



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ**

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

**ESTUDIO DE CASO A PERSONA CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL
ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

PRESENTA:

L.E. OLMOS PÉREZ BERTHA YADIRA

ASESOR ACADÉMICO:

MASS. SILVIA ALEJANDRO ESCOBAR

ENERO 2019

CIUDAD DE MÉXICO





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por la formación que orgullosamente me impartieron, llena de valores, y dedicación, esto aunado a la gran institución que representamos todos nuestra Universidad Nacional Autónoma de México, Unidad de Posgrado ENEO y la Especialidad en Adulto de Estado Crítico. Gracias Maestra Silvia Alejandro Escobar por ser guía de mi trabajo, por la amistad, la confianza y la motivación que me brinda para mi desarrollo profesional y personal.

A mi sede, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, que me permitió cumplir mis objetivos y superar mis expectativas en relación con el conocimiento que adquirí, así como al personal que siempre tuvieron esa sensibilidad para la docencia

DEDICATORIA

Dios, eres testigo todo lo que he vivido, gracias por brindarme tanta dicha, salud y una familia que me apoya todo el tiempo.

A mi hija, que siempre está en cada paso, en mis derrotas y logros, el motivo principal de dedicarme a ser mejor madre, profesional, y persona.

Gracias madre, por ser el pilar de la familia, por creer en cada paso y decisión que he tomado.

A mis hermanos que me han demostrado que la vida es hermosa con actitud y con mucha perseverancia, el apoyo que me han brindado por ser la hermana menor ha sido más de lo que merezco.

A mi padre, cada día pienso en ti, siempre con el anhelo de que puedas ver nuestros logros, reconocerlos y aplaudirlos.

A toda mi familia, amigos y compañeros del trabajo, que en momentos de cansancio e inseguridad han estado conmigo para motivarme e impulsarme para continuar.

A mis amigos que encontré en la especialidad, gracias por todo el apoyo y el amor que nos dedicamos para salir juntos y exitosos de la especialidad.

A ti que siempre has estado en mi mente, en mi vida; mi incondicional, te dedico todos los días de mi vida.

INDICE

INDICE	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVO GENERAL.....	8
3.1. Objetivo(s) Específico (s)	8
4. FUNDAMENTACIÓN	8
5. MARCO CONCEPTUAL.....	10
5.1 Conceptualización de la enfermería.....	10
5.2 Paradigmas	11
5.3 Teoría de Enfermería	16
5.4. Teorías de otras disciplinas	21
5.5. Proceso de Enfermería	22
5.6 Patología y/o Enfermedad.....	26
6. METODOLOGÍA.....	33
6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso	33
6.2 Selección del caso y Fuentes de información	34
6.3. Consideraciones éticas.	34
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	38
7.1 Descripción del caso	38
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	40
8.1 Valoración 23 noviembre 2018.....	40
8.3 Jerarquización y Priorización de problemas.....	44
8.4 Diagnósticos de Enfermería	45
8.5 Valoración focalizada 27 noviembre 2018.	66
8.6 Diagnósticos de Enfermería	68
9.0 Evaluación del Proceso	74
10. PLAN DE ALTA	75
11. CONCLUSIONES.....	77
Referencias	78

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es un proceso sistemático, enfocado a la persona, el cual, se lleva a cabo mediante puntos clave (patología, valoración por necesidades, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y revaloración de los cuidados realizados) con el objeto de obtener un resultado óptimo y poder brindar cuidados especializados de enfermería. Actualmente, los cuidados de enfermería se desarrollan siguiendo la lógica del proceso enfermero, ya que permite incorporar el uso de lenguaje que facilita el cumplimiento de todas las fases del proceso, mejoran la comunicación de la información y la toma de decisiones de los profesionales, potenciando así la efectividad del cuidado y asegurar la calidad para brindar una continuidad, y por ende disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Por lo tanto, el estudio de caso es una técnica de aprendizaje donde el estudiante se enfrenta a una situación específica con la persona a valorar y en donde plantea uno o diversos problemas, en los cuales, se compromete a la búsqueda de intervenciones específicas y a dar con esto óptimos resultados.

