primeras horas de ocurrido un infarto haya una discreta alza térmica. El mantener al paciente con el mínimo de ropa evita que progrese la fiebre. El mantener informado al paciente sobre la razones de determinadas medidas y tratamientos, ayuda a que el paciente colabore y le brinda tranquilidad.
EVALUACIÓN		

El paciente continua con hipertermia a pesar de los medios físicos debido al procedo fisiopatologico.

NECESIDAD No. 8		Higiene y protección de la piel	
Nivel de dependencia: 6		Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo	
<p>Cuero cabelludo limpio. Se observa área parpebral bilateral limpia, sin secreciones, catéter yugular derecho de dos lumenes, permeable, sin datos de infección y con Tegaderm adherido a la piel, la piel de ambos miembros torácicos se encuentra multipuncionada. Genitales sin alteraciones. Ropa de cama limpia y bien estirada. En este momento el paciente no puede realizar su acicalamiento.</p>	<p>Intolerancia a la actividad R/C la disminución de la capacidad funcional del corazón M/P disnea, fatiga y cambios en los signos vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la higiene e imagen del paciente. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación	
<p>1. Curación de catéter.</p> <p>2. Vigilancia de datos de infección en sitio de inserción del catéter.</p> <p>3. Baño de esponja diario.</p>		<p>1. Evita la colonización bacteriana y adquisición de bacteremia. Si la curación del catéter se tapa con micropore; esta se realizara diario; si esta se realiza con "Opsite, Tegaderm, etc." y se conserva bien adherida a la piel sin datos de infección se realizara cada 7 días.</p> <p>2. Al afrontar el sitio con los dedos y hacer presión se verifica si no hay salida de material purulento o cambios en la coloración y temperatura; los cuales son datos de alarma para retirar el catéter y evitar complicaciones.</p> <p>3. Mantener la piel limpia y seca promueve la regeneración de esta y evita lesiones.</p>	

4. Hidratación dérmica con aplicación de crema o aceite hipoalergénico.	4. Mantener la piel hidratada evita la resequeidad y formación de grietas y laceraciones.
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

El paciente se mantiene sin alteraciones en la piel, los sitios de punción previos presentan adecuada cicatrización, no hay datos de infección local o sistémica.

NECESIDAD No. 9 *Evitar los peligros*

Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de conocimiento
-----------------------------------	------------------------------------------------------

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
-------------------	------------------------------	-----------------------------------

<p>El paciente tiene instalado un catéter yugular de dos lúmenes normofuncionante, cubierto con Tegaderm no presenta datos de infección se utilizan las medidas universales de protección, se proporciona seguridad con barandales, utilización de ayuda para movilizarlo o dar cambios posturales y para mantener una adecuada alineación del cuerpo.</p>	<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mantener al paciente libre de infección.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
---------------------------------------------------	-----------------------

<p>1. Curación de catéter.</p> <p>2. Vigilancia de datos de infección en sitio de inserción del catéter.</p>	<p>1. Evita la colonización bacteriana y adquisición de bacteremia. Si la curación del catéter se tapa con micropore; esta se realizara diario; si esta se realiza con "Opsite, Tegaderm, etc." y se conserva bien adherida a la piel sin datos de infección se realizara cada 7 días.</p> <p>2. Al afrontar el sitio con los dedos y hacer presión se verifica si no hay salida de material purulento o cambios en la coloración y temperatura; los cuales son datos de alarma para retirar el catéter y evitar complicaciones.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

No hay datos de infección local o sistémica.

NECESIDAD No. 10 <i>Comunicación</i>	
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de conocimiento
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Refiere miedo a la muerte y sensación de indefensión. Dentro del servicio el paciente mantiene una actitud defensiva con el personal. En este momento la comunicación con su familia no es tan frecuente ya que se encuentra en terapia intensiva y solo puede ejercerse en los horarios de visita.	Afrontamiento inefectivo R/C crisis situacional M/P actitud defensiva, expresiones verbales de miedo a la muerte y sensación de indefensión.
PLANIFICACIÓN Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> Lograr una conducta adaptativa que facilite el afrontamiento efectivo y manejo de su problema de salud durante su estancia en el servicio. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Valorar la percepción cognitiva del paciente sobre la enfermedad y los factores que pueden contribuir a su incapacidad de enfrentarse a la situación. Proporcionar un tiempo para escuchar los sentimientos del paciente; animarlo a que exprese su sentimiento de indefensión y sus temores. Proporcionar información concisa acerca de los tratamientos de la enfermedad y el futuro estado de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> La primera impresión de amenaza, que implica la forma en que esta es percibida e interpretada, puede verse además influenciada: por experiencias pasadas, el nivel de conocimientos, los mecanismos para enfrentarse a la realidad previos a la enfermedad y a los acontecimientos que provocan estrés, las creencias personales o la fortaleza para enfrentar cada eventualidad. El escucharlo le ayuda a conseguir una visión mas amplia de la percepción que el paciente tiene de la amenaza, identificara cualquier concepto erróneo y proporcionara al paciente sensación de que el personal se preocupa por lo que le ocurre y le dará un sentimiento de comodidad. Aumenta las sensaciones de bienestar y de seguridad en la situación y así clarificar cualquier información errónea o

<p>4. Animar y ayudar al paciente y familia a participar en el proceso de toma de decisiones respecto a los ajustes en el estilo de vida.</p> <p>5. Ayudar al paciente y familia a desarrollar estrategias apropiadas para enfrentarse a la situación, basadas en la fortaleza personal, las experiencias previas positivas al enfrentarse a los elementos estresantes y en el apoyo situacional.</p>	<p>confusión.</p> <p>4. Ayuda al paciente a recobrar su sentido de poder y control en su autocuidado y en las rutinas de la vida diaria.</p> <p>5. Realza las percepciones que tiene el paciente de su fortaleza, lo cual puede ayudar a mantener la esperanza.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

Disminuyeron progresivamente los factores estresantes y fue capaz de reconocer su enfermedad durante su estancia, lo cual aumento su capacidad de afrontamiento.

