



INSTITUTO MARILLAC I. A. P
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADA A LA UNAM

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE DE LA
SEGUNDA EDAD CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

“CALDERÓN MORALES OSVALDO”

ASESORA:

LIC. CERÓN SOTELO YESICA

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LIC. MARÍA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. YESICA CERÓN SOTELO

ASESOR METODOLÓGICO

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la fortaleza y sabiduría de cada día para enfrentarme a un reto nuevo y con éxito alcanzar esta meta tan anhelada.

A mis padres, Toribio Antonio Calderón Gómez y María Reyes Morales Hernández, por brindarme ese apoyo y amor a lo largo de este proceso de formación.

A Eduardo Corona Esparza y esposa, por su apoyo incondicional, gracias por su compañía, paciencia y sacrificio.

A familia Martínez Sandoval ,por la motivación de seguir adelante con un nuevo proyecto.

Expreso mi sentido de gratitud a mi asesor metodológico Lic. Yesica Cerón Sótelo por su invaluable apoyo, tiempo y orientación para la realización de este trabajo profesional.

A la Directora Técnica del Instituto Marillac Lic. María Cruz Sótelo Badillo, por su paciencia y amabilidad durante la realización de este proceso de formación.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III. OBJETIVOS.....	8
IV. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1 Enfermería.....	9
4.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	9-10
4.3 Plan de Cuidados Estandarizado.....	10
4.4 Plan de Cuidados Individualizado.....	10
4.5 La enfermería como disciplina.....	11
4.5.1 Dimensión Histórica.....	11-14
4.5.2 Dimensión Filosófica-Epistemológica.....	14-17
4.5.2.1 Cuidado.....	17
4.5.2.2 Persona.....	17
4.5.2.3 Salud.....	18-18
4.5.2.4 Entorno.....	18
4.5.3 Dimensión Teórica.....	18
4.5.3.1 Teorías en enfermería.....	19-21
4.5.3.2 Escuelas de Enfermería.....	22-24
4.5.3.3 Virginia Henderson (Reseña biográfica).....	25-26
4.5.4 Dimensión Metodológica.....	27
4.5.4.1 Método de enfermería.....	27-28
4.5.4.2 Valoración.....	28
4.5.4.3 Diagnóstico.....	29
4.5.4.4 Planeación.....	29
4.5.4.5 Ejecución.....	30

4.5.4.6	Evaluación.....	30
4.5.4.7	Taxonomía de Enfermería.....	30-31
4.5.4.8	Clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA).....	31-32
4.5.4.9	Diagnóstico enfermero enfocado en el problema.....	32-33
4.5.4.9.1	Diagnóstico enfermero de riesgo.....	33
4.5.4.9.2	Diagnóstico enfermero de promoción de la salud.....	33
4.5.4.9.3	Síndrome.....	33
4.5.4.9.4	Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....	34
4.5.4.9.5	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	34
4.5.5	Dimensión práctica.....	35-36
4.5.5.1	Asistencia.....	36
4.5.5.2	Gerencia.....	36
4.5.5.3	Docencia	36-37
4.5.5.4	Investigación.....	37
V.	METODOLOGÍA.....	38
VI.	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	39
6.1	Presentación del caso.....	39-46
6.2	Diagnóstico. Grado de dependencia (análisis).....	47-51
6.3	Planeación (enlace).....	52-54
6.4	Planeación / Ejecución/Evaluación.....	55-72
	PLAN DE ALTA.....	73
VII.	CONCLUSIÓN.....	74
VIII.	SUGERENCIAS.....	75
IX.	BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS.....	76-78
X.	ANEXOS.....	79- 108

I INTRODUCCIÓN

El presente Proceso de Atención Enfermero está elaborado en torno al caso del paciente V.A.T. de 45 años de edad, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza con DX: Infarto Agudo al Miocardio en Evolución, que se considera como una evidencia de necrosis en un escenario clínico consistente con isquemia miocárdica, bajo las condiciones de: detención de elevación y/o caída de biomarcadores cardiacos (troponina), cambios electrocardiográficos (elevación del segmento ST) junto con la evidencia miocárdica.¹

Primordialmente uno de mis propósitos de este proceso es alcanzar mis objetivos y establecer prioridades en las actuaciones, definir mis responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados que le brindo al paciente con el diagnóstico ya mencionado. El Proceso de Atención Enfermería: valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y la exploración física así como la observación directa e indirecta, se identificaron las que estaban alteradas de acuerdo a los problemas reales y potenciales; se formularon diagnósticos de enfermería con el formato PESS (Problema, Etiología, Signos y Síntomas) y la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); se plantearon los resultados NOC e intervenciones NIC, con base a evidencias científicas (guías de práctica clínica).

Con énfasis en garantizar al paciente la eficacia de los cuidados brindados, los cuales se caracterizan por un enfoque integral y holístico, mismos que llevan a la persona a alcanzar la pronta independencia y la recuperación de su salud.

Con base en este proceso, se desarrollan los Planes de Cuidados individualizados (PCI), creándose un plan de actuación preestablecido basado en la evidencia científica

La finalidad e importancia principal de este Proceso Enfermero, es obtener un aprendizaje significativo en mi formación como profesional.

¹ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). Catálogo del Maestro. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del Segmento ST en el Adulto Mayor.

II JUSTIFICACIÓN

La realización de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una metodología creada para mejorar la calidad de atención que prestamos a nuestros pacientes. Este método de trabajo ha sufrido diferentes cambios desde sus inicios, modificaciones que han beneficiado a los enfermeros de ayer y de hoy, al lograr la vinculación del paciente en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para que el individuo adquiera el equilibrio entre mente y cuerpo que se traduce en el término de salud.

El trabajar con un método estructurado y sistematizado, como lo es el Proceso Enfermero ha favorecido el desempeño y rendimiento de la práctica clínica, al posibilitar la unificación de criterios entre enfermeros, nos encamina hacia el desarrollo y crecimiento de nuestra profesión “La Enfermería.”

La Guía de Práctica Clínica Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: evaluación y gestión de tecnologías para la salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

III OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención Enfermería con base al Modelo de Virginia Henderson de un paciente con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio, identificando los problemas reales y potenciales conforme a las necesidades alteradas, que permita proporcionar cuidados de calidad, y llevar a cabo un plan individualizado que aumente la calidad de vida, confort y bienestar de la persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los diagnósticos reales y potenciales conforme a la valoración completa del paciente.
2. Brindar atención con calidad humana, basándonos en el trato digno del paciente.
3. Elaborar diagnósticos de enfermería y planes de cuidados según las necesidades identificadas y priorizadas.
4. Determinar el modelo de Virginia Henderson.
5. Planificar e implementar las intervenciones y actividades de enfermería.
6. Ejecutar el plan de cuidados y evaluar las intervenciones.

IV MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA

Concepto de enfermería, de acuerdo a la Comisión Internacional de Enfermería (CIE):

La enfermera abarca los cuidados , autónomos y en colaboración , que se prestan a las personas de toda las edades , familias , grupos y comunidades enfermos o sanos , en todo 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 enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. CIE (2000).²

4.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el método científico sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería, está enfocado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo, a las alteraciones de la salud, reales o potenciales (Alfaro, 1999).³

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO (Alfaro, 1999)⁴

Características	Observaciones
Sistemático	Parte de un planteamiento organizado de cinco etapas para alcanzar un objetivo.
Dinámico	Responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente, durante su evolución.

² Hernández, M. A. (2014). Fundamentos de enfermería. "Introducción a la enfermería general" México; Trillas p.29.

³ *Ibíd.* p. 123.

⁴ *Ibíd.* p. 123- 124.

Interactivo	Se establecen relaciones recíprocas entre la enfermera y paciente, su familia y el equipo de salud.
Dialéctico	Es un método que demanda dinamismo en su aplicación al retro informarse continuamente.
Flexible	Se puede aplicar en cualquier área que trate con individuos, familia o comunidad.
Tiene una base teórica	Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, que incluye ciencias biológicas, humanísticas y sociales.
Ético	Actúa con respeto a la dignidad humana.
Social	Responde las demandas del individuo, familia y comunidad, reincorporándolo a la vida social.

4.3 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Es un protocolo específico de cuidados apropiados, que permite la optimización de las intervenciones en la labor asistencial del enfermero, según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes que padecen una enfermedad relacionada con el diagnóstico concreto, ofreciendo al paciente la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica. Facilita la movilización de un equipo interdisciplinario de cuidados alrededor de un problema importante del paciente.⁵

4.4 PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Es aquel que la enfermera realiza para un paciente determinado. Tras una valoración individualizada y detallada del paciente, se identifican los diagnósticos enfermeros reales o de riesgo y de acuerdo con ellos se planifican los cuidados, lo cual permite documentar los problemas, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un

⁵ Joelle C. Brigitte R. (2005). El plan de cuidados estandarizado." Un soporte del diagnóstico enfermero" España; Masson. p.5.

paciente concreto. Diseñados de principio a fin con el objetivo de dar respuesta a una situación concreta de un individuo o grupo.⁶

4.5 LA ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

La Enfermería como disciplina, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto-objeto que permiten desarrollar su praxis. En el comienzo de la década de los 70 nace, entre varios grupos de enfermeras, una corriente de opinión basada en el interés por promover la enfermería a rango de disciplina, iniciado en otros países principalmente en Estados Unidos. Se considera disciplina, porque cuenta con conocimientos rigurosos y sistemáticos propios que explican, analizan y confieren conocimientos ordenados y sistematizados, asume una serie de principios humanos y éticos que posibilitan el proporcionar cuidado integral.

Cuenta con una dimensión histórica, dimensión filosófica-epistemológica, dimensión teórica, dimensión metodológica y dimensión práctica.⁷

4.5.1 DIMENSIÓN HISTÓRICA ⁸

Hermanos de San Juan de Dios

Fundó un pequeño convento-hospital en Granada, que se mantenía de la caridad, dado que era una orden mendicante que se transformó en orden religiosa a finales del siglo XVI. Esta congregación se dedicó al cuidado de los enfermos mentales y más tarde amplió su actividad al cuidado de los niños enfermos. Actualmente tiene hospitales por España, con dedicación preferente a los niños, enfermos psiquiátricos y enfermos crónicos.

⁶ Gómez D. (2015). Enfermería "Conceptos Generales" Colombia; Eduforma. P.132.

⁷ Sotomayor, S.M. (2011), Naturaleza de la enfermería (Manuscrito no publicado). México: UNAM/ENEO/SUA.

⁸ Martínez M. M.L, Y Rebollo. E.C (2011). Historia de la enfermería "Etapa vocacional del cuidado".2ra Edición. España; Elsevier. P. 67-96.

Ministros de los Enfermos.

Orden masculina de enfermería fundada en el siglo XVI por Camilo de Lelis. Los miembros realizaban trabajos en hospitales atendiendo a enfermos y a moribundos. Llevaron a cabo una gran labor en la epidemia de peste que asoló a Roma en 1590.

Hermanos Terciarios Franciscanos

Orden fundada por San Francisco de Sales (1567-1622), que animó con su influencia a un grupo de damas a reunirse con el propósito de visitar enfermos. Los servicios que estas damas prestaban consistían en visitas, curas, aseo personal y lavado de ropas.

Las Hijas de la Caridad

La verdadera figura renovadora del cuidado moderno, entre las órdenes religiosas, fue el francés San Vicente de Paul, que vivió un momento desgraciado angustioso de la vida de Francia. Movilizó un equipo de socorro para paliar y luchar contra la peste, el hambre y la esclavitud. Se instaló en Paris, cerca del Hotel Dieu, y acudía diario al hospital para curar y atender a los enfermos ingresados. Más tarde comenzó a trabajar con un grupo de damas, con lo que se inició la caridad organizada.

Inicio del Mundo Contemporáneo

Hospital Contemporáneo

Los hospitales de la caridad se vieron desbordados por la creciente demanda de enfermos y eran incapaces de reunir los fondos necesarios para hacer frente a las numerosas solicitudes, situación a la que se sumó el reducido número de médicos del que disponían.

Presencia de la Iglesia en el Hospital

Con la ilustración, la razón se impuso a los valores religiosos imperantes en épocas pasadas, comenzando, de este modo, la separación de la iglesia del poder civil. La lucha del hombre ilustrado contra las ideas religiosas, dominantes en todos los aspectos de la sociedad del momento, condujo a la supresión de gran número de órdenes religiosas en Europa. Este suceso provocó la transformación de los hospitales, que pasaron de ser centros caritativos a ser instituciones cuya finalidad era únicamente la de curar a los enfermos.

La Reforma de la Enfermería en el Siglo XIX

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar durante el siglo XIX y parte del siglo XX; no obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se conjugaron diferentes tipos de cuidadores. Por una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras; mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia y, por otro, se mantuvieron las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.

Florence Nightingale ⁹

La figura Florence Nightingale, (12 de mayo de 1820 -13 de agosto de 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional.

Fue la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando de las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.

TABLA 2. PRINCIPALES APORTACIONES DE FLORENCE NIGHTINGALE A LA ENFERMERÍA

1	Inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la disciplina.
2	Organizó las enseñanzas y la organización de la profesión.
3	Comenzó la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina.
4	Inició la organización de la enfermería militar.
5	Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento en enfermería.
6	Consiguió romper los prejuicios sociales, especialmente los de las clases altas de su época, respecto a la labor de la mujer en enfermería.

Escuela Nightingale

En 1860, Florence Nightingale organizó una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermería. La escuela estaba subvencionada por el fondo "Nightingale" fondo de suscripción popular creado como un homenaje por su labor en la Guerra de Crimea. La escuela se instaló en el Hospital de Santo Tomás, por poseer requisitos para la

⁹ Ibid. P. 100-106.

enseñanza clínica. El período de formación era de 2 a 3 años según las alumnas. Las aspirantes eran sometidas a un período de prueba de un mes y a un curso básico de un año; una vez concluido éste realizaban un examen y las que lo superaban eran designadas como enfermeras certificadas.

Cruz Roja Internacional

La Cruz Roja fue creada en 1863, gracias a un hombre filántropo de gran espíritu social y de nacionalidad suiza llamado Henry Dunant. Su idea la concibió al presenciar la Batalla de Solferino en el norte de Italia, una de las batallas más sangrientas. El emblema que se escogió fue una bandera blanca con una cruz roja que significaría señal de neutralidad, y posee ámbitos de la salud, y también sección de enfermería.

Consejo Internacional de Enfermería

A finales del siglo XIX, representantes de los países en los que las enfermeras estaban organizadas constituyeron un Comité Ejecutivo para elaborar un proyecto de creación de un Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Actualmente la CIE es una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE).

El Siglo XX

Considerando que la etapa profesional del cuidado comienza al inicio de la década de los ochenta del siglo XX. En el siglo XIX puede considerarse un siglo de revoluciones, que trajo consigo el progreso en todas las esferas de la vida, en el siglo XX marcado por dos bélicos acontecimientos la Primera y Segunda Guerras Mundiales, pues si bien los avances científicos y tecnológicos han sido espectaculares y el desarrollo social y económico no había tenido precedentes.

4.5.2 DIMENSIÓN FILOSÓFICA- EPISTEMOLÓGICA

Uno de los componentes de la disciplina de enfermería lo constituye la dimensión filosófica- epistemológica, de los cuales se desprende el metaparadigma: es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (persona, cuidado, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones, asimismo, son los conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una

disciplina (ciencia, conocimiento, teoría, metateoría, paradigma, modelo,) y las proposiciones globales que describen los conceptos.¹⁰

DIMENSIÓN FILOSÓFICA ¹¹

La filosofía es la “búsqueda del saber”; por sus raíces etimológicas es “amor por la sabiduría” y se puede definir como la ciencia encargada de investigar las causas y leyes que subyacen a la realidad. La filosofía se ocupa de la búsqueda por comprender el procedimiento correcto del razonamiento, comprensión de la realidad y de la verdad absoluta acerca de los seres humanos, deidades y del mundo y la determinación de la forma correcta de vivir. Erick Landeros-Olvera (2009) refiere que el positivismo como corriente filosófica es el que impera en la enfermería y su influencia es totalmente marcada en la práctica hospitalaria al utilizar el método científico, asimismo, menciona que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método positivista que deriva directamente del método científico en la profesión.

TABLA 3. FINALIDAD E IMPORTANCIA DE LA FILOSOFÍA EN ENFERMERÍA

Finalidad de la filosofía en enfermería	Importancia de la filosofía para la enfermería
Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.	La guía en la obtención de metas éticas dentro de la educación, práctica e investigación.
Enfocar la enfermería como disciplina científica.	Rige el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería.