Por parte de enfermería, un estudio de caso es un método práctico para el desarrollo y entrenamiento en proceso lógico de toma de decisiones durante el cuidado, también, es un enfoque de aprendizaje que permite desdoblarse y enriquecer el proceso cognitivo del profesional de enfermería en funciones concretas. Esto no es simplemente la resolución de problemas, sino que educa la esencialidad del pensamiento crítico, la disposición para alcanzar un resultado de bienestar deseado y potenciar el aprendizaje (si es el caso) significativo y solidificar la incorporación consciente del método de enfermería mediante un proceso de intervención. (1)

El síndrome coronario agudo, es una consecuencia de múltiples factores, siendo la aterosclerosis uno de los de mayor prevalencia, y se encuentra subclasificada dentro de las enfermedades cardiovasculares. Dentro del ámbito médico se encuentra catalogada como una emergencia clínica. La OMS señala que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, han incrementado progresivamente su presencia en el mundo, de tal modo que han llegado a ser una de las primeras causas de mortalidad entre los países de altos, medianos y bajos ingresos. (2)

México sufre un cambio epidemiológico actual; las enfermedades cardiovasculares son, en su conjunto, la primera causa de muerte de nuestro país. De ellas, la cardiopatía isquémica ocupa un lugar preponderante, y su prevalencia se extiende a todas las regiones y estratos sociales de la población (3).

La cirugía de revascularización miocárdica convencional posee un beneficio conocido y ampliamente aceptado sobre el tratamiento médico en cuanto a mejora de la sobrevida y sintomatología, se asocia a un riesgo de mortalidad que varía de un 2 a 5% y no está exento de complicaciones como transfusiones, fibrilación auricular, trastornos neurocognitivos y accidentes cerebrovasculares. (4)

La unidad de cuidados intensivos crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso tan complejo. La literatura documenta que este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas como ansiedad, angustia y estrés. Al considerarse la enfermedad como un proceso patológico, hace que la persona experimente una serie de cambios relacionados con pérdidas de rol, de estatus, de función o parte corporal, alteración de la autoimagen y del autoconcepto, pérdida de relaciones y lazos afectivos e incluso el individuo establece una relación estrecha con su propia muerte. Las consecuencias relacionadas con las patologías cardiovasculares hacen que los pacientes experimenten también: separación de su entorno, pérdida del contacto familiar, aislamiento, dolor por múltiples procedimientos invasivos, ruido de los equipos que genera angustia, el ambiente frío, entre otros. (5)

La enfermera de cuidados críticos debe adaptarse a las nuevas condiciones que presenta el paciente al que ha de brindar los cuidados especializados, sustituyendo a la persona en aquellas actividades relacionadas con su salud que no puede realizar por sí misma y ayudando a la persona a recuperar su independencia a la mayor brevedad posible. Esto requiere una concepción del cuidado, más allá de la sustitución única de las necesidades vitales, centradas en la técnica y el rol de colaboración, la intención de la aplicación de cuidados de enfermería integral, dada la complejidad del rol enfermero en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, que precisan de una larga estancia en una unidad de cuidados intensivos coronarios. (6)

La rehabilitación cardíaca es un conjunto de medidas que aseguran a las personas cardiopatas una condición física, mental y social óptima, el cual les permitirá un desarrollo lo mas normal posible, los componentes determinantes es el ejercicio como método principal; la educación acerca de los factores de riesgo cardiovascular, el cual comprometa, participe, sea disciplinado y apegado a la misma. (7)

El presente estudio de caso fue aplicado a una persona de la Unidad Coronaria del Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, con Diagnóstico médico: *Cardiopatía Isquémica, Infarto al Miocardio con elevación del segmento ST y otras comorbilidades*. Cumpliendo con ello uno de los objetivos marcados dentro de la práctica hospitalaria.

Se toma como referencia para identificar las necesidades alteradas y brindar los cuidados a la teórica Virginia Henderson, la cual nos habla de las 14 necesidades; esto sin dejar de lado a las demás teóricas que se mencionarán, y que nos muestran las variantes de pensamiento, sin embargo, todas llevan a un mismo fin que es el cuidado a la persona.

Si bien sabemos, los diagnósticos de enfermería nos dan pauta para ampliar el criterio y abordar integralmente a nuestra persona, lo cual va de la mano con los conocimientos adquiridos en la teoría y se refuerza en la práctica. Se realizaron 27 diagnósticos enfermeros, de los cuales 6 fueron de una valoración focalizada, se trabajó así con la persona y el cuidador primario, y se brindaron aparte de los cuidados, un plan de alta, el cual se otorga al cuidador primario para su plena rehabilitación cardíaca.

2. JUSTIFICACIÓN

La exposición de un estudio de caso es la fase inicial de un método de enseñanza, y tiene como objeto el desarrollo del aprendizaje reflexivo sobre la actuación ante problemas de salud real, potencial, bienestar o de riesgo de la persona.