NECESIDAD No. 12 <i>Trabajar y realizarse</i>	
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
El paciente normalmente trabaja de obrero, sin embargo en este momento no puede acudir a laborar por su estado de salud, lo que le ocasiona conflicto ya que refiere "sentirse inútil".	Baja autoestima situacional R/C dependencia de los demás para su cuidado y manutención M/P expresiones verbales del enfermo.
PLANIFICACIÓN Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> El paciente logrará compartir sus preocupaciones acerca de los efectos de la enfermedad sobre su funcionamiento normal, responsabilidad del rol y estilo de vida para mejorar su percepción del YO. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>1. Ayudar al paciente a reducir su ansiedad:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tranquilizarle y conseguir que este cómodo. Transmitir una sensación de comprensión y empatía. Animar al paciente a expresar cualquier temor o preocupación referente a su patología y su tratamiento. <p>2. Cuando la ansiedad del paciente sea leve o moderada, aprovechar para enseñarle los procedimientos, cuidados en casa, técnicas de relajación.</p> <p>3. Animar a la familia y a los amigos a expresar sus temores y preocupaciones al personal.</p> <p>4. Proporcionar al paciente y a la familia información valida tranquilizadora y reforzar un comportamiento de afrontamiento</p>	<p>1. Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. El paciente puede presentar síntomas debido al aumento de la tensión muscular y alteración del patrón del sueño. La ansiedad tiende a auto limitarse, atrapando al paciente en su espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico.</p> <p>2. Algunos temores se basan en información incorrecta, pudiendo mitigarse mediante una información adecuada. Un paciente con ansiedad intensa o pánico no asimila información.</p> <p>3. La expresión verbal permite que se comparta, proporcionando a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos equivocados.</p> <p>4. Los cambios repentinos o rápidos en el estilo de vida tienden a aumentar la inseguridad en general.</p>

positivo para el cambio y estilo de vida que deberá realizar.

EVALUACIÓN

El paciente entiende que su enfermedad no debe de comprometer su autoestima.

NECESIDAD No. 13 <i>Jugar y participar en actividades recreativas</i>		
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de conocimiento	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
<p>Previo a su internamiento el paciente en sus tiempos libres asistía a jugar domino los viernes. Su estado de ánimo generalmente es adecuado para participar en actividades recreativas. Por su condición actual no puede realizar este tipo de actividades y cubrir esta necesidad lo cual le ocasiona enojo.</p>	<p>Disminución de actividades recreativas R/ C enfermedad y hospitalización M/P imposibilidad para participar en los juegos de mesa acostumbrados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente comprenderá el porque no es posible realizar estas actividades dentro del nosocomio así como sus implicaciones fuera de este.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Discutir con el paciente sobre hábitos de juego que fomenten acciones perjudiciales para la salud. Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia y seres queridos 		<ol style="list-style-type: none"> Regularmente en los lugares donde se llevan a cabo estas actividades (bares, cantinas, antros, clubs, etc.) se da el consumo de alcohol y tabaco, lo cual pone en riesgo la salud del paciente ya que estos contribuyen a la presencia de complicaciones cardiovasculares. Una adecuada información y conocimiento de la patología, así como del grado de contribución personal para que esta se de hace tomar conciencia en los cambios de hábitos que el paciente debe realizar para su mejoría y así evitar alguna complicación. Explicar a los familiares las recomendaciones en cuanto a quienes deben acudir a la visita ya que se recomienda que asistan a esta personas significativas que puedan cooperar y fomentar un clima de ayuda al paciente para poder alcanzar los objetivos planeados y evitar visitas nocivas para su estado actual, ya que puede exacerbar el enojo o frustración al ver a personas con las que solía realizar estas actividades.

EVALUACIÓN

El paciente comprende y expresa verbalmente el porque no es posible realizar estas actividades dentro del nosocomio y además toma conciencia de los cambios de hábitos que tiene que realizar.

NECESIDAD No. 14 <i>Aprendizaje</i>		
Nivel de dependencia: 4	Causa de dificultad: Falta de conocimiento	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
<p>Refiere su memoria a corto plazo es deficiente. Comenta no saber las causas de su padecimiento actual ni el porque de estar hospitalizado, además de no entender los tratamientos que recibe. No padece alteraciones en los sentidos Su esposa muestra interés por conocer la evolución de su paciente y el curso de su enfermedad, se observa con facies de tristeza. Tanto el paciente como su esposa realizan frecuentemente preguntas y comentan les gustaría saber más sobre la enfermedad.</p>	<p>Potencial de mejora del nivel de conocimientos de la enfermedad M/P preguntas frecuentes del paciente y su esposa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● El paciente y su esposa adquirirán nuevos conocimientos sobre la enfermedad y mejorara su estado anímico.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza del proceso de la enfermedad. 2. Enseñanza del los cuidados del paciente. 3. Promover la expresión de dudas mientras el medico brinda informes. 4. Utilización de folletos didácticos. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. El conocer y comprender los mecanismos de la enfermedad eliminan parcialmente la sensación de incertidumbre en la familia del paciente. 2. El que el familiar este familiarizado y conozca la razón de ser de ciertos procedimientos evita emociones desagradables. 3. Fomentar la comunicación con el medico favorece los canales de información con el familiar y le ayuda a comprender la fisiopatología de la enfermedad. 4. La utilización de información en lenguaje comprensible para el familiar brinda tranquilidad y promueve el conocimiento.

EVALUACIÓN

El paciente es capaz de enunciar la etiología de su enfermedad y las razones de sus tratamientos.
Su esposa expresa "sentirse un poco mas tranquila".

PLAN DE ATENCIÓN:

(2º día en Unidad Coronaria)

NECESIDAD No. 1 <i>Oxigenación</i>		
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de fuerza	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
Se observa coloración mucocutánea pálida, percusión mate de área pulmonar hasta la región media de ambos hemitorax, se auscultan estertores finos basales en hemitorax derecho.	Alteración de la oxigenación R/C cambios alveolo - capilares M/P palidez y estertores finos basales en hemitorax derecho.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener niveles de oxigenación adecuados a las demandas corporales.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Proporcionar oxígeno por mascarilla con bolsa reservorio para mejorar la oxigenación administrando concentraciones a ritmo de flujo 3 lts x min. Mantener en posición semifowler. Cambio de posición. Sentar al paciente a una lado de la cama tres veces al día durante cinco minutos 		<ol style="list-style-type: none"> El músculo estriado puede compensar hasta cierto punto la carencia de oxígeno, pero el tejido nervioso y el miocardio no pueden hacerlo. Los flujos mayores de 4 lts x min. Pueden conducir a deglución de aire y causar irritación de la mucosa nasal y faríngea. Esta posición favorece el intercambio gaseoso, permitiendo una expansión pulmonar adecuada. El cambio de posición provoca el cambio de las áreas de West favoreciendo el intercambio alveolar en todas las áreas pulmonares. El reposo reduce la actividad cardíaca, la presión arterial y la demanda de oxígeno del corazón.