¹⁰ Cárdenas, M. (2011). El objeto de estudio y los núcleos básicos disciplinares (manuscrito no publicado) México – ENEO-SUA

¹¹ Díaz, M, G. (2013). Filosofía de la ciencia del cuidado. Revista iberoamericana de las ciencias de la salud. 2 (3). P.8-10. Disponible:<http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/348/1/Filosofia%20de%20la%20ciencia%20del%20cuidado.pdf>

Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente salud y enfermería como un proceso.	
---	--

DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

La epistemología es para la enfermería la disciplina que estudia la validez del conocimiento como ciencia, en ella discurren los fenómenos del método para la investigación de acuerdo a su objeto u objetos de estudio. Nos conduce hacia una búsqueda constante del conocimiento y la verdad.¹²

TABLA 4. PARADIGMAS EN ENFERMERÍA SEGÚN KÉROUAC (2005)¹³

El paradigma de la categorización	El paradigma de integración	El paradigma de transformación
Este paradigma considera que los fenómenos son visibles en categorías, se centra en la salud pública, se interesa en la persona y en la enfermedad como una orientación centrada en la práctica médica.	Este paradigma se centra en el mantenimiento de la salud de la persona, a prevenir la enfermedad y a recuperar así como fomentar la salud.	Según este paradigma, la persona es considerada como ser único, en la que sus múltiples dimensiones forman una unidad.

¹² Cárdenas, M. (1999). Algunas consideraciones sobre la epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.P.2.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991r.pdf>

¹³ Cárdenas, M. (2011). Paradigmas en Enfermería; Kérouac ,Duran, Meleis, Medina (Manuscrito no publicado).México: UNAM-ENEO-SUA

Metaparadigma

Es un marco conceptual dentro del cual se desarrolla una estructura más restringida, es el más amplio concepto de una disciplina en una forma meticulosa así como comprender todo los fenómenos de interés. Persona, entorno, enfermería y salud.¹⁴

5.2.1 CUIDADO

Son las intervenciones de enfermería con el paciente. Se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las intervenciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el paciente.¹⁵

4.5.2.2 PERSONA

La persona se define de dos maneras: primero holísticamente, entendiéndose que el todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esa totalidad (holismo). Señala Rogers que es imposible separar la a persona de su contexto porque en conjunto forma las unidad (unitaria) totalmente indivisible. Segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas espirituales y sociales), y según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería.¹⁶

4.5.2.3 SALUD

El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería. Nightingale determinó las mismas leyes de la salud como las de enfermería, ya que en la realidad

¹⁴ Velez, L. (2015). Marco Epistemológico de Enfermería, Paradigma y Metaparadigma. Artículo pdf. P.11. Disponible en: https://www.academia.edu/18544751/PARADIGMAS_Y_META_PARADIGMAS

¹⁵ Téllez Ortiz S.E (2009). Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería (Antología).2da Edición; UNAM .México. p.138.

¹⁶ Ibid.p.138.

son las mismas, y se debe lograr tanto en el enfermo como en el sano (Nightingale, 1969).¹⁷

4.5.2.4 ENTORNO

En la teoría de Johnson, el entorno se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él. El individuo se conecta e interacciona con el entorno. Las fuerzas del entorno excesivamente intensas perturban el equilibrio del sistema conductual y amenazan la estabilidad persona.¹⁸

4.5.3 DIMENSIÓN TEÓRICA

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino sólo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería. Las teorías están elaboradas por conceptos y Fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina.¹⁹

¹⁷ Ibid.139.

¹⁸ Ibid.p.139.

¹⁹ Cisneros G, F. (2002).Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Artículo PDF. Consultado 18 de mayo 2019.P.3-4.En: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

4.5.3.1 TEORÍAS EN ENFERMERÍA²⁰

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

TABLA 5. PRINCIPALES TEORÍAS EN ENFERMERÍA

TEÓRICAS	TEORÍA
FLORENCE NIGHTINGALE	El fundamento de su teoría es la del entorno, las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida de una persona.
VIRGINIA HENDERSON	Su principal teoría de las 14 necesidades humanas. La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia. ²¹
DOROTHEA E. OREM	Teoría general del déficit del autocuidado, el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para así mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. ²²

²⁰ Modelos y Teorías de Enfermería. Oposiciones de Enfermería. Manual CTO.PDF. Consultado 27 mayo 2019. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO,%20Volúmen%201/9788417470050>.

²¹ Sandoval, L. García, M, A. y López, C, M. (2011). Teorías de carácter histórico (Manuscrito no publicado).México: UNAM/ENEO/SUA.

²² Téllez Ortiz S.E (2009). Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería (Antología).2da Edición; UNAM .México. p.195.

DOROTHY E. JOHNSON	Modelo de sistemas conductuales, compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas. ²³
JOYCE TRAVELBEE	Modelo de relación de persona a persona, cada ser humano es una persona única e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio. ²⁴
MARTHA ROGERS	Seres humanos unitarios, los seres humanos no son entidades dispersas, agregados mecánicos, por lo tanto el hombre es un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse sólo como la suma de sus elementos individuales. ²⁵

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS TEORÍAS EN ENFERMERÍA²⁶

Desde 1860 a 1989.

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”
3. En 1955, Virginia Henderson publica “Definition of Nursing”.

²³ Ibid.p.223.

²⁴ Ibid.p.282.

²⁵ Ibid.p.208.

²⁶ Cisneros G, F. (2002). Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. Artículo PDF. Consultado 18 de mayo 2019.P.4-5. En: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

Desde 1960 a 1969.

1. En 1960, Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”.
2. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
3. En 1962, Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
4. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
5. En 1966, Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
6. En 1969, Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
7. En 1979, Jean Watson publica su “Teoría del cuidado Humano”.

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su “Teoría Modelación del Rol”.
7. En 1984, Patricia Benner publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
8. En 1985, Ramona Mercer publica su “Teoría del Talento para el Papel Materno”.
9. En 1986, Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud”.

4.5.3.2 ESCUELAS DE ENFERMERÍA SEGÚN SUZANNE KÉROUAC. (2005)²⁷

Kérouac (2005) propone otra clasificación de los modelos y teorías, las cuales denomina escuelas del pensamiento, y argumenta que una vez que las teorías y modelos están situadas en un paradigma, hace que los modelos mantengan relación por su pertenencia al paradigma, puedan ser agrupados en varias categorías en función de la escuela que los relaciona.

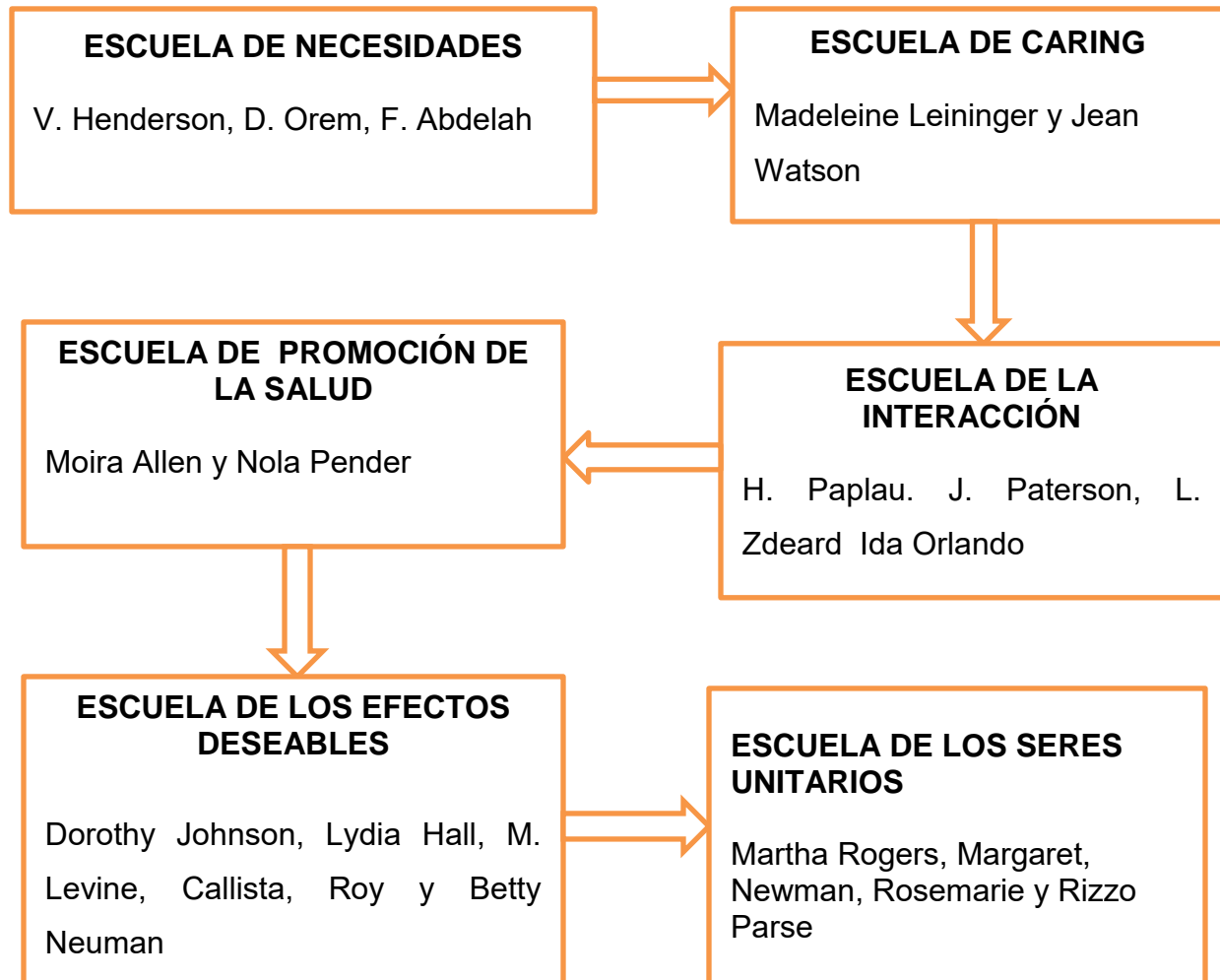
Las escuelas de pensamiento propuesta por la autora citada, (Kérouac, 2005)

- **Escuela de necesidades:** la característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera, como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.
- **Escuela de Interacción:** la característica de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría coinciden en su descripción en el modo en como desarrolla la acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- **Escuela de los Efectos Deseables:** los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela se identifican por el interés que demuestran al hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación.
- **Escuela de la Promoción de la Salud:** esta escuela se centra en el interés por destacar la importancia que los cuidados de la enfermería tienen en la promoción de la salud, ampliando su acción a la familia.
- **Escuela del ser Humano Unitario:** el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería es la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela.

²⁷ Cárdenas, M. (2011). Paradigmas en Enfermería; Kérouac, Duran Meleis, Medina, (Manuscrito no publicado).México: UNAM-ENEO-SUA.

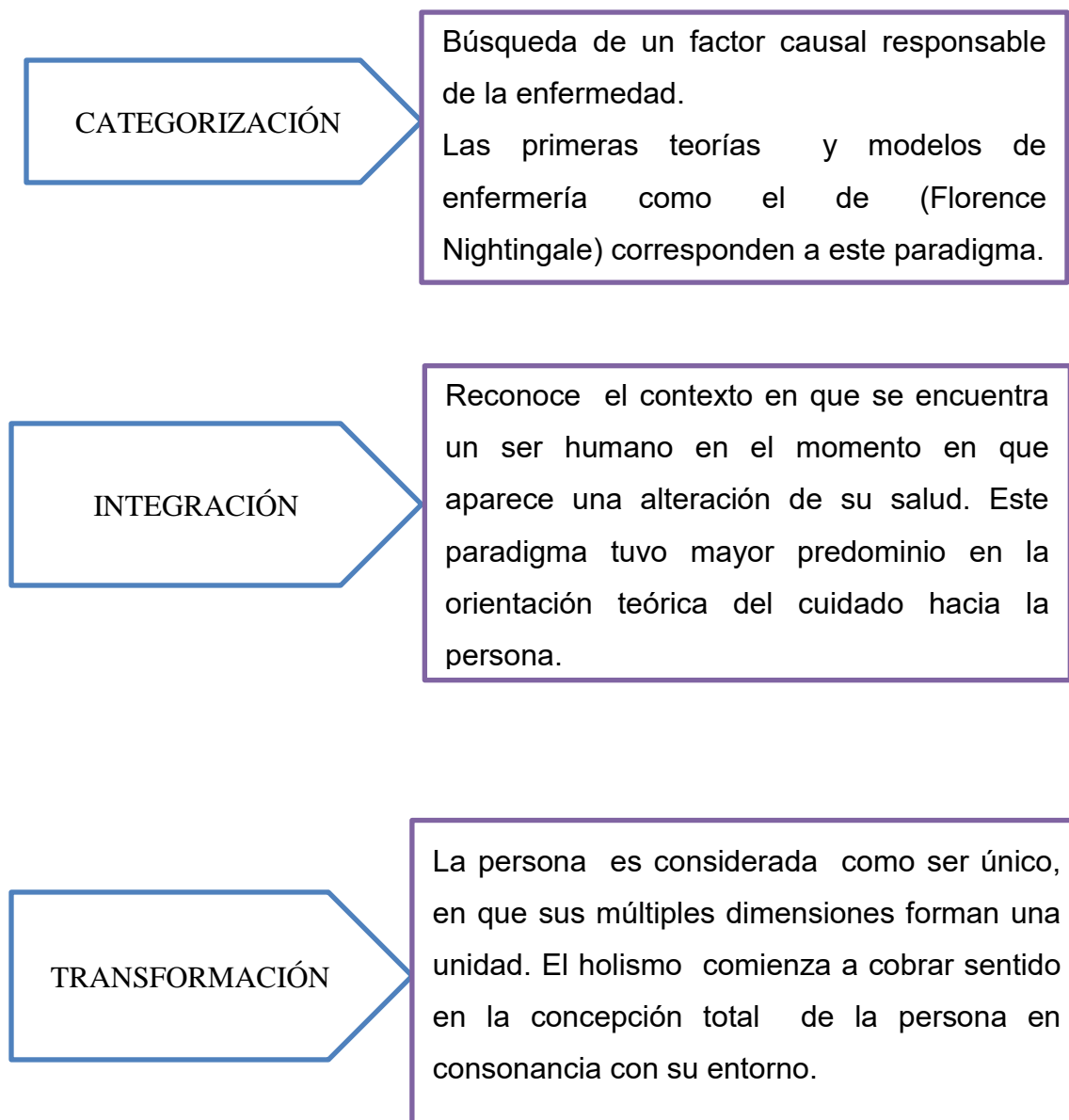
- **Escuela de Caring:** esta escuela expresa su interés por la cultura y el Caring, lo que equivale a un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de la personas.

ESQUEMA 1. ESCUELAS DEL PENSAMIENTO SEGÚN SUZANNE KÉROUAC (2005)



Susan Kérouac, establece que en enfermería existen grandes corrientes de pensamiento que se describen como el paradigma de la transformación, el de la integración y el de la transformación.

ESQUEMA 2. PARADIGMAS EN ENFERMERÍA SEGÚN KÉROUAC (2005)



4.5.3.3 VIRGINIA HENDERSON²⁸

Nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Incorporo principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Objetivo principal

Ayudar a los individuos a lograr la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Supuestos básicos

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de la independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Vestir adecuadamente.
7. Mantener la higiene corporal.
8. Evitar los peligros del entorno.

²⁸ Sandoval, L. García, M, A. y López, C, M. (2011). Teorías de carácter histórico (Manuscrito no publicado). México; UNAM/ENEO/SUA.

9. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
10. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
11. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
12. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
13. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo de la salud.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal.

Proposiciones

- La enfermera tiene la función propia. Cuando la enfermera asume el papel del médico abandona su función propia.
- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo.
- La satisfacción de las necesidades depende del poder, saber y querer.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por conseguirla.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Metaparadigma

Persona: ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades humanas.

Enfermería: asistir al enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno: la naturaleza del entorno es dinámica. El entorno tiene un claro impacto (negativo o positivo). El entorno es modificable y puede ser controlado.

Salud: capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.

4.5.4 DIMENSIÓN METODOLÓGICA²⁹

Existen diferentes definiciones del Proceso Atención Enfermería. Alfaro lo describe como “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos” Alfaro (2005).

Se han formulado muchas otras definiciones, siendo algunas de las más relevantes las siguientes:

1. “Método de identificación y resolución de problemas”. (Marjory Gordon).
2. “Método racional y sistemático de planificación y provisión de asistencia de enfermería individualizada”. (A.Berman y S. Synder).
3. “Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales” (Martha L. Rendon).

4.5.4.1 MÉTODO DE ENFERMERÍA

El método en enfermería lo constituye el Proceso de Enfermería o Proceso Enfermero.

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del

²⁹ Modelos y Teorías de Enfermería. Oposiciones de Enfermería. Manual CTO.PDF. Consultado 27 mayo 2019. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO,%20Volúmen%201/9788417470050>

cliente a los problemas reales o potenciales de la salud".³⁰ El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, y las habilidades.³¹ El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.³²

4.5.4.2 VALORACIÓN³³

Es la primera fase del proceso de enfermería, se define como el proceso dinámico y continuo que implica reunir, verificar y organizar información sobre una persona u otra entidad. El énfasis recae en el estado de salud, ambiente, así como las creencias culturales de la persona. La valoración incluye la formación y el desarrollo continuos de una base de datos.