Así también; éste trabajo argumentara bases conceptuales y de gestión de información consideradas para el desarrollo del modelo orientado a la presentación de casos con fines educativos.

Se ha dado un paso más en el mundo de la enfermedad cardiovascular: en los últimos años han muerto menos mujeres que hombres por enfermedad cardiovascular. La mortalidad ha descendido las últimas décadas, pero se observa que este descenso no ocurre en las mujeres, por lo que se considera necesario valorar y examinar las diferencias de género en las cardiopatías.

Mujeres, especialmente en etapas jóvenes, tienen menos evolución después de la revascularización; también después de un infarto de miocardio, como mayor mortalidad y tasa de complicaciones. (8)

El presente trabajo tiene como finalidad ejemplificar todo lo aprendido, desde el modelo teórico hasta las habilidades en la práctica hospitalaria, esto con la finalidad de establecer evidencia, la cual, demuestre las aptitudes obtenidas para su desarrollo como futuro especialista; si bien se ha mencionado este enfoque va más allá de la complejidad del estado de salud de la persona. Más bien, se enfoca en los cuidados especializados y priorizados de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson.

La selección de esta persona se decidió por el rango de edad, ya que es una persona joven, por comorbilidad porque esta enfermedad ha tenido un impacto muy importante en los últimos años, y es un problema que ha aumentado empoderadamente en el país, por lo que me pareció interesante elaborar un plan de intervenciones hacia una persona con este padecimiento. También, la persona tenía un pronóstico favorable, y con ayuda de las intervenciones y las acciones ejecutadas, ella podría tener una mejoría rápida y óptima, claro, esto con la disposición del personal y el recurso material que se facilitó.

3. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un plan de cuidados especializados de enfermería, en una persona con insuficiencia cardíaca, para resolver las necesidades alteradas y obtener un equilibrio en el estado de salud de la misma.

3.1. Objetivo(s) Específico (s)

- Dar a conocer las intervenciones especializadas a personas con cardiopatía isquémica, basado en evidencia científica, que permita el análisis del quehacer de la enfermería especialista.
- Proporcionar una guía de cuidados de enfermería especializados que disminuyan el riesgo de complicaciones inherentes a la enfermedad.
- Fomentar el cuidado de la persona a través de un plan de alta, que permita disminuir sus reingresos hospitalarios, esto a través de la educación para la salud, misma que le servirá a su familia.

4. FUNDAMENTACIÓN

Para la realización del presente estudio de caso se hizo una búsqueda exhaustiva en bases de datos para recabar la información, tales como Pubmed y Scielo y páginas de libre consulta, se encontraron 54 artículos de los cuales 8 fueron apropiados para este estudio, y de éstos, 4 fueron realizados por enfermería.

El primer artículo fue desarrollado en una revista de Argentina, escrito por la Sociedad de Cardiología, describe la logística en la atención prehospitalaria, mostrando un impacto sobre los tiempos de retraso en el tratamiento, ocasionando así una demora en la reperfusión, iniciando con la atención directa, diagnóstico y contacto médico; el sistema médico de emergencia está fragmentado y no tiene códigos comunes relacionados con el motivo de consulta o nivel de prioridad de atención de acuerdo con la sintomatología y es por eso que propone medidas prácticas para el abordaje de pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IAM) (9)

El artículo elaborado por la Dra. Nurys Armas Rojas hace un resumen sobre el impacto que tiene Cuba con referencia a la Cardiopatía isquémica que ha sido la primera causa de mortalidad, se estima que actualmente es responsable de una de cada seis defunciones en la población de 20 años, el 80% de los fallecimientos por enfermedades cardíacas o de infarto agudo de miocardio.

Habla sobre la importancia de disminuir la incidencia de la enfermedad modificando los factores de riesgo que incrementan su aparición en la población (tabaquismo, hábitos de dieta, alcoholismo, sedentarismo y estrés). (10)

Mientras que David Zugharf en Suecia, señala que el papel desempeñado por parte en enfermería en el tratamiento del infarto de miocardio con elevación del segmento ST, es exitosa, mediante la intervención coronaria percutánea primaria, engloba así la calidad y la eficacia en el manejo de las personas con la enfermedad.