EVALUACIÓN

Se mantiene los niveles de oxigenación y disminuye la palidez.

NECESIDAD No. 4 *Moverse y mantener una buena postura*

Nivel de dependencia:

5

Causa de dificultad:

Falta de fuerza

VALORACIÓN

Refiere hastío por estar postrado en cama. Se encuentra con indicación médica de permanecer sentado a un lado de la cama en reposo una vez por turno, y posteriormente en cama, en decúbito dorsal con posición semifowler. Se observa inquieto en cama.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

Ansiedad R/C incapacidad del individuo para moverse de forma independiente M/P inquietud y hastío.

PLANIFICACIÓN Objetivo

- Disminuir la ansiedad del paciente.

EJECUCIÓN

Intervenciones de enfermería

1. Cambio de posición cada 2 hrs.
2. Protección de salientes óseas con cojinetes.
3. Mantener la ropa de cama estirada y libre de arrugas.
4. Planear y desarrollar programas de actividades que incluyen, aumentar progresivamente la marcha a condición de que no produzca fatiga ni disnea.
5. Vigilar las constantes vitales del paciente:
 - a) antes de la actividad
 - b) inmediatamente después de la actividad.
 - c) después de que el paciente haya descansado durante 5 minutos.

Fundamentación

1. Favorece la circulación sanguínea y evita sitios de contacto cutáneo prolongados con la cama.
2. Evita la formación de úlceras.
3. Evita que las arrugas de la ropa de cama laceren la piel.
4. Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente aumenta el funcionamiento fisiológico y reduce la hipoxia del tejido cardíaco.
5. La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente de adaptarse a las necesidades físicas del aumento de la actividad. La adaptación requiere de un óptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurológico y músculo esquelético. La respuesta fisiológica inmediata a la actividad que se espera incluye lo siguiente.

EVALUACIÓN

Remite el estado ansioso.

NECESIDAD No. 5 <i>Descanso y sueño</i>		
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de fuerza	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
Fascies de angustia, cansado, bostezos, refiere insomnio y hastío	Deterioro del patrón del sueño R/C entorno incomodo y desconocido M/P incapacidad para conciliar el sueño, insomnio, cansancio, somnolencia y bostezos	<ul style="list-style-type: none"> Lograr la conciliación del sueño a través de técnicas de relajación y terapia farmacológica.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Mantener contacto visual con el paciente. Sentarse y hablar con el paciente. Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente. Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. Dar masaje en la frente, si procede. Frotar la espalda, si procede. Administrar medicamentos ansiolíticos por prescripción medica. Mantener la unidad del paciente en penumbra durante la noche. 		<ol style="list-style-type: none"> El mantener contacto visual con el paciente le proporciona fiabilidad a la información que se brinde. Esta acción ayuda al paciente a sentirse importante y da pie a que exprese sus sentimientos. Esta respiración ayuda a que haya una oxigenación efectiva y disminuye la ansiedad. El fomentar que el paciente exprese sus sentimientos de manera ordenada libera tensión y brinda sensación de paz. Esta técnica ayuda a que el paciente relaje los músculos faciales. Esta técnica ayuda a que el paciente relaje los músculos de la espalda y proporciona sensación de bienestar. El administrar medicamentos ansiolíticos ayuda a que paciente permanezca tranquilo y pueda conciliar el sueño a pesar de encontrarse en ambientes hospitalarios. La oscuridad ayuda a conciliar el sueño y fomenta el ciclo circadiano.
EVALUACIÓN		

El paciente logra conciliar el sueño durante la noche.

NECESIDAD No. 8		Higiene y protección de la piel	
Nivel de dependencia: 6		Causa de dificultad: Falta de voluntad	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo	
El paciente rehúsa se realice rutina de aseo argumentando que desea realizarlo el mismo en la regadera.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C percepción subjetiva de gravedad M/P verbalización del deseo de realizarlo el mismo en el baño.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la higiene e imagen del paciente. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación	
<ol style="list-style-type: none"> Orientar al paciente sobre las razones por las cuales se debe realizar la rutina de aseo corporal y baño en la cama. Baño de esponja diario. Hidratación dermica con aplicación de crema o aceite hipoalergénico. 		<ol style="list-style-type: none"> El paciente debe de comprender que el reposo y la ayuda para realizar sus actividades de autocuidado en cama disminuye la demanda de oxígeno a nivel miocárdico y por lo tanto evita complicaciones. Mantener la piel limpia y seca promueve la regeneración de esta y evita lesiones. Mantener la piel hidratada evita la resequedad y formación de grietas y laceraciones. 	
EVALUACIÓN			
El paciente acepta se realice baño en la cama y se mantiene su integridad dermica.			

NECESIDAD No. 9 <i>Evitar los peligros</i>		
Nivel de dependencia: 6	Causa de dificultad: Falta de conocimiento	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo
Se visualiza punción en ingle derecha (Femoral derecha), presenta ligero hematoma, pulsos presentes y adecuada temperatura cubierta con gasa y parche de tela adhesiva a presión, ya que el día de ayer se decidió someterlo a angioplastia coronaria percutánea de coronaria izquierda	Riesgo de aumento de hematoma en femoral derecha R/C punción por angioplastia coronaria percutánea y uso de antiagregantes plaquetarios.	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorear punción en femoral derecha del paciente durante su hospitalización.
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación
1.-Reposo absoluto en cama, en decúbito supino, durante las 12 h. siguientes al procedimiento. 2.-Mantener la presión sobre la ingle con un saco de arena de 4 kg 3.-Inspeccionar la extremidad derecha para detectar equimosis, edema dolor y calor. 4.-Valorar el pulso distal al punto de inserción, anotando cualquier disminución en la amplitud cada 15 minutos, detectar el calor y la temperatura de la piel. 5.- Valorar los estudios de coagulación PTT. 6.- Control y registro de constantes. 7.-Si hay hematoma, marcar la zona y vigilar su aumento. Ante signos de sangrado avisar al médico y registrar.		1. Los movimientos, que pueden imponer tensión a los músculos abdominales e inguinales, pueden impedir que se forme el coagulo hemostático protector. 2.- Para reducir el riesgo de hemorragia y formación de hematoma. 3.- Refleja la formación de hematoma o la hemorragia. 4.- Se ha administrado heparina intravenosa, la cual incrementa el riesgo de hemorragia y formación de hematoma con los movimientos excesivos. 5.- El paciente recibe heparina que altera los valores de PTT. 7.- Esto nos permite valorar si hay aumento o disminución del mismo.
EVALUACIÓN		

Se mantiene la perfusión hística, los pulsos son bueno en amplitud. El color del sitio de punción sin presencia de hematoma, sangrado, no hay sensibilidad dolorosa al tacto ni edema. Conserva temperatura igual a la corporal.