- Paciente como fuente primaria, expediente clínico, y familia.
- Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Tipos de datos

1. Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe.

³⁰ P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. (1997). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Madrid; Mc Graw -Hill. p.11.

³¹ *Ibid.*, p.14.

³² Jiménez de Esquenazi, T, y . Gutiérrez De Reales, E. (1997). El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. p.17

³³ Luckmann, J. (2000). Saunders, Cuidados de enfermería. vol.1. México: McGRAW-HILL. p.4-5.

2. Datos objetivos: lo que la enfermera realmente observa con los cinco sentidos. Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

3. Datos históricos: “antecedentes” Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.

4. Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Fuentes de datos

- Entrevista Clínica
- Examen físico (inspección, palpación, percusión y auscultación).

4.5.4.3 DIAGNÓSTICO

Es la segunda Etapa del Proceso Atención Enfermería por lo tanto es un juicio clínico, presentado por una enfermera acerca de un individuo, una familia, un grupo o comunidad respecto a las alteraciones potenciales o reales en el estado de salud o reacciones vitales a dichas alteraciones. Asociación Norteamericana para el Diagnóstico de Enfermería. (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA). Fue creada en el decenio de 1970 para promover el desarrollo de los diagnósticos de enfermería e informar al respecto. Su actividad principal ha sido formular una taxonomía de los diagnósticos de enfermería estandarizados a fin de cubrir el campo de acción de la práctica de enfermería.³⁴

4.5.4.4 PLANEACIÓN

La etapa de planificación se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico.³⁵

³⁴ Ibíd. p.9

4.5.4.5 EJECUCIÓN

Consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.³⁶ En el proceso de ejecución vuelve a valorarse al paciente para que el personal de salud pueda determinar su estado y corroborar que el plan de atención de enfermería sigue siendo el apropiado.³⁷

4.5.4.6 EVALUACIÓN

Es la etapa final del proceso Atención Enfermería, es un proceso dinámico de apreciación que se lleva a cabo ininterrumpidamente durante la atención del paciente. El objetivo de esta fase del proceso de enfermería es hacer un juicio acerca de: la pertinencia de los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados en el tiempo previsto y las intervenciones de enfermería.³⁸

4.5.4.7 TAXONOMÍA DE ENFERMERÍA

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. En 1978 The Nurse Theorist Group of NANDA propuso la utilización de los “nueve patrones de hombre unitario” como principio de organización. Este propósito fue aceptado por NANDA en 1982. Se generó un árbol taxonómico inicial. En 1984 la NANDA reticuló los patrones del hombre unitario como los patrones de respuesta humana. En 1986, la NANDA aceptó el sistema como TAXONOMIA I.³⁹ Con el permiso de Gordon, el Comité de Taxonomía modificó este sistema para crear un quinto marco, un dominio de los Patrones Funcionales de Salud fue dividido en dos para reducir el número de clases y diagnósticos

³⁵ Kozier, B. ERB.y Olivieri. (1993).Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. Cuarta edición. Tomo 1. Madrid; McGRAW-HILL. p. 226.

³⁶ Ibid p.244.

³⁷ Luckmann, J. (2000).Saunders, Cuidados de enfermería.vol.1. México: McGRAW-HILL.p.19.

³⁸ Ibid p.19.

³⁹ Carpenito, L, J. (1995).Diagnóstico de Enfermería, Quinta Edición. España: McGRAW-HILL.p.219.

que incluía. Se añadió otro dominio para el crecimiento y desarrollo porque el original no lo contemplaba. Se desarrollaron definiciones para todos los dominios y clases de la estructura. Posteriormente se comparó la definición de cada diagnóstico con la de la clase y dominio al que pertenecían. Se hicieron revisiones y modificaciones en la ubicación de diagnósticos para asegurar la máxima coherencia entre dominio, clase y diagnóstico. La Taxonomía II de la NANDA I apareció por primera vez en NANDA Nurses Diagnosis Definitios and Classsification, 2001-2002. Internacional (NANDA I) se estructura en Dominios, éstos se dividen a su vez en Clases y dentro de éstas se localizan los diagnósticos enfermeros. El plan de cuidados de enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado. La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.⁴⁰

4.5.4.8 CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)⁴¹

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión.

La clasificación diagnóstica NANDA II contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

Eje: se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo.

⁴⁰ Heather Herdman, T. (2013). NANDA, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación (2012-2014). España; Elsevier.p.63.

⁴¹ Benavent, A. Ferrer, E. Del Rey, C. (2001). Descripción y Análisis de las Clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Artículo PDF. P.16-29. Consultado 27 mayo del 2019. Disponible en: http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf

Dominio: representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Clase: representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

Ésta presenta 13 dominios

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Eliminación
4. Actividad/reposo
5. Percepción/cognición
6. Auto percepción
7. Rol/relaciones
8. Sexualidad
10. Principios vitales
11. Seguridad/protección
12. Confort
13. Crecimiento / desarrollo

4.5.4.9 DIAGNÓSTICO ENFERMERO ENFOCADO EN EL PROBLEMA

El diagnóstico enfermero se define como un “juicio clínico sobre las experiencias/ respuestas de una persona, familia grupo o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales”. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias

relacionadas. **Diagnóstico real.** Problema de salud, Etiología, Signos y Síntomas (P.E.S.S).⁴²

4.5.4.9.1 DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE RIESGO

Un diagnóstico de riesgo es “juicio clínico sobre las experiencias / respuestas humanas frente a condiciones de salud /procesos vitales que tienen una probabilidad alta de desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable”. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad.

Diagnóstico de riesgo. Problema de salud y factores de riesgo.⁴³

4.5.4.9.2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Un diagnóstico de promoción de la salud es un “juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición a mejorar conductas de salud específicas”. Esta disposición se apoya en las características definitorias.

Diagnóstico de salud o bienestar. (Respuestas promotoras de bienestar relacionado con fortalezas del sujeto/ entorno).⁴⁴

4.5.4.9.3 SÍNDROME

Juicio clínico que describe una agrupación específica de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo, que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.⁴⁵

⁴² Heather Herdman, T. (2013). NANDA, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación (2012-2014). España; Elsevier.p.95.

⁴³ Ibíd. P.96.

⁴⁴ Ibíd. P.96.

⁴⁵ Carpenito, L, J. (1995).Diagnóstico de Enfermería, Quinta Edición. España; McGRAW-HILL.p.26.

4.5.4.9.4 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)⁴⁶

Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. Los resultados estandarizados son importantes para evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras y facilitar la continuidad de los cuidados en los sistemas integrados de salud, y de asegurar la responsabilidad de la enfermería.

CONSIDERACIONES AL UTILIZAR NOC EN LA PRÁCTICA

1. Uso de los indicadores del resultado
2. Establecer una puntuación del resultado
3. Utilizar la puntuación del resultado para evaluar los cuidados
4. Utilizar los resultados para evaluar los cuidados en la corta estancia

Después de seleccionar los resultados para un paciente individual, las enfermeras eligen los indicadores que utilizarán para determinar el estado del paciente y la puntuación global del resultado. Para facilitar el uso de la NOC en unidades de asistencia al paciente, el personal de enfermería como grupo puede especificar los indicadores importantes que considera representativos del concepto de resultado y relevantes para su población de pacientes antes de utilizar la NOC.

4.5.4.9.5 CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)⁴⁷

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación

⁴⁶ Moorhead, S. Johnson, M. Swanson, E. y Meridiam, L. (2013). Clasificación de resultados de enfermería. (NOC). Quinta edición. España; Elsevier. p. 2-20.

⁴⁷ Bulechek, G. Butcher, H. Wagner, C. y Dochterman, J. (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición. España; Elsevier. p. 2-29.

eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y es diseño de programas.

La Taxonomía NIC cuenta con tres niveles de organización: campos, clases e intervenciones.

- El nivel más abstracto son los campos, numerados del 1 al 7.
- Cada campo incluye clases, a las que se ha asignado letras por orden alfabético.
- Dentro de éstas últimas se sitúan las intervenciones, que constituyen el nivel más concreto de la clasificación y están identificadas con un código numérico de cuatro dígitos.

EMPLEO DEL NIC EN EL MODELO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL ESTADO ACTUAL (AREA) Y DE RAZONAMIENTO CLÍNICO REFLEXIVO

Los modelos de toma de decisiones proporcionan una estructura para facilitar el razonamiento clínico. El razonamiento clínico es el uso efectivo del conocimiento utilizando procesos de pensamiento reflexivos, creativos, concurrentes y críticos para alcanzar los resultados deseados en el paciente.

En el modelo AREA de razonamiento clínico, el profesional de enfermería se centra simultáneamente en los problemas y resultados por yuxtaposición de ambos al mismo tiempo. El modelo requiere que los profesionales de enfermería consideren simultáneamente las relaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

El modelo AREA requiere considerar varios problemas identificados simultáneamente y averiguar qué problema o tema es fundamental y más importante en relación con todos los problemas restantes.

4.5.5 DIMENSIÓN PRÁCTICA

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermería como una profesión auxiliar de la medicina que ha ido cambiando, sobre todo a partir de la década de 1980, imponiéndose un redefinición de las actividades. De una asistencia centrada en la

enfermedad y con un contenido básicamente práctico se ha ido pasando a una profesión orientada a atender la salud y con un enfoque más integral de la persona, incluyendo otros ámbitos como la docencia, la gestión y la investigación que, en definitiva, han ido ampliando la responsabilidad profesional.⁴⁸

4.5.5.1 ASISTENCIA

Se trata de la actividad que ha servido como base para la identificación de la profesión enfermera, ya que su fin primordial es el cuidado de la salud de las personas. Los cuidados enfermeros van dirigidos primordialmente a atender las necesidades básicas de la persona, proporcionando medidas terapéuticas destinadas a favorecer el bienestar y fomentar la salud, a prevenir la enfermedad y apoyar el proceso de adaptación en las situaciones de desviación de la salud.⁴⁹

4.5.5.2 GERENCIA

La enfermera en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades en la planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios de enfermería en la actualidad el mayor énfasis del trabajo en equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud exige que las enfermeras lleven a cabo acciones de coordinación con otros profesionales.⁵⁰

4.5.5.3 DOCENCIA

Independientemente de que la actividad asistencial sea que la define de una forma más sustancial el perfil profesional de la enfermería, las enfermeras llevan también a cabo una actividad docente que comprende acciones encaminadas a la formación de los futuros

⁴⁸ Martínez, M. M.L, Y Rebollo. E.C (2011). Historia de la enfermería "Etapa vocacional del cuidado". 2da edición; España; Elsevier. P. 140.

⁴⁹ *Ibid.* p.140.

⁵⁰ *Ibid.* p.141.

profesionales. Por otra parte, la complejidad progresiva de la atención sanitaria lleva consigo la necesidad de que los profesionales de la salud se vean obligados a actualizar constantemente los conocimientos y habilidades mediante la formación continua.⁵¹

4.5.5.4 INVESTIGACIÓN

La enfermera tiene como base los principios teóricos para la práctica profesional, por este motivo surge la enfermería basada en la evidencia como necesidad de que las intervenciones enfermeras respondan a un uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes.⁵²

⁵¹ *Ibid.*, p.141.

⁵² *Ibid.*, p.142.

V. METODOLOGÍA

Mediante la revisión de las valoraciones y asesoramiento de profesionales expertos, se elaboró un Proceso de Atención de Enfermería, durante la estancia del paciente en el servicio de Admisión Continua hasta el servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza.

Se asignó un asesor académico profesional para partir de un método científico, y desarrollar correctamente las 5 etapas del proceso.

La primera etapa se desarrolló con base a criterios de valoración céfalo-podálica, y valoración por necesidades de Virginia Henderson, se concreta con tres métodos: método de entrevista clínica por fuente primaria (paciente), método de observación y examen físico.

En la etapa del diagnóstico, se identificaron posibles diagnósticos NANDA 2015-2017 incluso 2018-2020. Se priorizaron conforme a las necesidades alteradas a través del Análisis de Resultado del Estado Actual, modelo (AREA) y razonamiento clínico.

La planificación se realizó mediante los objetivos de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) conforme los indicadores seleccionados, en este sentido se toman en cuenta la puntuación de escala, “Indicador del Estado de la Respuesta de la atención” (DIANA) para obtener un resultado esperado.

Un aspecto importante de la planificación es que se seleccionaron las actividades en relación a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), y al desarrollo e implementación de las evidencias científicas de la Guía de Práctica Clínica de Infarto Agudo al Miocardio.

En la fase de la ejecución y evaluación, se fomentó el seguimiento de la evolución del paciente en la estancia intrahospitalaria, considerando los objetivos esperados por las actividades e intervenciones, así mismo se obtuvo un resultado efectivo.

VI. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: A.R.V	LUGAR DE ORIGEN: Estado de México
EDAD: 56 Años	NACIONALIDAD: mexicano
GENERO: masculino	GRUPO SANGUÍNEO: O Positivo
OCUPACIÓN: albañil	PESO: 78 KG
RELIGIÓN: católico	TALLA: 178 CM

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Hipertensión arterial: negado

Obesidad: no

Enfermedades respiratorias: si (padres)

Diabetes Mellitus: negado

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Originario y residente del estado de México, escolaridad primaria, casado, dedicado a la construcción, habita en casa propia de concreto, tiene dos hijos. Vacunas completas, quirúrgico positivo; vasectomía hace 25 años.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alergias: negadas

Antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas: negadas

Transfusiones: negadas

Tabaquismo: positivo desde los 25 años de edad, actualmente activo a razón de 10- 15 cigarrillos por día.

Toxicomanía: negado

Alcoholismo: negado

VALORACIÓN FÍSICA (CEFALO-PODÁLICA)

CABEZA: normo-célefo, sin presencia de adenomegalias, consciente orientado, ansioso.

OJOS: simétricos, pupilas isocóricas con focalización y sensibilidad,

NARIZ: permeable con adecuada ventilación, sin presencia de secreciones, tabique recto. O₂ por Puntas nasales a 5 lpm, SaO₂ a 93 % SPO₂ y frecuencia respiratoria 29 rpm.

BOCA: labios simétricos e íntegros, mucosa bucal hidratada, piezas dentales completas con caries en segundo y tercer molar superior.

OIDOS: pabellón auricular simétrico, íntegro, conducto auditivo permeable.

CUELLO: simétrico, sin adenomegalias, tráquea central, pulsos carotídeos presentes.

TORAX: simétrico, con ampliación y amplexación, a la auscultación se percibe presencia de murmullo vesicular, ruidos cardiacos presentes con tono e intensidad anormales y frecuencia cardiaca 58 lpm. Refiere dolor opresivo con una intensidad en escala de EVA 8/10.

ABDOMEN: depresible, no doloroso a la palpación, a la auscultación se percibe perístalsis presente en los 9 cuadrantes, no hay datos de irritación peritoneal.

GENITALES: íntegros, sin alguna alteración.

EXTREMIDADES INFERIORES Y SUPERIORES: íntegros, refiere dolor irradiado al cuello en miembro superior izquierdo con una intensidad de EVA 8/10. Llenado capilar conservado de 2 segundos.

TEGUMENTOS: piel íntegra, ligeramente pálido, diaforesis.

PADECIMIENTO ACTUAL (RESUMEN CLÍNICO)

SIGNOS VITALES

T/A: 150/90 MMHG, FC: 58 LPM, FR: 29 RPM, TEM: 36.5 °C, SaO2: 93 % SPO2.

Masculino de 56 años de edad, inicia padecimiento actual el día 23 de octubre del 2018 a las 14:00 pm, refiere se encontraba en reposo e inicia de manera súbita con dolor torácico anterior y miembro superior izquierdo irradiado al cuello e intensidad 8/10 de la EVA, el cual duró más de 30 minutos, se acompañó con disnea de medianos esfuerzos y diaforesis, por lo que acude con su familiar al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza, a la unidad de Admisión Continua, donde se monitorizan signos vitales en sala de choque, se toma electrocardiograma, encontrando desnivel positivo de segmento ST en cara anterior, por lo que se decide iniciar tratamiento fibrinolítico, se estabiliza y es enviado a la unidad hemodinámica para cateterismo cardiaco con el contexto DX: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN EVOLUCIÓN, y tratamiento coronario intervencionista percutáneo con técnica de STENT CHROMA 3.0 X 29mm al segmento medio de la arteria descendente anterior y es exitoso. Ingresa a la unidad coronaria para continuar con vigilancia hemodinámica no invasiva, donde cursa sin complicaciones.