Es importante el papel desempeñado por parte de enfermería, ya que es el primer contacto que tiene la persona, y también es la que describe la evolución de la persona, de manera estructural y basada en evidencia, la enfermera actúa, evalúa y mantiene los sistemas de apoyo hemodinámico. También señala que el futuro papel de las enfermeras es prometedor, pero exige educación y experiencia para que enfermería avance más de lo que ya ha logrado. (11)

Un estudio de caso elaborado por la enfermera Ramona Bernat y el enfermero Rafael Bros Caimari en Barcelona, muestran el tema de cardiopatía como una enfermedad de prevalencia elevada en nuestro medio y causa principal de los fallecimientos en las personas de edad adulta, por ese motivo, nosotros como profesionales de enfermería tenemos un papel primordial en la atención de los enfermos y sus familias en el proceso de hospitalización y recuperación cuando las manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica ya se han presentado, así también ilustra los cuidados enfermeros, donde parte una situación en particular, tomada del ámbito hospitalario. Pretende reflejar la importancia de la recolección de datos, proceso de análisis y planificación de cuidados. (12)

Código I (código infarto) es originado por medio de Gabriela Borrayo Sánchez y colaboradores en México, esto fue realizado en el Instituto Mexicano de Seguro Social, tiene como objetivo garantizar un diagnóstico y tratamiento en los pacientes con IAMCEST, de manera que reciban terapia fibrinolítica en menos de 30 minutos o angioplastia primaria en menos de 90 minutos, mediante redes de comunicación robusta y efectiva, con actividades específicas en cada uno de los involucrados en la atención del paciente, tanto médico como no médico. Ésta estrategia puede ahorrar aproximadamente un rango de 15 a 55 minutos, ya que la tasa de faltas activación es tan alta como el 63%, con el advenimiento de los centros reguladores de código infarto, reciben la llamada de los servicios de urgencias que forman parte de las redes de atención en el área metropolitana, se geolocaliza en donde se encuentran los pacientes, y se visualiza el electrocardiograma a través de un módulo de Código I, es así como incrementa la certeza diagnóstica, con los consecuentes ahorros económicos y la mejora de la atención oportuna.(13)

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Conceptualización de la enfermería

Enfermería es una profesión disciplinada basada en el conocimiento por medio de la ciencia con características y propósitos específicos para el cuidado de la persona.

Es ciencia, porque al conocer, somos parte de él, ya sea por la percepción o la observación. Como resultado surge el conocimiento, en donde puede ser adquirido formal o informalmente, pero que lleva un mismo eje, debido a que tiene un cuerpo de conocimiento, caracterizado por su flexibilidad, fiabilidad, exactitud, racionalidad y sistematización.

Nuestros inicios fueron con las enfermeras monásticas, en la edad media, los conocimientos médicos y visión política fueron notables, asumieron a la enfermería con cuidados hacia pacientes con lepra y que eran marginados socialmente y donde lograron la recuperación de la salud. En el islamismo, la enseñanza de las mujeres y niños tenían licencia para practicar la medicina, nace ahí el Régimen Sanitatis Salernitanum que tenía como objeto temas dietéticos e higiene de forma de poema latino. Después, las órdenes militares de enfermería fueron una consecuencia de las cruzadas a tierra santa, cuidaban heridos y enfermos, estructuraron los hospitales europeos. Las ordenes seculares de enfermería hicieron grandes contribuciones a la enfermería y sirvieron a los enfermeros, pobres y abandonados; ejercieron la enfermería hospitalaria.

Nace la enfermera moderna durante el siglo XIX, el cuidado de los enfermeros se convirtió en su principal deber. Florence Nightingale comienza a trabajar en Kaiserworth Alemania. Tiempo después, fue autorizada para llevar a 38 enfermeras a cuidar soldados británicos en la guerra. Inicia recolectando datos y sistematizó la práctica del control, lo que ahora se conoce como investigación y estadística.

Así mismo la ciencia cumple con propósitos específicos, como lo es el descubrir nuevos conocimientos, expandirlos, reafirmarlos y redefinirlos; para así promover, mantener, cuidar, reclutar, y retener individuos. (14)

Martha Rogers (1970-1990) y Margaret Newman (1991-1994) conceptualizan a la enfermería como una ciencia del hombre unitario, sin embargo, con una perspectiva de estudio del cuidado basado en la experiencia de la salud de los humanos, pero sin perder la integralidad de la persona, con los propósitos de promover y conducir a una comprensión de la situación de la salud. (15)

Por su parte, la Organización de Salud Mundial aporta una conceptualización de enfermería diferente, ya que la define como: “La atención autónoma y

colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias” (16)

Es así como podríamos definir a enfermería como una disciplina en constante cambio, con las bases sustentadas en el conocimiento científico, con un bien común, que es el de la mejora continua. Por esto, es necesario que al personal de Enfermería le quede claro que la evolución es un beneficio en donde la adaptación se debe de tener como perfil primordial para así corresponder a la persona y a sus necesidades que van necesitando y los cuidados le sean de mejor calidad.