NECESIDAD No. 14 <i>Aprendizaje</i>	
Nivel de dependencia: 5	Causa de dificultad: Falta de voluntad
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO
El paciente se quita los electrodos y el brazaletе argumentando que no son necesarios y que ya esta arto de estos.	Violencia autodirigida R/C desesperación M/P retiro violento de brazaletе y electrodos.
PLANIFICACIÓN Objetivo	
<ul style="list-style-type: none"> El paciente comprenderá las razones de la instalación de instrumentos de diagnostico y permanecerá tranquilo. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> Enseñanza del proceso de la enfermedad. Enseñanza del los cuidados del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> El conocer y comprender los mecanismos de la enfermedad eliminan parcialmente la sensación de incertidumbre en el paciente. El que el familiar este familiarizado y conozca la razón de ser de ciertos procedimientos y aparatos ayuda a que apoye y convenza al paciente de su utilidad.
EVALUACIÓN	
El paciente acepta nuevamente la colocación de los aparatos electromédicos y se observa mas tranquilo.	

PLAN DE ATENCIÓN:

(3º día en Unidad Coronaria)

NECESIDAD No. 4		<i>Moverse y mantener una buena postura</i>	
Nivel de dependencia:		Causa de dificultad:	
5		Falta de voluntad	
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANIFICACIÓN Objetivo	
Refiere constantemente hastió por el reposo. Durante la tarde se levanta súbitamente de la cama con la intención de dirigirse al baño y es detenido por el personal de enfermería. Posteriormente se niega a tomar los medicamentos vía oral.	Incumplimiento del tratamiento R/C hastió por el reposo M/P rechazo a la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> Retomar el régimen terapéutico. 	
EJECUCIÓN Intervenciones de enfermería		Fundamentación	
1. Vigilar las constantes vitales del paciente: <ol style="list-style-type: none"> Inmediatamente después de la actividad. Después de que el paciente haya descansado durante 5 minutos. 2. Ayudar al paciente a reducir su ansiedad: <ol style="list-style-type: none"> Tranquilizarle y conseguir que este cómodo. Transmitir una sensación de comprensión y empatía. Animar al paciente a expresar cualquier temor o preocupación referente a su patología y su tratamiento. 3. Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. 4. Planear y desarrollar programas de actividades que incluyen, aumentar progresivamente la marcha a condición de que no produzca fatiga ni disnea. 5. Ayudar al paciente a desarrollar estrategias apropiadas para enfrentarse a la situación, basadas en la fortaleza personal, las experiencias previas positivas al enfrentarse a		1. La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente de adaptarse a las necesidades físicas del aumento de la actividad. La adaptación requiere de un óptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurológico y músculo esquelético. 2. Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de percepción y de aprendizaje. La ansiedad tiende a auto limitarse, atrapando al paciente en su espiral de mayor ansiedad, tensión y dolor psíquico y físico. 3. El fomentar que el paciente exprese sus sentimientos de manera ordenada libera tensión y brinda sensación de paz. 4. Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente aumenta el funcionamiento fisiológico y reduce la hipoxia del tejido cardíaco. 5. Realza las percepciones que tiene el paciente de su fortaleza, lo cual puede ayudar a mantener la esperanza.	

los elementos estresantes y en el apoyo situacional.

EVALUACIÓN

El paciente se tranquiliza y acepta la medicación.

PLAN DE ALTA

Se elaboro un folleto explicativo (ubicado en el área de anexos del presente trabajo) para el paciente con infarto agudo al miocardio, donde se expone a detalle el plan de alta en un lenguaje comprensible para el paciente.

Los objetivos que este instrumento persigue son los siguientes:

1. Ayudar al paciente y a la familia a reconocer la necesidad de las relaciones sociales para evitar que se aleje de la familia, amigos, etc.
2. Proporcionar información sobre el plan alimenticio y de ejercicio, ya que si el paciente lo realiza de forma cabal se fomentara su adecuada recuperación y se evitaran futuros ataques cardiacos.
3. Ayudarle a identificar actividades placenteras y no peligrosas.
4. Recalcar con el paciente la importancia del cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico y de llevar identificación de su enfermedad, así como involucrarlo en la toma de sus medicamentos haciendo que el mismo se familiarice con los nombres genéricos de estos y los ingiera en sus horarios correspondientes; esto ayuda a evitar o reducir otro evento isquémico.
5. Animarle a comentar el diagnóstico con familiares, amigos y compañeros de trabajo: el diálogo abierto con otras personas fomenta que en caso de otro evento estos puedan proporcionar asistencia.

CONCLUSIONES

Con el propósito de evaluar el logro de los objetivos propuestos se enuncian las experiencias de aprendizaje obtenidas durante la realización del presente estudio de caso:

Las actividades de enfermería deben de partir de una base sólida constituida por el conocimiento de los aspectos biopsicosociales y espirituales capaces de ejercer alguna influencia positiva o negativa en la homeostasis del ser humano. Esto con la finalidad de evitar la atención “rutinizada”.

Respecto a la sustentación conceptual del estudio de caso, cabe mencionar que trabajar con el Proceso Enfermero bajo el enfoque de las necesidades fundamentales que propone Virginia Henderson resultó benéfico, al favorecer la valoración de las diferentes dimensiones del ser humano, de tal forma que la atención se torno mas integral.

Es indiscutible la importancia de profundizar en los aspectos fisiopatológicos de la entidad que afecta a la persona en estudio, lo cual permitió proporcionar atención de enfermería especializada, adecuada y oportuna siendo estas cualidades que incrementan la calidad en la atención.

Durante el desarrollo del presente trabajo, se pudo comprobar que el proceso enfermero arroja resultados positivos, donde el paciente y los profesionales de enfermería resultan beneficiados mediante la aplicación de este. Ya que siendo un método sistemático y ordenado, puede garantizar la calidad de los cuidados que se proporcionan y define el campo de ejercicio profesional.