ESTUDIOS DE LABORATORIO (23/10/2018)

QUÍMICA SANGUÍNEA	FECHA 23/10/2018	VALOR NORMAL
ALBUMINA	4.51	3.5 - 4.8 MG/DL
AMINOTRANSFERASA	61	14 - 63 MG/DL
AMILASA	33	28 - 100 MG/DL
LIPASA	31.0	22 - 55 MG/DL
CREATININA	1.1	0.7 - 1.2 MG/DL
GLUCOSA	90	70 - 100 MG/DL

UREA	19.5	17.4 - 55.8 MG/DL
ÁCIDO ÚRICO	7.1	4.6 - 8.7 MG/DL
COLESTEROL TOTAL	350 *	50 - 200 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	347 *	50- 150 MG/DL
LIPOPROTEINA HDL	96*	41- 81 MG/DL
LIPOPROTEINA LDL	136*	100 - 130 MG/DL
BILIRRUBINA DIRECTA	0.43	0.1 - 0.59 MG/DL
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.22	0.1 - 0.23 MG/DL
SODIO	145*	136 - 144 MEQ/L
POTASIO	4.5	3.6 - 5.1 MEQ/L
MAGNESIO	2.3	1.8 - 2.5 MEQ/L
CALCIO	7.1	8.9 - 10.3 MEQ/L
TIEMPOS DE CUAGULACIÓN		
TIEMPOS DE PROTOMBINA	28.1*	10 - 14 SEG.
TIEMPO DE TROMBINA	25*	17 - 22 SEG.
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	38.4*	25 - 45 SEG.
TIEMPO DE COAGULACIÓN	18*	5 -15 MINUTOS
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
NEUTROFILOS%	2.4	1.80 - 7.70 10 ³ /UL
LINFOCITOS%	27	18 - 45 10 ³ /UL
LEUCOCITOS %	8.3	4.50 -11.00 10 ³ /UL
EUSINOFILOS%	1.1	1 - 4 10 ³ /UL
ERITROCITOS%	4.54	4.50 - 6.30 10 ³ /UL
HEMATOCRITO%	45.1	42 - 52 %
HEMOGLOBINA	15	14 - 18 G/DL
PLAQUETAS	244.00	150.00 - 450.00 X10(3)
GASOMETRÍA ARTERIAL		
PH	7.1*	7.35 – 7.45
PCO2	33.1*	35 – 45 MMHG
PO2	81	80 – 100 MMHG
HCO3	21.5*	22 – 26 MEQ/L

SAO2	93*	95 – 100 % SPO2
ENZIMAS CARDIACAS (Después de 4 horas post-infarto)		
MIOGLOBINA	110 *	0 - 85 NG/ML
CREATINA–QUINASA (CK-MB)	6.5*	0 - 5.5 NG/ML
TROPONINAS I, II (TNT,TNL)	0.7 *	0 - 00.4 NG/ML

ESTUDIOS DE LABORATORIO (24/10/2018)

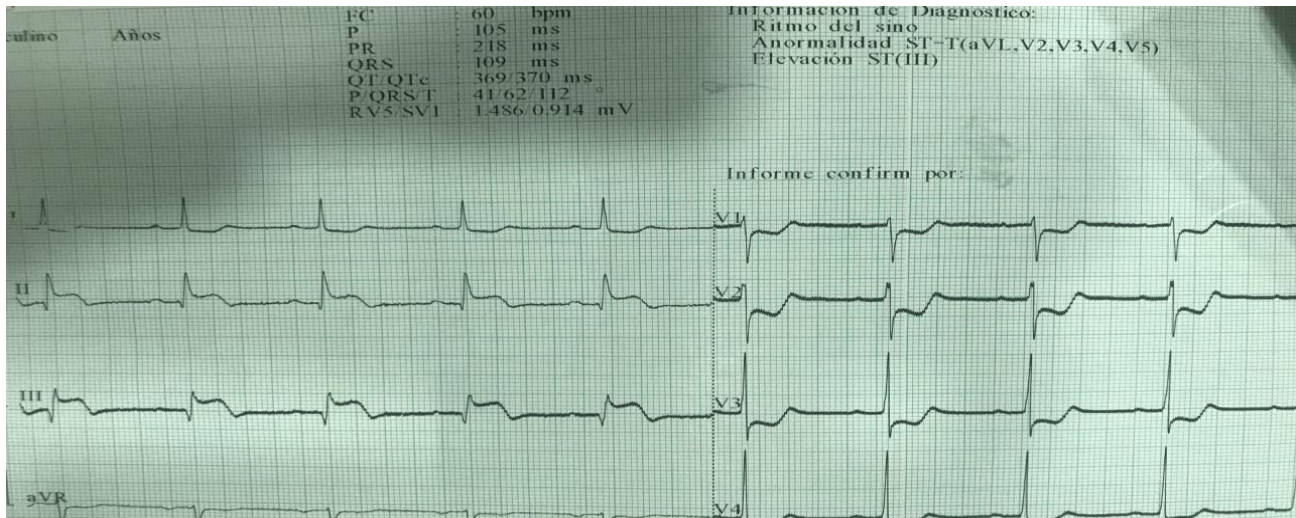
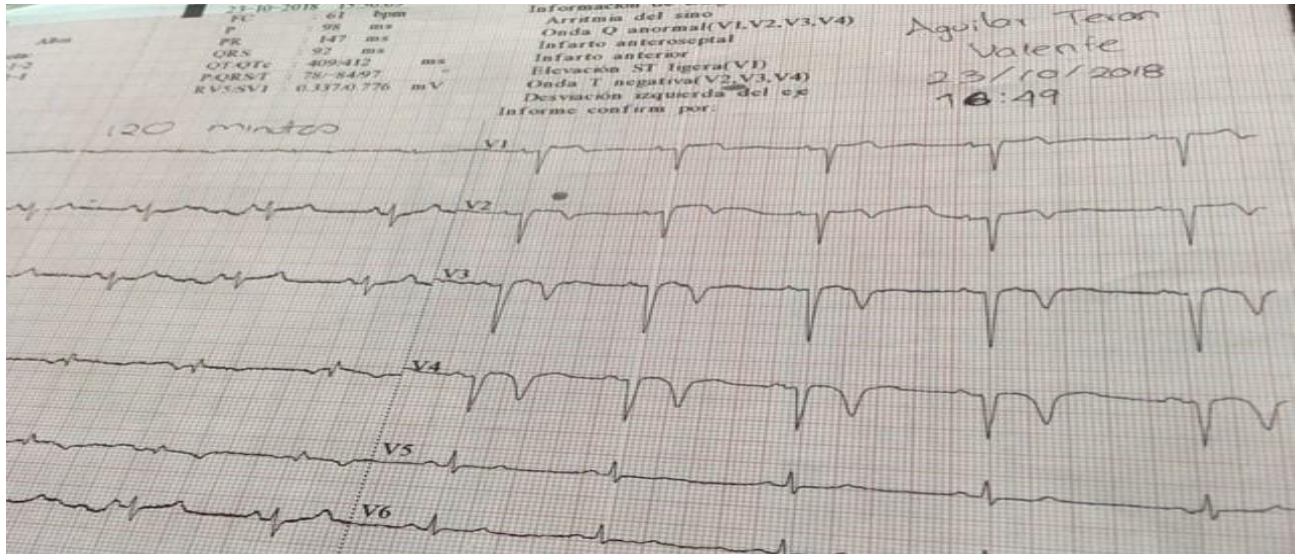
QUÍMICA SANGUÍNEA	FECHA 24/10/2018	VALOR NORMAL
ALBUMINA	4.51	3.5 - 4.8 MG/DL
AMINOTRANSFERASA	59	14 - 63 MG/DL
AMILASA	45	28 - 100 MG/DL
LIPASA	36.0	22 - 55 MG/DL
CREATININA	1.18	0.7 - 1.2 MG/DL
GLUCOSA	108	70 - 100 MG/DL
UREA	22.5	17.4 - 55.8 MG/DL
ÁCIDO ÚRICO	7.13	4.6 - 8.7 MG/DL
COLESTEROL TOTAL	207 *	50 - 200 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	227 *	50- 150 MG/DL
LIPOPROTEÍNA HDL	70	41- 81 MG/DL
LIPOPROTEÍNA LDL	127	100 - 130 MG/DL
BILIRRUBINA DIRECTA	0.53	0.1 - 0.59 MG/DL
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.27	0.1 - 0.23 MG/DL
SODIO	143.1	136 - 144 MEQ/L
POTASIO	4.7	3.6 - 5.1 MEQ/L
MAGNESIO	2.2	1.8 - 2.5 MEQ/L
CALCIO	8.6	8.9 - 10.3 MEQ/L
TIEMPOS DE COAGULACIÓN		

TIEMPOS DE PROTROMBINA	16*	10 - 14 SEG.
TIEMPO DE TROMBINA	23*	17 - 22 SEG.
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	46.4*	25 - 45 SEG.
TIEMPO DE COAGULACIÓN	19*	5 -15 MINUTOS
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
NEUTRÓFILOS%	2.9	1.80 - 7.70 10 ³ /UL
LINFOCITOS%	29	18 - 45 10 ³ /UL
LEUCOCITOS	9.5	4.50 -11.00 10 ³ /UL
EUSINOFILOS%	1.2	1 - 4 10 ³ /UL
ERITROCITOS%	4.59	4.50 - 6.30 10 ³ /UL
HEMATOCRITO%	47.1	42 - 52 10 ³ /UL
HEMOGLOBINA	16	14- 18 G/DL
PLAQUETAS	289.00	150.00 - 450.00 X10 (3)
GASOMETRÍA ARTERIAL		
PH	7.43	7.35 – 7.45
PCO2	37.1	35 – 45 MMHG
PO2	90	80 – 100 MMHG
HCO3	23.5	22 – 26 MEQ/L
SAO2	93*	95 – 100 % SPO2
ENZIMAS CARDIACAS (Después de 12 horas post - infarto)		
MIOGLOBINA	130 *	0 - 85 NG/ML
CREATINA–QUINASA (CK-MB)	8.5*	0 - 5.5 NG/ML
TROPONINA I, II (TNT,TNL)	0.9 *	0 - 00.4 NG/ML

ELECTROCARDIOGRAMA

IMAGEN 1. Electrocardiograma 23/10/2018

12 derivaciones, con frecuencia 61 lpm. Con desnivel de las ondas T a nivel anteroséptal.



ECOCARDIOGRAMA

Ecocardiograma: (23/10/2018)

Nota clínica: cardiopatía isquémica, infarto del miocardio anteroséptal y anterior distal.

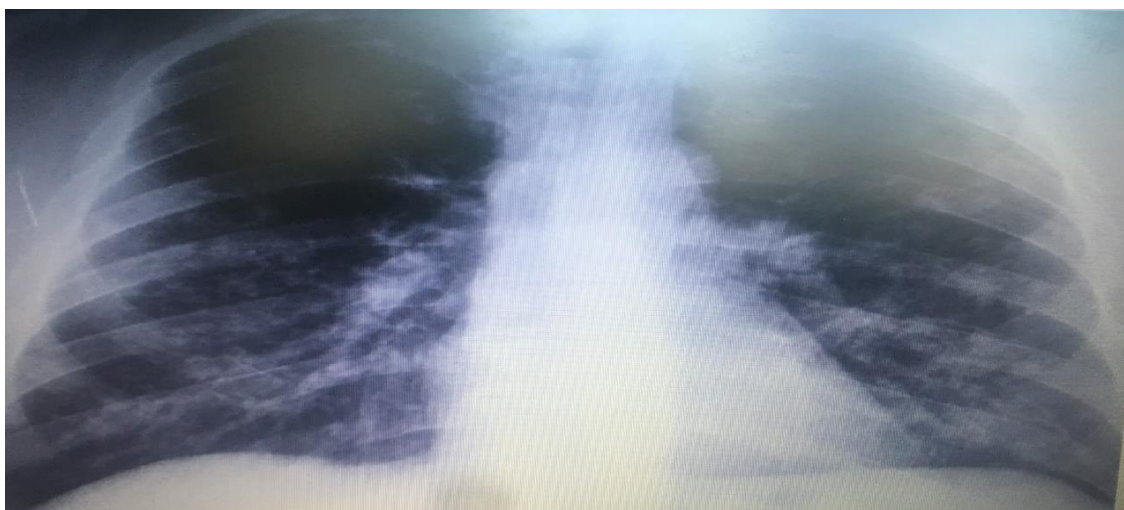
Ventrículo izquierdo: con leve disfunción sistólica.

Ventrículo derecho: tamaño normal, función sistólica conservada.

CATETERISMO CARDIACO (23/10/2018) 20:30 horas. Enfermedad coronaria descendente anterior, con técnica de STENT.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

IMAGEN 2. Radiografía de tórax 23/10/2018. Se observa opacidad apical en ambos pulmones. No se observan depósitos de calcio.



6.2 DIAGNÓSTICO.

GRADO DE DEPENDENCIA (ANÁLISIS)

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FUENTE DE DIFICULTAD GRADO DE DEPENDENCIA NIVEL DE ATENCIÓN
Oxigenación	*Disnea *Frecuencia cardíaca. 58 Lpm. *Arritmia (ECG) *Presión arterial (150/90 MM/HG). *Taquipnea (29 RPM). *Gasometría arterial (PH: 7.1, PCO2: 33.1 MM/HG, PO2: 81 MM/HG, HCO2: 21.5 MEQ/L, SAO2: 93% SPO2)	*Hábitos de tabaquismo a 15 cigarrillos diarios	* Disminución del gasto cardíaco (00029) * Deterioro del intercambio de gases (00030) *Patrón respiratorio ineficaz (00032)	FD: Fuerza y conocimiento. GD: Total NA: Orientación
Nutrición e hidratación	*Química sanguínea anormal (Colesterol total: 350 MG/DL, Triglicéridos: 347 MG/DL, Lipoproteína HDL: 96 MG/DL, Lipoproteína LDL: 136 MG/DL, Sodio: 145 MEQ/L)	*Estilo de vida no saludable	*Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (000162)	FD: falta de conocimiento y voluntad. GD: parcial. NA: orientación.

Eliminación			*Reposo absoluto	*Riesgo de estreñimiento (00015)	FD: fuerza y conocimiento GD: parcial NA:
Moverse y mantener una posición adecuada		*Dolor opresivo escala EVA 8/10.	*Reposo absoluto *Disnea de medianos esfuerzos *Cambios electrocardiográficos	* Intolerancia a la actividad (00092)	FD: falta de fuerza GD: total NA: orientación
Sueño y descanso		*Dolor opresivo escala EVA 8/10	*Ansiedad *Fatiga *Dolor *Diaforesis	* Fatiga (00093) *Deprivación de sueño (00096) *Dolor agudo (00132)	FD: falta de fuerza. GD: parcial. NA: orientación.
Vestir adecuadamente				No alterada	Independiente
Termorregulación				No alterada	Independiente
Higiene corporal				No alterada	Independiente:

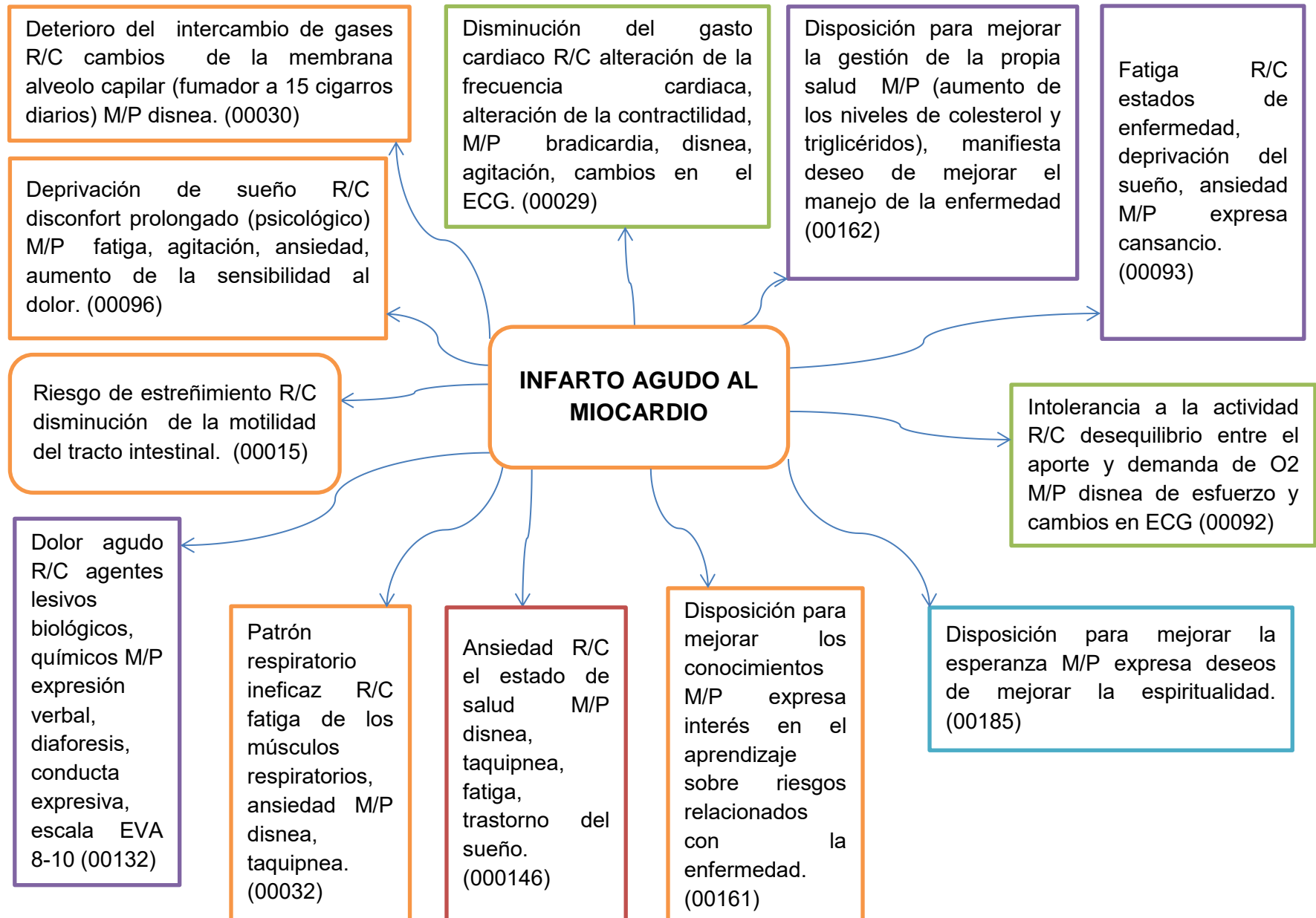
Evitar los peligros del entorno	*Dolor opresivo, escala EVA 8/10 * Química sanguínea anormal (Colesterol total: 350 MG/DL, Triglicéridos: 347 MG/DL, Lipoproteína HDL: 96 MG/DL, Lipoproteína LDL:136 MG/DL,Sodio:145 MEQ/L	*Ansiedad *Hiperactividad *Consumo de tabaco a razón de 10-15 cigarros al día	*Dolor agudo (00132) *Ansiedad (00146) * Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (000162)	FD: fuerza y conocimiento. GD: total. NA: ayuda y Orientación
Comunicación			No alterada	Independiente
Vivir según sus valores y creencias		*Ansiedad *Riesgos vasculares *Arritmias post-infarto	*Disposición para mejorar la esperanza (00185)	FD: fuerza y conocimiento GD: total NA: ayuda y orientación
Trabajar y sentirse realizado	*Cambios electrocardiográficos *Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.		* Intolerancia a la actividad (00092)	FD: fuerza y conocimiento GD: parcial NA: ayuda y orientación