En el presente estudio de caso se consideró favorable el logro de los objetivos establecidos durante la planeación del trabajo. Dicho logro se refleja en la evolución satisfactoria del estado de salud del paciente.

Siendo crucial una atención de enfermería oportuna, basada en el conocimiento de los posibles factores de riesgo capaces de interferir en su evolución hacia la independencia. Para lograr esto el factor comunicación entre el equipo interdisciplinario fue sumamente relevante.

Se comprobó que la forma para abordar un problema de salud propuesta por Virginia Henderson, orienta perfectamente el actuar de enfermería al enfrentarse a un paciente con Infarto agudo al miocardio.

Se considera importante que dentro de la formación profesional de enfermería se lleve a cabo investigación y sistematización de los cuidados que se proporciona al paciente a través de la realización de estudios de caso como este.

SUGERENCIAS

Se sugiere al personal de enfermería de la U.C.I.C. del Hospital de Cardiología C.M.N. Siglo XXI y a todo el profesional de enfermería:

- Promover el intercambio de ideas, conocimientos y observaciones entre el gremio y con el resto del equipo multidisciplinario.
- Implementar el proceso enfermero como sistema de trabajo y de esta forma sustentar su desempeño laboral bajo la perspectiva del método científico, favorecer la continuidad del cuidado enfermero, y así evitar la duplicidad de funciones; mismas que repercuten en la evolución del paciente y en los costos de la atención institucional.
- Utilizar el marco conceptual de Virginia Henderson, con el fin de proporcionar una mejor calidad de atención al usuario, evitar complicaciones y por ende el incremento de costos institucionales al disminuir los días de estancia hospitalaria y reingresos.
- Fomentar en los familiares y usuarios la adhesión terapéutica a través de educación para la salud utilizando como instrumento el plan de alta y de esta manera reducir el número de eventos y complicaciones propias de esta patología que demandan atención especializada.

GLOSARIO

Acicalamiento:	Limpieza o aseo por uno mismo.
Acinesia:	Falta, pérdida o cesación de movimiento.
Alteración:	Cambio cualquiera en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o sustancia
Aneurisma:	Bolsa formada por la dilatación o rotura de las paredes de una arteria o una vena y llena de sangre circulante.
Ateroma:	Exceso de partículas de lipoproteínas de baja densidad en el torrente sanguíneo que se incrustan en la pared de la arteria.
Autocuidado:	Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.
Autoestima:	Autoapreciación es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo.
Caloría:	La cantidad de energía necesaria para elevar la temperatura de un gramo de agua destilada
Cardiopatía:	Termino general para las enfermedades del corazón. Comprende las afecciones inflamatorias, tóxicas y degenerativas, así como las debidas a malformaciones congénitas.
Cateterización:	Acto quirúrgico o exploratorio que consiste en introducir un catéter en un conducto o cavidad.

Coagulación:	Cuajar, solidificar lo líquido, especialmente referido a la sangre.
Colesterol:	Es un lípido que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro.
Complicación:	Problema agravado que ocurre secundariamente a una lesión o a tratamiento.
Confort:	Aquello que produce bienestar y comodidades.
Cuidado:	Proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.
Déficit:	Defecto, imperfección o falta. El término se aplica especialmente en los estados o enfermedades producidos por la escasez o falta de vitaminas.
Deidad:	Es un ser postulado sobrenatural, normalmente con un poder importante, adorado, concebido como santo, divino o sagrado, tenido en alta estima y respetado por sus seguidores.
Deprivación:	Acción de despojar ó impedir. Ausencia, supresión de un bien o de una facultad. Deseo que no ha sido satisfecho.
Deterioro:	Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales o físicas de una persona.
Diafragma:	Tabique musculomembranoso que separa el abdomen del tórax constituido por un músculo impar aplanado casi circular, carnoso en la periferia y aponeurótico en el centro.
Discinesia:	Trastorno, incoordinación, dificultad de movimientos

voluntarios. Término general para los movimientos anormales involuntarios en las enfermedades nerviosas.

- Diuresis:** Excreción de la orina o cantidad de orina producida en un tiempo determinado.
- Ecocardiograma:** Técnica de exploración del interior de un cuerpo mediante ondas electromagnéticas o acústicas, que registra las reflexiones o ecos producidos en su propagación por las discontinuidades internas.
- Edema:** Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular.
- Electrolitos:** Compuesto que en un medio acuoso se ioniza o disocia en partículas cargadas eléctricamente, aumentando con ello la conductividad eléctrica de la disolución
- Embolia:** Obstrucción brusca de un vaso, especialmente de una arteria por un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea.
- Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida que se manifiesta por signos y síntomas característicos y cuya evolución es mas o menos previsible.
- Entorno:** Compuesto de elementos externos de la persona, que puedan ser controlados a fin de que esta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.
- Enzimas:** Sustancia capaz de acelerar o provocar ciertos procesos químicos sin sufrir ninguna modificación.
- Epistemología:** Doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento

científico.

- Esclerosis:** Endurecimiento o induración morbosa de los tejidos, especialmente del tejido intersticial de un órgano, consecutiva a inflamación.
- Espasmo:** Contracción involuntaria persistente de un musculo o grupo muscular.
- Esternón:** Hueso impar situado en la parte media y anterior del tórax.
- Hastío:** Tedio, disgusto, fastidio.
- Hipercolesterolemia:** Exceso de colessterina o colesterol en la sangre que predispone a múltiples complicaciones isquémicas por desarrollo de arterioesclerosis.
- Hipertrigliceridemia:** Aumento de triglicéridos en la sangre y es un factor de riesgo cardiovascular.
- Hipocinesia:** Debilidad motora disminución del movimiento o actividad funcional en los organismos vivos.
- Holístico:** Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.
- Infarto:** Porción de parénquima privada súbitamente de circulación sanguínea por obstrucción de vasos arteriales o venosos y conjunto de fenómenos morbosos consecutivos a esta obstrucción.
- Intervención:** Acción de intervenir, entendiéndose esta como tomar parte en un asunto. Tratamiento u operación.