Participar en actividades recreativas				Independiente
Aprendizaje		*Falta de conocimientos sobre los riesgos relacionados con la enfermedad	*Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	FD: fuerza y conocimiento GD: total NA: ayuda y orientación

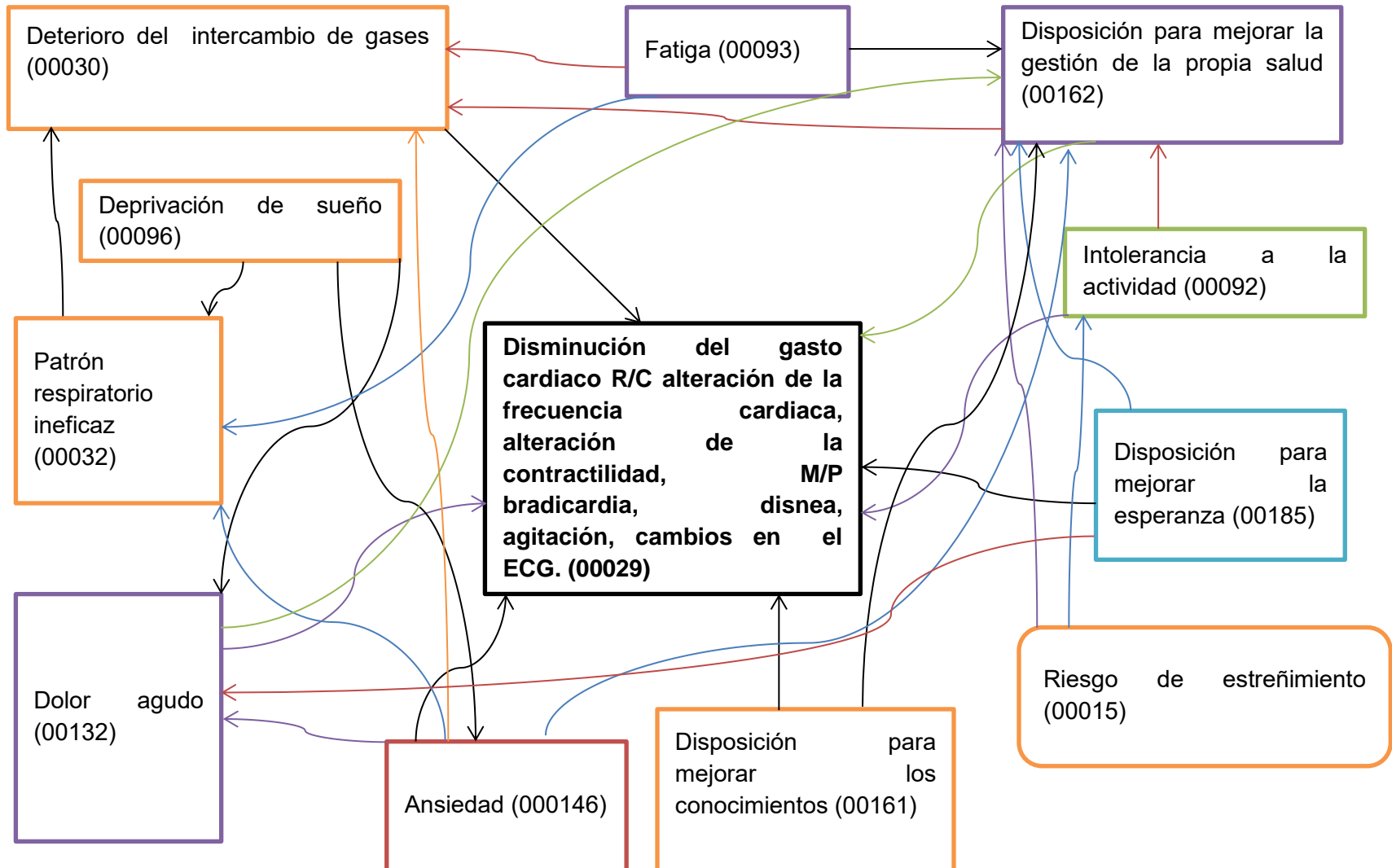
NECESIDADES ALTERADAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

- Oxigenación
- Nutrición e hidratación
- Eliminación
- Descanso y sueño
- Evitar peligros
- Moverse y mantener una postura adecuada
- Vivir según sus valores y creencias
- Trabajar y sentirse realizado
- Aprendizaje

6.3 PLANEACIÓN



RED DE RAZONAMIENTO



DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES PARA EL PLAN DE CUIDADOS PRIORIZADOS

1. Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la frecuencia cardiaca, alteración de la contractilidad M/P bradicardia, disnea, agitación, cambios en el ECG. (00029).
2. Deterioro del intercambio de gases R/C cambios de la membrana alveolo capilar M/P disnea. (00030).
3. Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios, ansiedad M/P disnea, taquipnea. (00032).
4. Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos, químicos, M/P expresión verbal, diaforesis, conducta expresiva, escala EVA 8-10. (00132).
5. Ansiedad R/C el estado de salud M/P disnea, taquipnea, fatiga, trastorno del sueño. (000146).
6. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos, manifiesta deseo de manejar la enfermedad (tratamiento, prevención de secuelas). (00162).

6.4 PLANEACIÓN/EJECUCIÓN/EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA	
				Mantener En:	Aumentar A:
Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la frecuencia cardíaca, alteración de la contractilidad, M/P bradicardia, disnea, agitación, cambios en el ECG. (00029). Dominio: 4 Clase: 4 Definición: la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo. D=VS X FC	Estado cardiopulmonar. (0414)	Saturación de oxígeno (041412)	1. Disminución grave del rango normal.	4	5
	Definición: adecuación del volumen sanguíneo expulsado de los ventrículos e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.	Ritmo cardíaco (041405)	2. Desviación sustancial del rango normal.	4	5
		Presión arterial diastólica (041404)	3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.	4	5

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Cuidados cardiacos agudos		
DEFINICIÓN	Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte de la demanda de oxígeno miocárdico derivado de deterioro de la función cardiaca.		
CAMPO 2	Fisiológico complejo	CLASE N	Control de la perfusión cardiaca
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca		(E) El control de la frecuencia cardiaca es importante para reducir la demanda miocárdica de oxígeno.	
Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles PaO ₂) hemoglobina y gasto cardiaco.		(E) Sigue siendo controvertido si es conveniente administrar oxígeno sistemáticamente a los pacientes con insuficiencia cardiaca o disnea.	
Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos.		(E) Normalmente se requiere el uso de inotrópicos/ vasopresores IV para mantener una PAS > 90 mm Hg, un gasto cardiaco adecuado y perfusión renal.	
Administrar medicamentos que alivien el dolor y la isquemia.		(E) En la fase aguda y estable, los nitratos siguen siendo valiosos para el control de los síntomas anginosos.	
Seleccionar la mejor derivación de ECG para monitorización continua.		(R) La toma de ECG en cada episodio de dolor referido.	
Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio, magnesio en suero).		(E) Puede ser útil la ultrafiltración para reducir la sobrecarga de fluidos refractaria los diuréticos, sobre todo en a pacientes con hiponatremia.	

<p>Evitar la formación de trombos periféricos (cambio de posición cada 2 horas y administración de anticoagulantes en bajas dosis).</p>	<p>(E) El uso de anticoagulantes se debe considerar hasta la revascularización (si se realiza) o durante el ingreso hospitalario hasta 8 días.</p>
---	--

EVALUACIÓN
<p>Día 23/10/2018 Ingreso sala de shock: 14:00 horas. Mediante las actividades e intervenciones planificadas, se logró el objetivo de estabilizar y monitorizar hemodinámicamente al paciente. Día 23/10/2018 a las 20:30 horas, se realiza cateterismo cardiaco invasivo con técnica de STEND. Posterior al procedimiento se continúan los cuidados cardiacos plasmados y resultan exitosos. Pasando al servicio de cardiología para continuar con la vigilancia hemodinámica no invasiva.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA	
				Mantener En:	Aumentar A:
<p>Deterioro del intercambio de gases R/C cambios de la membrana alveolo capilar M/P disnea. (00030).</p> <p>Dominio: 3</p> <p>Clase: 4</p> <p>Definición: exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p>	<p>Estado respiratorio (0415)</p> <p>Definición: movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p>	<p>Frecuencia respiratoria (041501)</p>	<p>1. Disminución grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	4	5
		<p>Disnea de pequeños esfuerzos (041515)</p>		4	5
	<p>Saturación de oxígeno (041508)</p>	4		5	
	<p>Diaforesis (041518)</p>	4		5	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Oxigenoterapia		
DEFINICIÓN	Administración de oxígeno y control de la eficacia		
CAMPO 2	Fisiológico complejo	CLASE K	Control respiratorio
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Administrar oxígeno suplementario según órdenes.		(E) Sigue siendo controvertido si es conveniente administrar oxígeno sistemáticamente a los pacientes con insuficiencia cardiaca o disnea.	
Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).		(R) La monitorización de factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles de PaO ₂ hemoglobina y gasto cardiaco).	
Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.		(E) Los signos más graves incluyen la pérdida de conocimiento debido a una inadecuada perfusión tisular y shock cardiogénico e incluso muerte súbita, por lo general por razón de una fibrilación ventricular.	
Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.		La disnea ocurre cuando la necrosis miocárdica y el tejido aturdido ocasionan incremento en las presiones y reducen el gasto cardiaco del ventrículo izquierdo.	

EVALUACIÓN

Día 23/10/2018 Ingreso sala se shock: 14:00 horas.

Se observa el patrón cardiorrespiratorio comprometido al inicio, se establecieron las medidas de código infarto, se actuó de inmediato con las actividades e intervenciones de enfermería, ministrando oxígeno en primera estancia con cánulas nasales a 4 lpm, y posición semifowler, teniendo control exitoso de la monitorización respiratoria.

Día 23/10/2018 14:50 horas.

El paciente se mantiene en observación. Se estabiliza, los parámetros de la frecuencia respiratoria de 29 rpm a 22 rpm, con ayuda de las cánulas nasales, fue requerida la mascarilla ventury para aumentar la SaO2 de 93% a 95% SPO2 pero no se logró, se decide considerar los antecedentes patológicos del paciente, tabaquismo positivo a razón de 10-15 cigarrillos por día.

Es monitorizado con oxímetro, el cual es permanece, mostrando SaO2 93% SPO2.

La toma de resultado de gasometrías arteriales indica SaO2 93% SPO2, se llega a una conclusión, el paciente no mantiene una adecuada saturación de oxígeno en sangre.

La diaforesis y ansiedad es disminuida con la aportación de oxígeno.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA	
				Mantener En:	Aumentar A:
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios, ansiedad M/P disnea, taquipnea. (00032).</p> <p>Dominio: 4</p> <p>Clase: 4</p> <p>Definición: la inspiración o aspiración no proporciona una ventilación adecuada.</p>	Estado respiratorio: ventilación (0403)	Profundidad de la respiración (040303)	1. Disminución grave del rango normal.	4	5
	Definición: movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.	Ritmo respiratorio (040302)	2. Desviación sustancial del rango normal.	4	5
		Utilización de músculos accesorios (040309)	3. Desviación moderada del rango normal.	4	5
			4. Desviación leve del rango normal.		
			5. Sin desviación del rango normal.		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Monitorización respiratoria		
DEFINICIÓN	Estimulación de un esquema respiratorio espontaneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.		
CAMPO 2	Fisiológico complejo	CLASE K	Control respiratorio
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/ perfusión.		(E) Monitorización no invasiva de la saturación de oxígeno a la hora de decidir la necesidad de administrar oxígeno o asistencia respiratoria.	
Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial SaO ₂ , CO ₂ .		(E) Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno; niveles de SaO ₂ , CO ₂ , PaO ₂ .	
Enseñar técnicas de respiración.		(E) Fomentar la respiración lenta y profunda que fortalezca los músculos respiratorios y ayude a mejorar la ventilación.	
EVALUACIÓN			
Se restauró la relajación de los músculos accesorios al utilizar las técnicas de respiración, se vigiló la frecuencia, ritmo y profundidad y esfuerzo respiratorio. Mediante los cuidados de enfermería, se observó la mejora de la fatiga de los músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. Se observaron los cambios positivos de valores de gases en sangre arterial.			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA	
				Mantener En:	Aumentar A:
<p>Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos, químicos, M/P expresión verbal, diaforesis, conducta expresiva, Escala EVA 8-10. (00132)</p> <p>Dominio: 12</p> <p>Clase: 1</p> <p>Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</p>	<p>Conocimiento: manejo del dolor (1843)</p>	<p>Causas y factores que contribuyen al dolor (184301)</p>	<p>1. Disminución grave del rango normal.</p>	4	5
	<p>Definición: grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor.</p>		<p>Régimen de medicación prescrita (184305)</p> <p>Estrategias para controlar el dolor (184303)</p>	<p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p>	4
		<p>3. Desviación moderada del rango normal.</p>		4	5
		<p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>		4	5

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Manejo del dolor		
DEFINICIÓN	Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.		
CAMPO 2	Fisiológico complejo	CLASE E	Fomento de la comodidad física
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.		(E) El dolor torácico repentino es el síntoma más frecuente de un infarto, es por lo general prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse o prolongarse a los brazos y hombros sobre todo el izquierdo, la espalda, cuello incluso los dientes y mandíbula.	
Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.		(E) La medición del dolor agudo, sobre todo en el ámbito clínico se conduce mediante la escala visual análoga EVA, que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo, permitiendo expresar la severidad de su dolor y posibilitando obtener un valor numérico del mismo.	
Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.		(E) Los analgésicos más utilizados en este contexto son los opiáceos intravenosos.	
Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.		(E) El alivio del dolor es de extrema importancia, no solo por razones humanitarias sino también porque el dolor se asocia a la activación simpática que causa vasoconstricción y aumenta el trabajo cardíaco.	

EVALUACIÓN

El manejo del dolor fue monitorizado a través de una escala análoga EVA, se implementaron las actividades e intervenciones durante el dolor opresivo, por lo tanto en función de las características del dolor agudo, se proporcionó medidas no farmacológicas y farmacológicas (analgésicos de acción prolongada) por vía intravenosa.