Isquemia:	Detención de la circulación arterial en una parte y estado consecutivo de la misma.
Indefensión.	Falta de defensa, situación de las personas o cosas que están indefensas.
Lesión:	Daño o alteración orgánica o funcional de los tejidos.
Lípidos:	Son una serie de compuestos que cumplen funciones en los organismos vivos, entre ellas la de reserva energética.
Metaparadigma:	El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general.
Mediastino:	Espacio o partición media, especialmente el espacio comprendido entre ambas pleuras en la línea media de la caja torácica.
Miocardio:	Porción muscular del corazón.
Modelo:	Idealización de la realidad utilizada para plantear un problema, normalmente de manera simplificada en términos relativos y planteados desde un punto de vista científico
Morbilidad:	Numero proporcional de personas en población y tiempos determinados.
Mortalidad:	Numero proporcional de muertes en una población y tiempos determinados.
Necesidad:	Sensación interna correspondiente al defecto de ejercicio de una función imprescindible.
Nitratos:	Sal de ácido nítrico

Ortejo:	Dedo del pie.
Paradigma:	Un modelo o patrón en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológico.
Parenteral:	Que se introduce en el organismo por vía distinta de la digestiva, como la intravenosa, la subcutánea, la intramuscular, etc.
Perfil:	Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo.
Pericarditis:	Inflamación del pericardio.
Proceso:	Conjunto de fases de un fenómeno en evolución.
Pulpejo:	Parte carnosa blanda, especialmente de la cara palmar de los extremos de los dedos.
Reflujo:	Retrocesión de un flujo o líquido.
Régimen:	Regulación metódica de la dieta, medicación y disposiciones sanitarias con objeto de conservar o restablecer la salud.
Riesgo:	Es el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o suceso futuro
Salud:	Estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas. Según la OMS corresponde al estado físico, mental y social de un individuo y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez.
Sedentarismo:	Es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas.
Signo:	Fenómeno o carácter objetivo de una enfermedad.

Sincope:	Desfallecimiento, desmayo, lipotimia generalmente consecutiva a una anemia cerebral aguda.
Teoría:	Conjunto de principios o parte especulativa de una ciencia.
Traumatismo:	Termino general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia
Triglicéridos:	Un tipo de lípidos formados por una molécula de glicerol que tiene esterificada sus tres grupos hidroxilo por tres ácidos grasos saturados o insaturados.
Trombosis:	Proceso de formación o desarrollo de un trombo y oclusión vascular por este.
Trote:	Se refiere a un tipo de carrera lenta.
Variable:	Valor numérico sobre el que puede establecerse una curva de variabilidad.
Zoonosis:	Estado morboso producido por parásitos animales.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, L. R. (2003). **Aplicación del proceso enfermero.** (5ª ed.). Barcelona: Masson.

Carpenito, J. L. (1994). **Plan de cuidados y documentación en enfermería.** (2ª ed.). España: McGraw-Hill Interamericana.

Colliere, Marie Françoise. (1997) **Encontrar el Sentido Original de los Cuidados.** México. UNAM ENEO.

Diccionario de Medicina (1994). Océano- Mosby, España:

Díaz, B. F. (1998). **Los grandes síndromes Vasculares.** (1ª ed.). México: IMSS.

Dynski K. M. (1977). **Atlas de Anatomía.** Barcelona: Científico-Médica.

Fernández F.C. (1995) **El modelo de Henderson y El proceso de Atención de Enfermería.** Barcelona España. Masson-Salvat

Gordon, M. (2003). **Manual de diagnósticos enfermeros.** (10ª ed.). México: Mosby.

Guadalajara, B. J. (2000). **Cardiología.** (7ª ed.). México: McGraw-Hill.

Guyton, A. C. (2001). **Tratado de fisiología médica.** (10ª ed.). México. McGraw-Hill interamericana.

Harrison. (1998). **Principios de Medicina Interna Volumen II.** (14ª ed.). México McGraw-Hill

Hernández C. J. (1999). **Fundamentos de Enfermería, Teoría y Modelo.** España McGraw-Hill interamericana.

- Johnson, M. (2004). **Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones.** Madrid: Mosby.
- Kosier B. (1999). **Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica.** (5ª ed.) México. McGraw-Hill interamericana.
- Kasper, D. L. (2006). **Harrison: Principios de medicina interna.** (16ª ed). México. McGraw-Hill interamericana.
- Mariner- Tomey. (1997) “**Modelos y teorías en Enfermería**”, España. Editorial: Harcout Brace,
- McCloskey, D. J. (2005). **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).** (4ª ed.) Madrid: Mosby.
- Moore, K. L. (2002). **Anatomía con orientación clínica.** (4ª ed.). México. Panamericana
- Moorhead, S. (2005). **Clasificación de resultados de enfermería (NOC).** (3ª ed.) Madrid: Mosby.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2003). **Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación.** Madrid: Elsevier.
- P. W. Iyer. (2003). **Proceso y Diagnostico de Enfermería.** (3ª ed.) México. Mc Graw- Hill-Interamericana.
- Potter Patricia. et al. (2002). **Fundamentos de enfermería** (5ª ed.) España. Harcout-Mosby/Doyma
- Potter- Perry. (1996). Ejecución del Proceso de Enfermería (3ª ed.) España. Mosby/Doyma

Rodríguez, S. B. (2005). **Proceso enfermero**. (2ª ed.). México: Ediciones Cuellar.

Seidel, H. M. (1998). **Manual Mosby de exploración física**. (3ª ed.). Madrid: Mosby.

Sholtis Brunner L – Smith Sudarth D. (1999) **Manual de la Enfermera**. (4ª ed.) México. Interamericana McGraw-Hill

Stephen, J. M. (2007). **Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica**. (5ª ed.). México: El manual moderno.

W. D- Gardner, W. A. Osburn. (1990) **Anatomía Humana**. (3ª ed.) México Interamericana.

<http://www.medfam.net>

<http://www.saludalia.com>

<http://www.enfervalencia.org>

<http://www.inegi.gob.mx/estadisticas/espanol/socidem/fsociodemografia.htm>

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Edad: _____
Peso: _____
Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____
Ocupación: _____
Escolaridad: _____
Fecha de admisión: _____
Hora: _____
Procedencia: _____
Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-5): _____
Miembros de la familia: _____
Persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES BASICAS

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

a) Oxigenación:

Subjetivo:

Disnea debido a : _____

Tos productiva o seca: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Dol _____

Fumador: _____

Desde cuando fuma cuantos cigarros al día varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales: _____

Sus características de los mismos: _____

Tos productiva o seca: _____

Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel: _____

Los lechos ungueales y peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

b) Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual: _____

Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas o secas: _____

Características del cabello y uñas: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Otros: _____

c) Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

Características de las heces y orina: _____

Historia de hemorragias o enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____

Hemorroides: _____

Dolor al defecar o al orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen y características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema muscular esquelético y fuerza: _____

Capacidad muscular tono; resistencia y flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: _____

Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____

Horas de sueño: _____

Siestas: _____

Ayudas: _____

Padece insomnio: _____

A qué considera que se deba: _____

Se siente descansado al levantarse: _____

Objetivo:

Estado metal: ansiedad, estrés, lenguaje: _____

Ojeras: _____

Atención: _____

Bostezos: _____

Concentración: _____

Apatía: _____

Cefaleas: _____

Respuesta a estímulo: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la elección de su vestuario: _____

Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____

Sucio: _____

Inadecuado: _____

Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuantas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____

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

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

Otros: _____

e) Necesidades de evitar peligros:

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de preferencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones de su ambiente en el hogar: _____

Trabajo: _____
Otros: _____

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

a) Necesidades de comunicación.

Subjetivos.

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

Preocupaciones, estrés: _____

Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuanto tiempo pasa sólo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____

Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal con la familia con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Otros: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social o religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

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

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____

Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: _____

Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

Objetivo:

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Sujetivo:

Actividades recreativas que realiza en los tiempos libres: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

Rechazo a las actividades recreativas: _____

Estado de ánimo apático, aburrido, participativo: _____

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo de limitación cognitiva: _____

Preferencias: leer o escribir: _____

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

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Otros: _____

Objetivos:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional, ansiedad, dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

*"Vivir quiere decir adaptarse, realizar
esfuerzos, crear; vivir quiere decir merecer
la vida"*



ELABORO.

Lic. Enf. Gerardo Campuzano Lujano

RECOMENDACIONES GENERALES AL ADULTO CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

INTRODUCCIÓN

UNA VEZ QUE USTED EGRESA DEL HOSPITAL ES IMPORTANTE QUE SIGA CIERTAS RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A SU PROCESO DE RECUPERACIÓN, EVITAR COMPLICACIONES Y FOMENTAR BUENOS HABITOS DE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO, HIGIENE Y DESCANSO.

OBJETIVO

PROMOVER EL AUTOCAUIDADO DEL ADULTO CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN SU HOGAR.

LO QUE ES NECESARIO SABER

El corazón es una bomba que impulsa sangre a través de unos conductos llamados arterias que la llevan a los órganos del cuerpo. La sangre regresa al corazón por otros conductos llamados venas.

El corazón también bombea la sangre a los pulmones, donde esta toma el oxígeno del aire que respiramos. Sin el oxígeno el combustible no podría transformarse y brindar la energía necesaria para la actividad del cuerpo.

Su corazón es un poderoso músculo que nunca descansa, late 70 veces por minuto, 4000 veces por hora, 100 000 veces por día. Esta extraordinaria maquina puede descomponerse.

Algunas de las enfermedades cardiacas más frecuentes son las siguientes:

- ♥ Hipertensión arterial
- ♥ Fiebre reumática
- ♥ Defectos cardiacos congénitos
- ♥ Enfermedad coronaria, considerada como el enemigo publico numero uno y la primera causa de muerte en los países avanzados siendo la lesión fundamental el ATEROMA que consiste en el deposito de grasas en las paredes de las arterias

Quando hay ateromas se dice que la arteria tiene arterosclerosis.

La arterosclerosis comienza desde la infancia y es causada por la concurrencia de los siguientes factores principalmente:

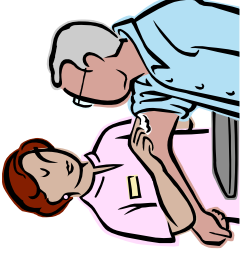
- ♥ El exceso de grasa de origen animal en la comida.
- ♥ La hipertensión arterial
- ♥ El tabaquismo
- ♥ La inactividad física
- ♥ Las tensiones emocionales

Que traen como consecuencia:

- ♥ Infarto agudo al miocardio (ataque cardiaco) por la obstrucción total de la arteria muriendo una parte del corazón por falta de sangre.
- ♥ Angina de pecho: Ocurre cuando la arteria esta principalmente obstruida y disminuye la cantidad de sangre que llega al corazón y este grita en forma de dolor.

FACTORES DE RIESGO

♥ Hipertensión Arterial



♥ Diabetes



♥ Obesidad

♥ Sedentarismo

♥ Tensiones Emocionales

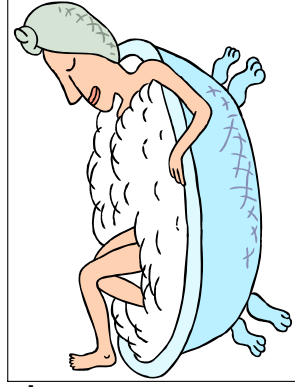


♥ Consumo de tabaco

♥ El exceso de grasa de origen animal en los alimentos.

HIGIENE

- Báñese todos los días con jabón neutro y agua tibia.
- Mantenga libre de humedad su piel.
- Apicar loción a base de lanolina para evitar que su piel se reseque.
- Use preparadas para el sol cuando se exponga a el para evitar quemaduras.
- Lave sus manos antes de comer y después de ir al baño.



- Cepille diariamente sus dientes.
- De masaje a sus encías diariamente con la yema de sus dedos.
- Consulte a su dentista cada seis meses.



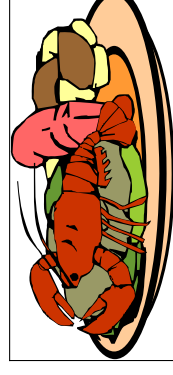
DIETA PARA SU CORAZON

Los alimentos contienen sustancias nutritivas, que son transportadas por la sangre a todos los órganos del cuerpo, donde se utilizan para obtener le energía necesaria para las actividades del organismo estas sustancias son:

- ♥ Proteínas
- ♥ Azucares también llamados hidratos de carbono
- ♥ Grasas.

Las grasas mas importantes del cuerpo son el colesterol y los triglicéridos que son muy útiles como combustibles pero cuando se encuentran en exceso en el organismo pueden causar enfermedades como la arterosclerosis

El colesterol se produce en el hígado, en un gran numero de casos su exceso se debe a una alimentación inadecuada con gran cantidad de grasas de origen animal.