Se evaluó el dolor y se obtuvo un alivio que; permitió al paciente disminuir la ansiedad, y un mejor descanso.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA		
				Mantener En:	Aumentar A:	
<p>Ansiedad R/C el estado de salud M/P disnea, taquipnea, fatiga, trastorno del sueño. (000146).</p> <p>Dominio: 9</p> <p>Clase: 2</p> <p>Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p>	<p>Nivel de ansiedad (1211)</p> <p>Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.</p>	<p>Inquietud (121105)</p>	<p>1. Disminución grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p>	4	5	
		<p>Ansiedad verbalizada (121117)</p>		<p>3. Desviación moderada del rango normal.</p>	4	5
			<p>Trastorno del sueño (121129)</p>	<p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	4	5

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Disminución de la ansiedad		
DEFINICIÓN	Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.		
CAMPO 3	Conductual	CLASE T	Fomento de la comodidad psicológica
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.		(E) La ansiedad es una respuesta natural al dolor y las circunstancias que envuelven a un ataque cardiaco.	
Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.		(E) Es fundamental dar seguridad a los pacientes y a las personas que se encuentran próximas.	
Instruir al paciente sobre el uso de las técnicas de relajación.		(E) El uso de técnicas de relajación crea un ambiente satisfactorio para el paciente.	

EVALUACIÓN
<p>Al utilizar un enfoque sereno de seguridad, se establecieron claramente las expectativas del comportamiento del paciente, se disminuyó la ansiedad al proporcionar técnicas de relajación antes de llegar a considerar la medicación ansiolítica, que por ello no fue necesario, sin embargo mejoró el descanso y patrón del sueño.</p> <p>De tal forma que se tomó en cuenta las medidas de control del dolor y manejo de la oxigenación, como resultado un conjunto de cuidados entrelazados entre sí para reducir el estrés del paciente.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN RANGO (1-5)	PUNTACIÓN DIANA	
				Mantener En:	Aumentar A:
<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P (aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos), manifiesta deseo de manejar la enfermedad. (00162)</p> <p>Dominio: 1</p> <p>Clase: 2</p> <p>Definición: patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzado.</p>	<p>Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca (1830)</p> <p>Concepto: grado de la comprensión transmitida sobre la enfermedad cardiaca, su tratamiento y la prevención de complicaciones.</p>	Estrategias para seguir la dieta (183011)	<p>1. Disminución grave del rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial del rango normal.</p> <p>3. Desviación moderada del rango normal.</p> <p>4. Desviación leve del rango normal.</p> <p>5. Sin desviación del rango normal.</p>	4	5
		Fundamento para seguir una dieta baja en grasas y baja en colesterol (183010)		4	5
		Importancia en abstinencia de tabaco (183015)		4	5
		Estrategias para controlar factores de riesgo (183005)		4	5
				4	5

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Asesoramiento nutricional		
DEFINICIÓN	Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.		
CAMPO 2	Fisiológico básico	CLASE D	Apoyo nutricional
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.		(E) Los hábitos dietéticos influyen en el riesgo cardiovascular.	
Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: reducción de colesterol, restricción de sodio , restricción de líquidos etc.		(E) Una dieta saludable es la piedra angular en la prevención de enfermedades cardiovasculares.	
Discutir las necesidades nutricionales y la percepción de la dieta prescrita/recomendada.		(E) Una dieta saludable también reduce el riesgo de otras enfermedades crónicas como el cáncer.	
Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.		(R) 1. Ingerir una gran variedad de alimentos. 2. Ajustar el aporte calórico para prevenir la obesidad. 3. Aumentar el consumo de frutas y verduras así como cereales integrales y pan, pescado, y productos lácteos bajos en grasa. 4. Reducir el consumo de sal.	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Educación sanitaria		
DEFINICIÓN	Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias grupos o comunidades.		
CAMPO 3	Conductual	CLASE S	Educación de los pacientes
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Implicar a paciente la modificación de conductas de estilo de vida o respecto a la salud.		(E) Algunas intervenciones clave sobre el estilo de vida son: el abandono del hábito tabáquico, el control estricto de la presión arterial, los consejos sobre la dieta, sobre el control del peso corporal y la práctica de actividad física.	
Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilo de vida saludable.		(E) El estilo de vida no es fácil de cambiar y la puesta en práctica y seguimiento de estos cambios se deben llevar a cabo a largo plazo.	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
NIC	Ayuda para deaja de fumar		
DEFINICIÓN	Ayudar a un paciente para que deje de fumar		
CAMPO 3	Conductual	CLASE O	Terapia conductual
ACTIVIDADES		EVIDENCIA CIENTÍFICA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IAM)	
Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.		(E) El fumar es un factor de riesgo independientemente para enfermedades cardiovasculares.	
Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.		(E) Los pacientes con síndrome coronario agudo que son fumadores tienen el doble de probabilidad de desarrollar un infarto que los no fumadores.	
Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar.		(R) Los fumadores activos con infarto deben recibir asesoramiento y derivarse a un programa para dejar de fumar.	

EVALUACIÓN

24 /10/2018 al 30 /10/2018 Cama: 812 Servicio: cardiología

En relación al reposo absoluto, se monitoriza con vigilancia hemodinámica no invasiva, presión arterial y frecuencia cardíaca, cursando con parámetros normales.

Durante la estancia del paciente en el servicio, se educa sobre las medidas de prevención post-infarto, implementando estrategias a seguir en relación a cambios de hábitos y estilo de vida saludable como; dieta de forma estricta, evitar el consumo de tabaco, plan de ejercicios livianos, restricción de actividades que comprometan un esfuerzo mayor al prescrito.

Se asesora de forma estricta al paciente, teniendo en cuenta la motivación de querer cambiar su estilo de vida en casa.

Se evaluó al paciente del conocimiento de la información proporcionada y se planificó un seguimiento a largo plazo para reforzar la conducta saludable.

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA					
Nombre del Paciente: A. T. V.			Sexo: masculino	Edad: 56 Años	
Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:	Motivo: recuperación			
23/10/2018	03/11/2018				
Diagnóstico médico de egreso: síndrome coronario agudo/IAM/ Post-Cateterismo cardiaco/Colocación de STENT.					
CUIDADOS ESPECIALES					
Alimentación	Dieta saludable, variada y equilibrada, ingerir los cuatro niveles de la alimentación: proteínas, carbohidratos, lácteos, hortalizas, frutas, granos (arroz, frijol, etc), cereales, harinas, tubérculos y pastas. Evitar el consumo de dietas con alto contenido de grasas y colesterol. Evitar el consumo de refresco y alcohol. Restringido el consumo de sal en las dietas.				
Ejercicio físico	Ejercicio físico de intensidad moderada, caminar 30 minutos diarios en la semana.				
Recomendaciones y cuidados secundarios	Abandono total del tabaco Mantener el peso conforme a la talla. (IMC) 24.61 rango normal. Laboratorios de cada mes: control del colesterol y triglicéridos.				
MEDICAMENTOS INDICADOS					
Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Días de tratamiento
Clopidrogel	tableta	75 mg	oral	12 am	C/24 por 1 año
Atorvastatina	tableta	20 mg	oral	22 pm	C/24 por 1 año
Acido-acetilsalicílico	tableta	150 mg	oral	22 pm	C/24 por 1 año
Metoprolol .	tableta	25 mg	oral	8 am	C/24 por 1 año
Enalapril	tableta	5 mg	oral	8 am	C/24 por 1 año
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA					
Signos y síntomas			Acciones recomendadas ante la evidencia de signos y síntomas de alarma		
-Dolor que oprime el pecho -Dificultad respiratoria -Dolor que irradia en brazo izquierdo y cuello. - Zumbido de oídos, mareo, vómito y ansiedad.			Consultar a urgencias de su unidad médica		
Dolor en la actividad física o reposo			Consultar a urgencias de su unidad médica.		

VII CONCLUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos en base a los objetivos, llegué a concluir que realizar un Proceso Enfermero eleva los conocimientos y habilidades de forma sistematizada en la gestión de los cuidados enfermeros proporcionados. Así mismo aprendí a fomentar el autocuidado con un enfoque global del riesgo cardiovascular y con una visión holística (esferas biológica, social y psicológica), abarcando los objetivos prioritarios de la atención primaria, que sigue siendo nuestra labor hoy en día, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona y el pronóstico de la enfermedad.

Respecto a la patología comprendí que tan importante es para los profesionales de la salud en todos los niveles de atención, la trascendencia de la promoción de salud, así como los cambios de estilo de vida saludable, que se fomente y se prevenga los problemas cardiovasculares que hoy en día es una de las primeras causas de muerte en el mundo.(OMS,2011)

Por otro lado he reforzado mi aprendizaje significativo, con mi compromiso profesional en la forma de satisfacer mi vocación " La Enfermería".

VIII SUGERENCIAS

Es importante recomendar a las unidades de salud y derechohabientes, así como a los estudiantes que se integran a la práctica clínica, para el manejo correcto del Proceso Atención Enfermería, que es una herramienta indispensable para el profesional de la salud que se encarga de llevar a cabo el método científico, se sugiere el inicio de procesos y elaboración de protocolos de atención fortalecidos con las herramientas actuales que contamos en enfermería para enfrentar estos problemas muy frecuentes en las instituciones de salud.

Sugiero el uso de las Guías de práctica clínica, que es una forma homogénea de obtener evidencias y recomendaciones científicas que van conforme a las intervenciones de enfermería, con calidad, segura y libre de riesgos basados en la literatura actual, de manera oportuna y eficaz, que permite reducir los reingresos hospitalarios y la optimización de los recursos institucionales. Propongo que es una guía de acción válida y efectiva que permite al profesional de enfermería dar continuidad a la planificación de sus intervenciones, favoreciendo el uso de un lenguaje común entre los profesionales y asegurando la calidad de la atención y seguridad del paciente.

IX BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). Catálogo del Maestro. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del Segmento ST en el Adulto Mayor.
- 2.- Hernández, M. A. (2014). Fundamentos de enfermería. "Introducción a la enfermería general" México; Trillas p.29.
- 3.-. Joelle C. Brigitte R. (2005). El plan de cuidados estandarizado." Un soporte del diagnóstico enfermero" España; Masson. p.5.
- 4.-Gómez, D. (2015). Enfermería "Conceptos Generales" Colombia; Eduforma. P.132.
- 5.-Martínez, M. M.L, Y Rebollo. E.C (2017). Historia de la enfermería "Etapa profesional del cuidado".3ra Edición. España; Elsevier. P. 129.
- 6.-Martínez, M. M.L, Y Rebollo. E.C (2011). Historia de la enfermería "Etapa vocacional del cuidado".2ra Edición. España; Elsevier. P. 67-96.
- 7.-Cárdenas, M. (2011). El objeto de estudio y los núcleos básicos disciplinares (manuscrito no publicado) México –Eneo-SUA
- 8.-Cárdenas, M. (2011). Paradigmas en Enfermería; Kérouac, Duran, Meleis, Medina (Manuscrito no publicado).México: UNAM-Eneo-SUA
- 9.-Sandoval, L. García, M, A. y López, C, M. (2011). Teorías de carácter histórico (Manuscrito no publicado).Mexico:UNAM/Eneo/SUA.
- 10.-Téllez Ortiz S.E (2009). Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería (Antología).2da Edición; UNAM .México. p.195.
- 11.-P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. (1997). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición.Madrid; Mc Graw -Hill. p.11.
- 12.-Jiménez de Esquenazi,T, y . Gutiérrez De Reales,E.(1997). El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería.Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá.p.17
- 13.-Luckmann, J. (2000).Saunders, Cuidados de enfermería.vol.1. México; McGRAW-HILL.p.4-5.

14.-Kozier, B. Erb y Olivieri. (1993). Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. Cuarta edición. Tomo 1. Madrid; McGRAW-HILL. p. 226.

15.-Carpenito, L. J. (1995). Diagnóstico de Enfermería, Quinta Edición. España; McGRAW-HILL. p. 219.

16.-Moorhead, S. Johnson, M. Swanson, E. y Meridiam, L. (2013). Clasificación de resultados de enfermería. (NOC). Quinta edición. España; Elsevier. p. 2-20.

17.-Bulechek, G. Butcher, H. Wagner, C. y Dochterman, J. (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición. España; Elsevier. p. 2-29.

18.-Dr. Leiva, J. (2003). Manual de urgencias cardiovasculares. 2ª edición. México; McGraw - Hill. P 156.

19.-Ferreira, G. I. (2014). Cardiología: epidemiología de la enfermedad coronaria. México; Pearson. P. 139-44.

20.-Heather, H. Ph D, RN, FNI, y Shigemi, K, Ph D. (2018). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación (2018- 2020). España; Elsevier.

21.-OPIE, Harrinson, (2002). Fármacos en cardiología. 5ta edición. México; McGraw-Hill interamericana. P. 134- 145.

22.-Vargas, B. (2014). Tratado de cardiología. Volumen (74). México; Pearson. P 159.

23.-Dres, R. Dighero, H. Florenzano, F. Yovanovic, J. (2006). Pautas de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCA SEST). P339-349.

24.- Sánchez Quintana, D., y S. Yen Ho. (2003). «Anatomía de los nodos cardíacos y del sistema de conducción específico auriculo-ventricular». Revista Española de Cardiología 56. P.1085-1092.

WEB GRAFIAS

1.- Díaz, M, G. (2013). Filosofía de la ciencia del cuidado. Revista iberoamericana de las ciencias de la salud. 2 (3). P.8. Disponible en: <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/348/1/Filosofia%20de%20la%20ciencia%20del%20cuidado.pdf>

2.- Cárdenas, M. (1999). Algunas consideraciones sobre la epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. P.2. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991r.pdf>

3.- Vélez, L. (2015). Marco epistemológico de enfermería, Paradigma y Metaparadigma. Artículo pdf. P.11. Disponible en: https://www.academia.edu/18544751/PARADIGMAS_Y_META_PARADIGMAS

13.-Cisneros G, F. (2002).Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Artículo PDF. Consultado 18 de mayo 2019. P.3-4. En: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

5.- Modelos y Teorías de Enfermería. Oposiciones de Enfermería. Manual CTO.PDF. Consultado 27 mayo 2019. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO,%20Volúmen%201/9788417470050>

6.- Aguilera, M. Filosofías en Enfermería. Documento PDF. Consultado 21 de mayo 2019. Disponible en: https://www.academia.edu/7082067/FILOSOFIAS_EN_ENFERMERIA

7.- Aragoncillo Ballesteros. P. Anatomía del corazón. Artículo PDF. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap2.pdf

8.- Propedéutica clínica y semiología médica, anatomía y fisiología clínicas del sistema cardiovascular .tomo 1. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap10.pdf>

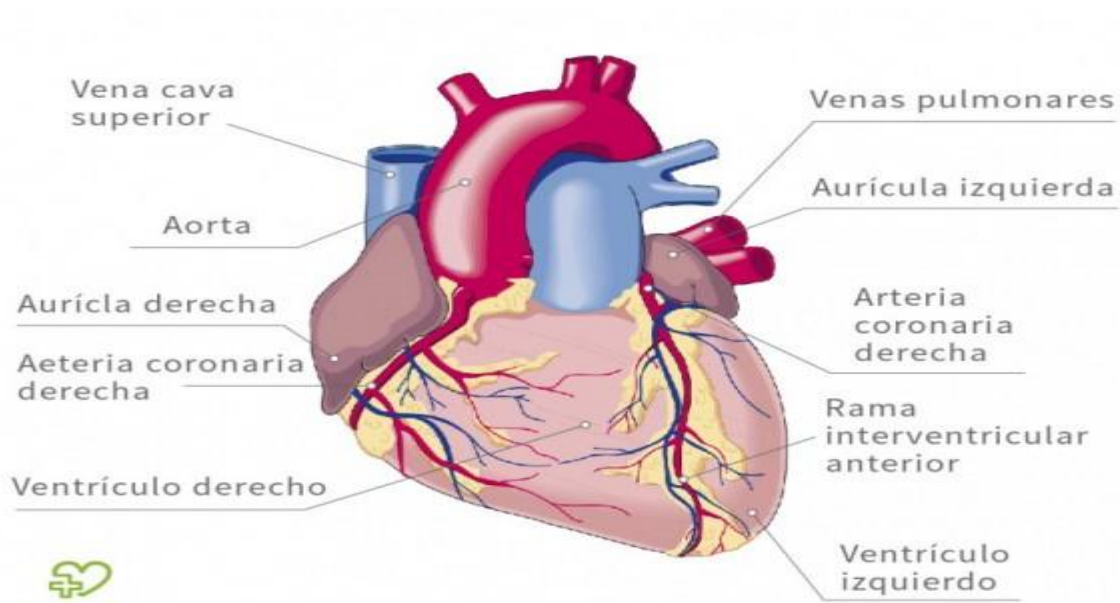
X ANEXOS

CORAZÓN (ANATOMÍA)⁵³

El corazón (del latín *cor*), es el órgano principal del aparato circulatorio. Es un órgano muscular hueco con cuatro cavidades, funciona como una bomba que impulsa la sangre a través de las arterias para distribuirla por todo el cuerpo. El corazón humano tiene el tamaño de un puño, pesa entre 250 y 300 gramos en mujeres y entre 300 y 350 gramos en hombres, lo que equivale al 0,40 % del peso corporal.

Localización

Está situado en el interior del tórax, por encima del diafragma, en la región denominada mediastino.



Pared

La pared del corazón está formada por tres capas:

- Una capa externa, denominada epicardio, que corresponde a la capa visceral del pericardio seroso.
- Una capa intermedia, llamada miocardio, formada por tejido muscular cardíaco.

⁵³Aragoncillo Ballesteros. P. Anatomía del corazón. artículo PDF. Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap2.pdf

- Una capa interna, denominada endocardio, la cual recubre el interior del corazón y las válvulas cardíacas y se continúa con el endotelio de los grandes vasos torácicos que llegan al corazón o nacen de él.

Aurículas y ventrículos

Las aurículas tienen las paredes finas y están constituidas, de fuera hacia dentro, por el pericardio, la hoja interna o miocardio y una capa muy fina o endocardio. Esta última reviste toda la superficie interna del corazón, incluidas las válvulas, y está formada por una capa de células endoteliales, semejantes a las de los vasos sanguíneos, y fibras de colágeno y elásticas. La estructura de los ventrículos es semejante. La diferencia estriba en el grosor de la capa muscular. Mientras que el ventrículo derecho tiene un espesor de 3-4 mm, el izquierdo alcanza aproximadamente los 10 mm. Esta diferencia se debe a que, al expulsar la sangre durante la sístole, el ventrículo izquierdo se encuentra con una resistencia mayor: la presión arterial.

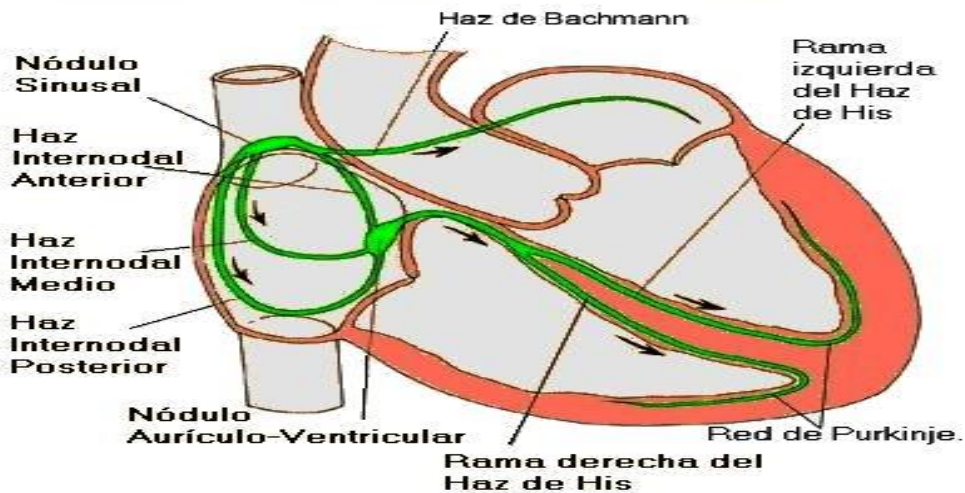
Las válvulas

Situadas en los orificios que comunican las aurículas y los ventrículos, llamadas tricúspide y mitral, tienen una morfología diferente de las válvulas que se encuentran entre los ventrículos y las arterias pulmonares y aorta, es decir, las válvulas pulmonar y aórtica. Todas tienen la misma función: se abren y dejan pasar la sangre, para después cerrarse e impedir que la sangre retroceda.

Las válvulas pulmonar y aórtica poseen una morfología diferente de las anteriores. Constan también de una zona de unión con el orificio situado, en este caso, entre el ventrículo y la arteria pulmonar o la arteria aorta, respectivamente.

Sistema de conducción cardíaco⁵⁴

Sistema Éxito-Conductor del Corazón

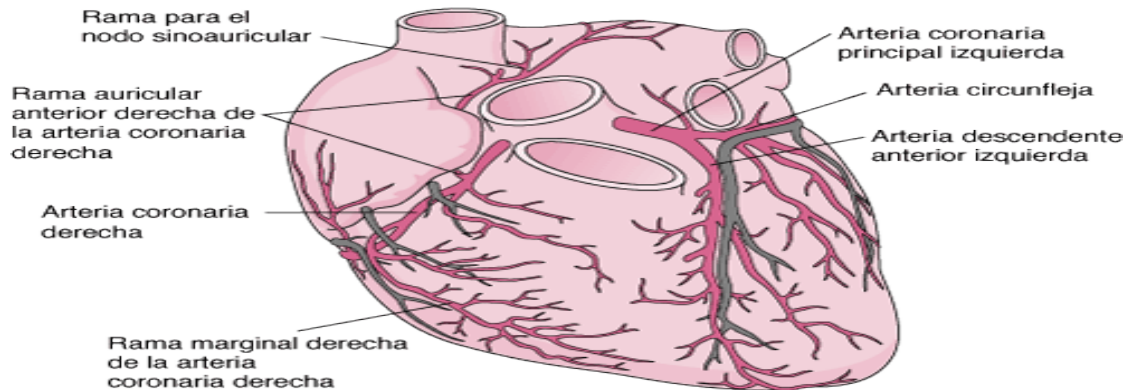


El sistema de conducción garantiza la contracción coordinada de las cavidades cardíacas y de esta forma el corazón actúa como una bomba eficaz. Los componentes del sistema de conducción son:

1. El **nódulo sinusal**, localizado en la pared de la aurícula derecha, por debajo de desembocadura de la vena cava superior. Cada potencial de acción generado en este nódulo se propaga a las fibras miocárdicas de las aurículas. El **nódulo auriculoventricular** (AV) se localiza en el tabique interauricular. Los impulsos de las fibras musculares cardíacas de ambas aurículas convergen en el nódulo AV, el cual los distribuye a los ventrículos a través del **haz de His** o fascículo auriculoventricular, que es la única conexión eléctrica entre las aurículas y los ventrículos. El **fascículo auriculoventricular** se dirige hacia la porción muscular del tabique interventricular y se divide en sus ramas derecha e izquierda del haz de His, las cuales a través del tabique interventricular siguen en dirección hacia el vértice cardíaco y se distribuyen a lo largo de toda la musculatura ventricular. El **plexo subendocárdico** terminal o **fibras de Purkinje** conducen rápidamente el potencial de acción a través de todo el miocardio ventricular.

⁵⁴ Sánchez Quintana, D. y S. Yen Ho. (2003). «Anatomía de los nodos cardíacos y del sistema de conducción específico auriculoventricular». Revista Española de Cardiología 56. P.1085-1092.

Anatomía Arterias Coronarias ⁵⁵



Irrigación

En la parte inicial de la aorta ascendente nacen las dos arterias coronarias principales, la arteria coronaria derecha y la arteria coronaria izquierda. Estas arterias se ramifican para poder distribuir la sangre oxigenada a través de todo el miocardio. La sangre no oxigenada es drenada por venas que desembocan en el seno coronario, la cual desemboca en la aurícula derecha. El seno coronario se sitúa en la parte posterior del surco auriculoventricular.

Las dos arterias coronarias principales son la arteria coronaria izquierda y la derecha.

La arteria coronaria izquierda (ACI). La arteria coronaria principal izquierda suministra sangre al lado izquierdo del músculo cardíaco (el ventrículo izquierdo y la aurícula izquierda). La arteria coronaria principal izquierda se divide en dos ramas:

La arteria descendente anterior izquierda que es una ramificación de la arteria coronaria izquierda y provee sangre a la porción anterior del lateral izquierdo del corazón.

La arteria circunfleja que nace de la arteria coronaria izquierda y rodea al músculo cardíaco. Esta arteria provee sangre a las zonas exteriores y posteriores del corazón.

⁵⁵ Propedéutica clínica y semiología médica, anatomía y fisiología clínicas del sistema cardiovascular .tomo 1. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdquanabo/cap10.pdf>

La arteria coronaria derecha (ACD). La arteria coronaria derecha lleva sangre al ventrículo derecho, la aurícula derecha, al nódulo sinoauricular (nódulo SA) y al nódulo auriculoventricular (nódulo AV), los cuales regulan el ritmo cardíaco. La arteria coronaria derecha se divide en ramificaciones más pequeñas, entre ellas, la arteria descendente posterior derecha y la arteria marginal aguda.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO⁵⁶

La organización mundial de la salud (OMS) establece que la principal causa de muerte en el mundo es la enfermedad aterotombótica, que se manifiesta como un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y cuyo impacto es mayor a las de las enfermedades infecciosas y de cáncer.

La isquemia o suministro deficiente de oxígeno resultante de la obstrucción coronaria produce la angina de pecho, que si se solventa precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene la anoxia se causa la lesión del miocardio y finalmente la necrosis o infarto.

El ataque cardíaco o infarto se caracteriza por un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón, producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, principalmente por ruptura de una placa de ateroma.

ETIOLOGÍA

En general, se produce cuando una placa de ateroma que se encuentra en el interior de una arteria coronaria se obstruye dificultando o impidiendo el flujo sanguíneo. De este modo, se compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes que llegan al corazón.

Casi todos los casos de IAM se deben a oclusión trombótica superpuesta en aterosclerosis grave por:

⁵⁶ Ferreira, GI. (2014). Cardiología: epidemiología de la enfermedad coronaria. México; Pearson. P. 139-44.

1.- Persistencia de trombos oclusores en el infarto transmural.

2.- Oclusiones trombóticas incompletas o recanalizadas espontáneamente, después de una isquemia persistente que puede originar necrosis en el infarto subendocárdico.

3.- Inestabilidad de las placas ateroscleróticas con hemorragia intramural agrietamientos y ruptura de la placa que pueden precipitar una oclusión trombótica aguda.

Factores de riesgo o causas que en general son paralelos a los de aterosclerosis:

- Antecedente familiar de aterosclerosis.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Obesidad del tronco.
- Tabaquismo.
- Hipercolesterolemia.
- Embolización de arterias coronarias secundarias a endocarditis.
- Depósito de calcio o trombos por válvula de prótesis o calcificados.
- Trombos murales ventriculares, auriculares o mixtos.
- Trombosis coronaria por traumatismo o anticonceptivos orales en mujeres.
- Disminución de antitrombina III.
- Incremento de inhibidor del activador del plasminógeno tipo IAP-1.
- Vasculitis, vasospasmo, degeneración vascular coronaria.
- Después de trasplante de corazón.
- Afección inflamatoria de pequeños vasos coronarios.
- Relación con el síndrome por angina con arterias coronarias “normales”.

El IAM también se puede clasificar en 5 tipos basados en la etiología y las circunstancias:

Tipo 1: espontáneo causado por isquemia debido a un evento coronario primario (p. ej., rotura de placa, erosión, o fisuras; disección coronaria)

Tipo 2: isquemia debido al aumento de la demanda de oxígeno (p. ej., hipertensión, espasmo de las arterias coronarias o embolia, arritmias, hipotensión).

Tipo 3: relacionado con muerte súbita inesperada de causa cardíaca

Tipo 4: asociado con la intervención coronaria percutánea (signos y síntomas de un infarto de miocardio con valores de cTn > 5 × el percentil 99 del límite superior)

Tipo 4: asociado con trombosis documentada de la prótesis endovascular (stent)

Tipo 5: asociado con la cirugía de revascularización miocárdica (signos y síntomas de un infarto de miocardio con valores de cTn > 10 × percentil 99 del límite superior).

SIGNOS Y SÍNTOMAS (CLÍNICA)

Dolor torácico: el dolor torácico repentino es generalmente prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse a los brazos y hombros, sobre todo al izquierdo, la espalda, el cuello e incluso a los dientes y a la mandíbula.

Disnea: la disnea o dificultad para respirar se produce cuando el daño del corazón reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, causando insuficiencia ventricular izquierda y, como consecuencia, edema pulmonar.

Nausea

Diaforesis

Fatiga

Sincope

Los signos más graves incluyen la pérdida del conocimiento debido a una inadecuada perfusión cerebral y shock cardiogénico, e incluso muerte súbita. Las mujeres tienden a experimentar síntomas marcadamente distintos de los típicos en varones: en ellas los más comunes son la disnea, la debilidad, la fatiga e incluso la somnolencia.

FISIOPATOLOGÍA⁵⁷

Cuadro clínico

El diagnóstico del SCA es esencialmente clínico. El elemento fundamental es la presencia de dolor precordial. La historia clínica nos entrega elementos que tienen que ver con las características del dolor y las características del paciente. El síntoma fundamental es el

⁵⁷Dres, R. Dighero, H. Florenzano, F. Yovanovic, J. (2006). Pautas de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCA SEST). P339-349.

dolor precordial de tipo anginoso, localizado en la región precordial, pudiendo irradiarse a cuello, mandíbula, brazo izquierdo, epigastrio. Generalmente parece en relación a stress físico o psicológico pudiendo también presentarse en reposo. El dolor alivia con el reposo o con el uso de nitroglicerina, pero en ocasiones esto no se produce, lo que habla de un cuadro de mayor severidad. Puede acompañarse de síntomas neurovegetativos como diaforesis, náuseas o vómitos. Es importante consignar la hora de inicio, establecer la magnitud del dolor usando la escala de 1 a 10 (1 dolor mínimo, 10 máximo dolor tolerable).

DIAGNÓSTICO⁵⁸

- Historia clínica de dolor de pecho isquémico que dure por más de 30 minutos.
- Cambios en el electrocardiograma en una serie de trazos.
- Incremento o caída de biomarcadores séricos (MS), tales como la **creatina quinasa (CK)** tipo MB y la troponina (T) detectadas en la **prueba de la tropomina**. Son proteínas que el cuerpo secreta cuando el corazón está dañado, como ocurre durante un ataque cardíaco.
- Tomografía axial computarizada (TAC): permite estudiar las arterias coronarias, para valorar los depósitos de calcio de sus paredes.
- Prueba de esfuerzo: la prueba de esfuerzo se acompaña a veces de sustancias de contraste para determinar la localización y grado de afectación en reposo.
- Ecocardiograma: Es una técnica no invasiva que se utiliza para estudiar el movimiento de la de la pared del corazón. Si pierde potencia indicaría poco riego sanguíneo.

⁵⁸ Vargas, B. (2014). Tratado de cardiología. Volumen (74). México; Pearson. P 159.

TRATAMIENTO⁵⁹

Procedimientos quirúrgicos: angiografía coronaria: Ayuda a determinar si las arterias del corazón están obstruidas, así como el lugar y el grado de taponamiento. Se introduce un catéter (un tubo estrecho y flexible) en una arteria del brazo o de la ingle para llegar al corazón. Se inyecta una sustancia de contraste (colorante) que puede observarse en un aparato de rayos X.pared del corazón. Si pierde potencia indicaría poco riego sanguíneo.

Oxigenoterapia: en los pacientes que presenten dificultad respiratoria, signos de insuficiencia cardiaca (IC) o saturación de oxígeno < 90%, se debe aportar oxígeno a 2-4 l/min.

Nitratos: se administrará nitroglicerina sublingual o intravenosa como tratamiento del dolor de origen isquémico, y está claramente indicada la administración de nitroglicerina intravenosa como vasodilatador en pacientes con hipertensión arterial. No se deberá administrar si la presión arterial sistólica es < 90 mmHg, o si el paciente se presenta con bradicardia (frecuencia cardiaca < 50 lat/min) o taquicardia (> 100 lat/min).

Analgesia: el tratamiento del dolor es de gran importancia, tanto para el confort del paciente como para paliar el efecto de la activación simpática secundaria al dolor, que causa vasoconstricción e incrementa el trabajo cardiaco. La buprenorfina 150 mcg intravenoso dosis correcta, evaluando la presión arterial diastólica >80 mmHg.

Anti heméticos: las náuseas y vómitos que, normalmente, ceden tras administrar antieméticos (metoclopramida 5-10 mg intravenosa), hipotensión arterial con bradicardia, que suele responder a atropina 0,5-1 mg Intravenosa, hasta un total de 2 mg, y depresión respiratoria. Si a pesar de la morfina el paciente continúa ansioso, considerar la administración de tratamiento ansiolítico.

ANTI AGREGANTES PLAQUETARIOS

⁵⁹OPIE, Harrinson, (2002). Fármacos en cardiología. 5ta edición. México; McGraw-Hill interamericana. P. 134- 145.

Ácido Acetilsalicílico: su mecanismo de acción se basa en la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa 1 por acetilación de la enzima que, así, bloquea la síntesis de tromboxano A₂. Se administrará dosis de 75-160 mg diaria de forma indefinida. Posteriormente, se administrará una dosis de 75-160 mg diaria de forma indefinida. Sus contraindicaciones son: historia de reacción alérgica al ácido acetilsalicílico, úlcera péptica y hemorragia activa.

Clopidogrel: su efecto se encuentra en la inhibición selectiva e irreversible del receptor plaquetario, y el clopidogrel bloquea, por lo que la inhibición de la agregación plaquetaria que produce es incompleta. Precisa ser metabolizado por el sistema citocromo P450 hepático para adquirir actividad, por eso su inicio de acción se retrasa unos días. Sus contraindicaciones son hemorragia activa, embarazo y lactancia, o historia de hipersensibilidad al fármaco.

En pacientes sometidos a ICP primaria, el clopidogrel se ha de administrar lo antes posible, con dosis de carga de al menos 300 mg oral (mejor 600 mg), seguido de 75 mg diarios.