♥ Refrescos

TABACO Y CORAZON

La dieta debe de tener estas cualidades:

- ♥ Ser completa
- ♥ Suficiente
- ♥ Equilibrada
- ♥ Adecuada en aumento de fibra
- ♥ Con restricción de sal
- ♥ Calorías
- ♥ Baja en grasas de origen animal

Alimentos no permitidos:

- ♥ Carnes grasosas, carnes fritas, embutidos, mariscos frescos y enlatados.
- ♥ Alimentos enlatados o procesados como sopas o verduras.
- ♥ Lácteos: leche entera, queso crema, parmesano.
- ♥ Pan; con grasa, pays, pasteles, galletas ricas en grasa.
- ♥ Verduras y Frutas: fritas o preparadas con mantequilla, queso o salsa de crema.
- ♥ Sal
- ♥ Encurtidos: cueritos en vinagre y aceitunas.

El tabaquismo es la adicción a los productos del tabaco, principalmente el cigarrillo

La nicotina y los productos secundarios del humo, intervienen en el inicio y la progresión de la arterosclerosis dañando las arterias del cerebro y corazón.

En consecuencia cualquier exposición, incluido el tabaquismo pasivo, incrementa el riesgo del no fumador.

El humo del cigarrillo tiene irritantes que causan bronquitis, la bronquitis provoca enfisema pulmonar, el cual puede provocar cáncer en boca, garganta, pulmón y vejiga entre otros.

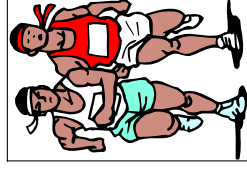


ACTIVIDAD FISICA

El ejercicio debe ser parte de una vida sana y plena, principalmente la actividad física aeróbica caracterizada por un mayor consumo de oxígeno para el sistema cardiovascular.

Ejemplos de este ejercicio dinámico son:

- ♥ Caminata
- ♥ Trote
- ♥ Carrera de distancia moderada
- ♥ Ciclismo
- ♥ Natación
- ♥ Danza
- ♥ Gimnasia aeróbica de bajo Impacto
- ♥ Remar



NO RECOMENDABLES

- ♥ Ejercicio estático
- ♥ Levantamiento de pesas
- ♥ Gimnasia con aparatos y las rutinas de tensión muscular.



El ejercicio ayuda:

- ♥ Controlar el peso
- ♥ Disminuye el colesterol y reduce el riesgo de arterosclerosis.
- ♥ Disminuye la presión arterial.

Se recomienda la actividad física de 30 minutos a 1 hora de 4 a 6 veces por semana.

NOTA: La prescripción del ejercicio debe ser individualizada de acuerdo a la prueba de esfuerzo a la que se someta.

TENSIONES EMOCIONALES

Las tensiones emocionales provocan reacciones adversas en nuestro cuerpo, como son las siguientes:

- ♥ Excesiva producción de sustancia como la adrenalina, que hace trabajar más al corazón
- ♥ Aumento de la presión arterial
- ♥ Tendencia a que la sangre se coagule y tape las arterias.

ALGUNOS CONSEJOS PARA ELIMINAR LAS TENSIONES EMOCIONALES

- ♥ Redistribuya la carga de trabajo, dese tiempo para su familia y entretenimiento personal.
- ♥ Reduzca o elimine la ingesta de estimulantes como el alcohol, café y tabaco.
- ♥ Haga ejercicio regularmente para reducir la hostilidad y la producción de adrenalina.
- ♥ Aprenda a mejorar las relaciones explosivas en el trabajo, con la familia y en la calle.
- ♥ Dese tiempo para el reposo.
- ♥ Interésese por la recreación, lectura, cine, etc.

ACTIVIDAD SEXUAL

Muchos de los pacientes que han sufrido un infarto y sus cónyuges están preocupados porque creen que la actividad sexual provocara otro ataque. Deben saber que el infarto durante o después del contacto sexual no se produce con mayor frecuencia que la que existiría después de cualquier otra actividad normal.

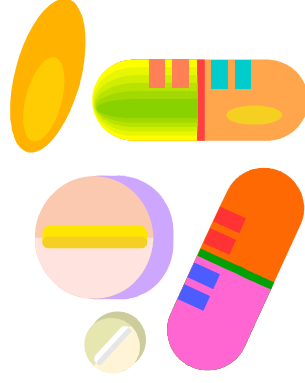
La actividad sexual puede ser reanudada una vez que haya comenzado el proceso de cicatrización. Para la mayoría de los pacientes es de 2 a 3 semanas después de dejar el hospital.

- ♥ Evite la actividad sexual en temperaturas extremas, después de comidas pesadas o de ingestión de alcohol.
- ♥ Descansar antes y después de mantener relaciones sexuales.
- ♥ Interrumpir la actividad en caso de notar dolor torácico o dificultad para respirar.
- ♥ Tomar medicamento indicado antes de la relaciones sexuales si esta prescrito.
- ♥ Usar posiciones habituales a no ser que aumente el esfuerzo.

MEDICAMENTOS

Es importante llevar un tratamiento farmacológico y tomarlo de acuerdo a las indicaciones médicas, respetando, siempre los horarios para evitar peligros para la vida

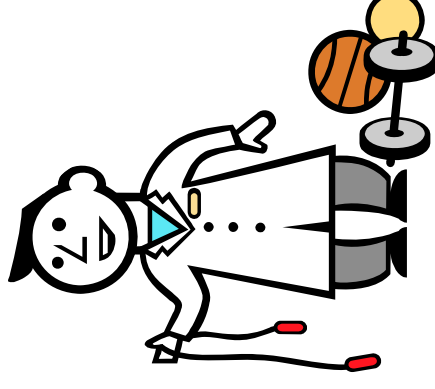
- ♥ Tomar la medicación a la misma hora.
- ♥ Ponerlos a la vista siempre.
- ♥ Acudir al médico e informar acerca de efectos secundarios (Presión baja o alta, dolor de cabeza, náusea, vómito, cansancio y palpitaciones en el corazón).



NOTA FINAL

Es importante tener en cuenta que entre mas se lleven acabo las recomendaciones de autocuidado, mayor es la posibilidad de incrementar la duración de la vida y el mantenimiento de una alta calidad de la misma

Recuerde que estas modificaciones del estilo de vida son permanentes y necesarias para obtener un resultado exitoso, tomando en cuenta su actitud positiva para llevarlo a cabo



LIC. ENF. GERARDO CAMPUZANO LUJANO