Heparina: tanto la no fraccionada como la heparina de bajo peso molecular actúan sobre la antitrombina III, inactivando la trombina y el factor Xa, en similares proporciones en el caso de la heparina no fraccionada y con mayor efecto en el factor Xa en el caso de las heparinas de bajo peso molecular. Su efecto adverso más frecuente es la trombocitopenia inducida por heparina, más frecuente con la no fraccionada.

ICP primaria

El uso de heparina durante el intervencionismo percutáneo está estandarizado. Se administra bolo intravenoso de 100 U/kg de heparina no fraccionada (60 U/kg si se administran inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa concomitantemente) para mantener tiempo de coagulación activado de 250-350 s (200-250 s si se usan antagonistas de la glucoproteína IIb/IIIa). Posteriormente, no se continúa perfusión de heparina.

Antiarrítmicos: el tratamiento de base en estos pacientes es el genérico para todos los IAM, ya que la terapéutica con AAS, IECA, betabloqueantes y estatinas ha demostrado reducción de la mortalidad total en todo tipo de IAM. Respecto de las drogas antiarrítmicas

como la lidocaína, la amiodarona o el sotalol, se ha comprobado su eficacia en el control de la recurrencia de FV/TV, con impacto en la muerte arrítmica pero sin afectar en forma significativa a la mortalidad total.

Beta bloqueador

Grupo tratamiento con metoprolol: 50 mg de metoprolol administrados en 2-3 minutos por vía oral. Si la frecuencia cardíaca es menor a 50 lpm y la tensión arterial sistólica permanece por encima de 80 mmHg.

COMPLICACIONES

Shock cardiogénico

Infarto ventrículo derecho

Rotura: pseudoaneurisma, Pared libre, Disección intramiocárdica, Septum IV.

Trombo

Insuficiencia mitral: Isquemia, disfunción del musculo papilar.

PRONÓSTICO

- 1.- El 20% de los pacientes tiene muerte súbita antes de llegar al hospital y la mortalidad en los pacientes que han sido hospitalizados varia de 8 a 15% aproximadamente y esto depende del tamaño del infarto.
- 2.- El pronóstico después de que el paciente ha sido dado de alta dependerá de tres factores principales:
- 3.- Grado de disfunción del ventrículo izquierdo.
- 4.- Extensión del miocardio isquémico residual.
- 5.- Presencia de arritmias ventriculares. La mortalidad después del alta es del 6 al 8% y más de la mitad se presenta durante los primeros tres meses, posteriormente la mortalidad es de 4%.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL ALUMNO	Calderón Morales Osvaldo		
SERVICIO	Admisión Continua /Cardiología	FECHA : 23/10/2018	

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	Valentín Aguilar Terán	EDAD	56 Años	SEXO	Masculino
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Infarto Agudo al Miocardio			SERVICIO	Admisión Continua / Cardiología
DIRECCIÓN: Avenida las torres, calle cerrada numero 7 Ecatepec Colonia Santa María Chiconautla.					
TELÉFONO: negado		NOMBRE DEL PADRE / TUTOR / INFORMANTE: V.A.T			
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: albañil					
INTEGRANTES DE LA FAMILIA: NUMERO, EDADES, ESTADO DE SALUD: negado					

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

CARDIACO									
FRECUENCIA CARDIACA: 58 LPM PULSO: 58 LPM TENSIÓN ARTERIAL: 150/90 MM/HG									
RITMO		PULSO				OBSERVACIONES			
Taquicardia	no	Rebotante		no		Se observa, la inestabilidad hemodinámica con los parámetros anormales en la monitorización de signos vitales.			
Bradycardia	si	Taquisfignia		no					
Arritmia	si	Bradisfignia		no					
		Filiforme		no					
RESPIRATORIO									
FRECUENCIA RESPIRATORIA : 29 rpm SATURACIÓN DE OXÍGENO: 93 % SPO2									
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO		RUIDOS ANORMALES		OBSERVACIONES	
Normal	no	Superficial	si	Kusmaull	no	Crepitantes	no	Sistema cardiorrespiratorio Comprometido	
Taquipnea	si	Profunda	no	Ortopnea	no	Broncoespasmo	no		
Bradipnea	no			Disnea	si	Sibilancias	no		
				Cheyne Stokes	no	Estertores	no		
COLORACIÓN TEGUMENTARIA									
CIANOSIS DISTAL: no			CIANOSIS PERIBUCAL: no				PALIDEZ: si		
LLENADO CAPILAR : 2 segundos									

APOYO VENTILATORIO / APOORTE DE OXÍGENO					
TIPO DE RESPIRACIÓN		APOYO VENTILATORIO		PARÁMETROS DEL APOYO VENTILATORIO	
Oral:	no	Mascarilla	En intervalos		
Nasal:	si	Puntas Nasales	si		
Traqueotomía:	no	Campana Cefálica	no		
		Ventilador	no		

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	si	Disminución del gasto cardiaco.(00029)
TOTAL	si	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	Deterioro del intercambio de gases(00030) Patrón respiratorio ineficaz (00032)
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	-	

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 78 KG		Talla:178 CM		Perímetro Abdominal: 94 CM		
Peso ideal: 78 KG		Ha perdido o ganado peso (cuanto) No		Complejión (delgado, obeso, caquéxico) : delgado		
ALIMENTO						
TIPO		SE ALIMENTA CON		TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES		OBSERVACIONES
Fisiológico	no	Cuchara	si	Blanda	no	
Enteral (sondas)	no	Vaso	si	Normal	si	

LÍQUIDOS						
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:		TIPO DE LÍQUIDOS		ALIMENTOS O BEBEDIAS QUE CAUSAN AGRADO O DESAGRADO		OBSERVACIONES
< de 500ml	no	Agua	si	Desagrado: pescados y mariscos. Agrado: comida chatarra.		AHNO. Refiere tener mala hidratación en casa.
500 a 1000ml	si	Té	no			
>de 1000ml	no	Jugos	no			
		Refrescos	si			
SOLUCIONES PARENTERALES TRANSFUSIONES						
Tipo de soluciones: solución fisiológica al 0.9% 1000 para 12 horas.				MI x hora 83 ML X HORA	Gotas por minuto 1.3 ML	

DATOS DIGESTIVOS					
Anorexia: no	Nauseas: no	Vomito: no	Indigestión: no	Hematemesis: no	Pirosis: no
Distensión: no	Masticación dolorosa: no	Disfagia: no	Polidipsia: no	Polifagia: no	Sialorrea: no
Odinofagia: no	Regurgitación: no	Otro:-			
OBSERVACIONES: -					

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	-	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	si	

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL							
TIPO	FRECUENCIA		CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica	Si	2 Veces al día	Compuesta de fragmentos	Café oscuro	Fétido	Pastosa	-
Estreñimiento: no		Flatulencia: no	Rectorragia: no		Incontinencia: no	Fisuras: no	Pujo: no Tenesmo: no

ELIMINACIÓN URINARIA				
Nicturia: no	Anuria: no	Disuria: no	Enuresis: no	Incontinencia: no
Iscuria: no	Oliguria: no	Opsiuria: no	Polaquiuria: no	Poliuria: no
Tenesmo: no				

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	si	Riesgo de estreñimiento (00015)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	-	

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): realiza trabajo pesado				
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): solo				
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): solo				
Presencia de catéteres u otros dispositivos de tratamiento /diagnostico: no				
VALORACIÓN DE FUERZA /TONO MUSCULAR				
Parálisis: no	Paresia: no	Hemiplejia: no	Paraplejia: no	OBSERVACIONES Reposo absoluto
Tetraplejia: no	Hipotonía: no	Rigidez: no	Espasticidad: no	
Atrofia: no	Distrofia: no	Parestesia: no	Analgesia: si	
Hiperalgnesia: no				
Reflejos presentes: si				
VALORACIÓN DE EQUILIBRIO / COORDINACIÓN/ MARCHA				
Vértigo: no	Inestabilidad: no		Ataxia: no	Marcha paretica: no
Marcha ataxoespastica: no		Mioclonia: no	Espasmos: no	Temblores: no

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	-	Intolerancia a la actividad (00092)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme en casa? 6 Horas		¿Cuántas horas duerme en el hospital? 7 Horas	
¿Toma siestas durante el día? Si ,1 Hora.		¿Siente descanso cuando duerme? Si, en ocasiones.	
¿Duerme con luz, música, objetos? No			
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar? No			
CARACTERÍSTICAS			
Insomnio: no	Bostezos: si	Presenta ojeras: no	Se observa cansado: si, fatigado
Ronquidos: si	Somnoliento: no	Irritabilidad: no	

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	-	Deprivación de sueño (00096)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	Dolor agudo (00132)
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	Fatiga (00093)

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cuantos cambios de ropa en 24 horas realiza (interior y exterior) : 2 veces	
Necesita ayuda para vestirse: no	Usa ropa de la institución o personal: no
Tipo de ropa preferida: cómoda.	
OBSERVACIONES: el paciente refiere no tener alguna incomodidad al respecto.	

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	-	No alterada
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: 36.6 C		Escalofríos: no		Piloerección: no		Diaforesis: si	
Hipotermias: no		Hipertermia: no		Distermias: no		Rubicundez facial: no	
CONTROL TÉRMICO		PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS		HABITACIÓN		OBSERVACIONES	
Medios físicos	no	Matutino	no	Fría	no	No alterada, acepto se observa diaforesis.	
Medios químicos	no	Vespertino	no	Húmeda:	si		
		Nocturno	si	Templada:	si		

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	-	No alterada
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL			
BAÑO (frecuencia)	DIENTES		OBSERVACIONES
Regadera: si	Frecuencia de lavado: 2 Veces al día.		-
Esponja : no	Características de los dientes: Blancos, y buena estructura anatómica.		
Aseos parciales: no			
Aseo de cavidades: si			
	Cantidad de dientes: completos		

CAVIDAD ORAL Y MUCOSA						
CAVIDAD ORAL Y MUCOSA.		Hidratada: si	Estomatitis: no	Caries: no	Gingivitis: no	Seca: no
Ulceras: no	Sialorrea: no	Xerotomia: No	Flictenas: no			
Otras: -		OBSERVACIONES -				

PIEL					
PIGMENTACIÓN					
Palidez: si	Cianosis: no	Ictericia: no	Rubicundez: no	Hiperpigmentación: no	Cloasma : no
Melasma: no	Angiomas: no	Manchas: no	Rosado: no	Grisácea: no	Apiñonada: no
Morena clara: si	Morena intensa: no	Morena media: no			
TEMPERATURA	TEXTURA		LLENADO CAPILAR		OBSERVACIONES
Fría : no	Edema: no	Escamosa: no	<De 5 seg.	si	
Caliente: no	Celulitis: no	Lisa: si	>de 5 seg.	no	
Tibia : si	Áspera: no	Seca: no			
Otras:-	Turgente: no	Otras:-			

ASPECTO Y LESIONES				
Maculas: no	Pápulas: no	Vesículas: no	Pústulas: no	Ronchas o habones: no
Nódulos: no	Tubérculos: no	Ulceras: no	Erosiones: no	Fisuras: no
Costras: no	Red venosa: no	Escaras: no	Callosidades: no	Isquemias: no
Nevos: no	Tatuajes: no	Prurito: no	Petequias: no	Equimosis: no
Hematomas: no	Signos de maltrato: no	Quemaduras: no	Infiltración: no	Verrugas: no

UÑAS			
Quebradizas: no	Micosis: no	Onicofagia: no	Bandas Blancas: si
Amarillentas: no	Cianóticas: no	Estriadas: no	Convexas: no
Coiloniquia: no	Leuconiquia: no	Hemorragias subungueales: no	Deformadas: no

CABELLO			
Implantación: normal	Limpio: si	Desalineado: no	Sucio: no
Seborreico: no	Fácil desprendimiento: no	Alopecia: no	Distribución: normal

OJOS			
Simetría: si	Asimetría: no	Tumores: no	Hemorragias: no
Separación ocular: no	Edema palpebral: no	Secreción: no	Ojeras: no
Tics: -	Pestañas integrales o lesionadas: íntegras		Exoftalmos: no
Enoftalmos: no	Otros:-		

OÍDOS			
Coloración: robicunda	Cerumen: no	Deformidades: no	
Otorrea: no	Edema: no	Dolor: no	
OBSERVACIONES: -			

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	-	No alterada
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS		
Esquema de vacunación: completo	Incompleto: -	Causa: -
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): fuma desde hace 25 años, de 10-15 cigarrillos a la actualidad.		
Cuando existe algún malestar usted hace: recurro al médico.	Ir al médico: si	Toma medicamento que este en casa: no
Número de personas con las que vive: 2 personas		
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): si, tía y tío.		

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA (físicos, materiales, ambientales, familiares, personales, Aparatos y Sistemas)
El sistema cardiopulmonar, hace referencia sobre el daño que recibe la arteria ocluida, lo cual permite tener riesgo de muerte súbita post-infarto.

DOLOR											
CARACTERÍSTICAS		TIPO		IRRADIACIÓN	TIEMPO	DURACIÓN		HORARIO		INTENSIDAD	
Cólico	no	Superficial	no	Miembro superior izquierdo, irradiado hacia el cuello.	Duración de 30 minutos.	Breve	no	Matutino	no	Fuerte	Si
Punzante	no	Profundo	si			Temporal	si	Vespertino	no	Débil	no
Opresivo	si	Agudo	si			Intermitente	no	Nocturno	si	Profundo	Si
Lacerante	no	Crónico	no					Otro:	-	Grave	no
Quemante	no	Intermitente	no								
Datos fisiológicos y neurológicos que acompañan el dolor: diaforesis, ansiedad, disnea.											
Sitios anatómicos y ubicación del dolor: tórax, Cuello, miembro superior izquierdo.											
El dolor se intensifica o disminuye con: intensa Y disminuye con oxígeno.											

ESTADO NEUROLÓGICO				
Alerta: si	Orientado (tiempo, espacio, lugar): si		Obnubilación: no	Coma: no
Estupor: no	Hipervigilia: no		Decorticación: no	Confusión: no
Coma barbitúrico: no	Dislalia: no		Hiperactividad: Si	Agresividad: no
Letárgico: no	Excitabilidad motriz: no		Alucinaciones: no	Fobias: no
OBSERVACIONES: por medio de la valoración se observa ansioso cuando prevalece el dolor opresivo.				

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	si	Dolor agudo (00132) Ansiedad (00146) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (000162)
TOTAL	si	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	-	

10. COMUNICACIÓN

HABLA									
TIPO DE COMUNICACIÓN		TIPO DE HABLA						OBSERVACIONES	
Oral	si	Entendida	si	Tartamudeo	no	Pausado	no		-
Escrita	no	Poco clara	no	Balbuceo	no	Afasia	no		
Señas	no	Incompleta	no	Dislexia	no	Dislalia	no		
		Incoherente	no	Indiferencia	no	Dialecto	no		

AUDITIVO			
Hipoacusia: no	Sordera: no	Deformidades: no	Usa dispositivo: no

PERSONALIDAD				
Alegre: si	Tímido: no	Violento: no	Sarcástico: no	Noble: si

Pasivo: si	Hiperactivo: no	Enojo: no	Impulsivo: no	Retador: no
Superioridad: no	Inferioridad: no	Otro:-		
DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	-	No alterada
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: católico
Valores que se consideran importantes: respeto, armonía, amabilidad.
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida? En cumplir los 10 mandamientos de la ley de Dios.
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad? En la fe en Dios sobre la mejora de la salud.
OBSERVACIONES: -

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	-	Disposición para mejorar la esperanza (00185)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	si	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)		
Padre: si	Madre: no	Paciente: si
Ingreso económico mensual: 5000 Pesos Mexicanos.		
¿La enfermedad de su hijo u otro miembro de la familia han causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? Negado		
¿Qué sentimientos/inquietudes/ causa la enfermedad de su hijo? Negado		
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? Negado ¿Cuáles?		

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	si	Intolerancia a la actividad (00092)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	-	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte? No
¿Qué le gusta hacer en sus tiempo libres? Descansar
¿Cuánto tiempo dedica a su persona? Refiere siempre estar ocupado
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse? Raramente
OBSERVACIONES: El paciente refiere estar siempre en el trabajo, ya que es demasiado pesado la albañilería, cuando está en casa prefiere descansar.

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	-	FALTA DE FUERZA	-	
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	-	
INDEPENDIENTE	si	FALTA DE VOLUNTAD	-	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD		
Padre: si	Madre:	Paciente: si
Hermanos: no		
¿Qué le gustaría estudiar? Ingeniería civil.		

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
¿Conoce bien el concepto de la enfermedad que cursa? Muy poco	
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? Clara	
OBSERVACIONES: el paciente refiere estar agradecido sobre la atención del personal y equipo médico, y sobre todo el aprendizaje para sus cuidados en casa.	

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
PARCIAL	si	FALTA DE FUERZA	-	Disposición para mejorar los conocimientos (00161)
TOTAL	-	FALTA DE CONOCIMIENTO	si	
INDEPENDIENTE	-	FALTA DE VOLUNTAD	si	