En la actualidad, enfermería siendo una profesión ya más distinguida y aceptada por el medio público, en el año 2006 se abre un panorama más amplio y es así que en el 2012 se da a conocer por medio de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en la que se reconoce que la profesión de enfermería aparte de ser un arte compleja y noble a la vez, también es una ciencia, donde ve a la persona y a su entorno de una forma holística, en la que explota todo el conocimiento adquirido, por eso, se crea esta norma, ya que de acuerdo al grado de conocimiento implica más responsabilidad y más acciones específicas y personalizadas. Menciona por grados académicos las actividades que cada una debe desarrollar, sin eximir responsabilidades. (17)

El objetivo principal de la enfermería como profesión y disciplina es el cuidado directo a las personas y comunidades, trabajando en colaboración y como iguales con otras profesiones del equipo de la salud, basándonos en valores humanos y velando por el bienestar de la población, este cuidado se fundamenta y contribuye, con una mirada compleja, en las diferentes esferas vitales. Es así como cuidamos con una perspectiva personal global y sistémica social, atendemos a las personas en su matiz biológico, psicológico, social y cultural según nuestras competencias, que incluyen el cuidado asistencial directo, la docencia, la gestión y la investigación, esenciales para mejorar y actualizar los cuidados. (18)

5.2 Paradigmas

Situándonos ya en el siglo XIX, como la profesionalización enfermera y según la clasificación que hace Kérouac de los paradigmas enfermeros, atendiendo a como las enfermeras buscan unas respuestas válidas a sus preguntas teóricas y prácticas, que puedan dar respuestas útiles para la su construcción disciplinar y profesional, surgen los paradigmas que son las formas de ver un conocimiento de acuerdo con su enfoque, así mismo, marcan la manera de comprender y de pensar. Es así como el paradigma dio pauta para que iniciara una nueva perspectiva de la disciplina de Enfermería. (18)

Existen tres paradigmas:

En la categorización, son los fenómenos que se pueden dividir, clasificar, por causa y efecto, y que a su vez pueden ser definidos, medibles, ordenados, secuenciales y por último, se obtiene una relación del factor causal. De ésta surgen dos orientaciones.

Salud Pública

Surge para la necesidad de mejorar la salubridad y evitar las enfermedades infecciosas clínicas o de la comunidad.

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

En la que tiene auge por su actualización, pero sigue siendo el mismo enfoque

La integración va dirigida a la visión global de la persona como centro de práctica de enfermería. Por el surgimiento de teorías y evolución del pensamiento manifiesta la importancia que tiene la persona para la sociedad, para la disciplina. Es así como recalca este paradigma la diferencia entre la disciplina médica y la disciplina enfermera.

Abarca contextual o variablemente a la persona por múltiples elementos con una relación interrelacionada con todo lo que lleva centrando a la enfermedad y a la persona en uno solo.

En la transformación, es la que representa un cambio sin precedentes, da una apertura social al mundo. Se va desarrollando nuevas concepciones de la disciplina y una orientación de apertura al mundo.

En la que el factor único, complejo, global con elementos de interacción ya sea continuo, recíproco o simultáneo. En ella hay dos puntos importantes; uno la promoción y dos la prevención para poder modificarlo.

Sin embargo, surge el Metaparadigma de enfermería, donde significativamente menciona las uniones entre las orientaciones (salud pública, enfermedad, persona y apertura al mundo) y los conceptos centrales de la disciplina (tabla 1) (15)

Tabla 1. Metaparadigmas en Enfermería

CONCEPTOS	SALUD PÚBLICA	ENFERMEDAD	PERSONA	APERTURA AL MUNDO
CUIDADO	<p>La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.</p> <p>La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas.</p>	<p>La intervención: hacer para.</p> <p>Eliminar los problemas</p> <p>Cubrir los déficits</p> <p>Suplir a los incapacitados</p> <p>La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.</p>	<p>La intervención: actuar con.</p> <p>Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro.</p> <p>La enfermera es la consejera experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adoptados.</p>	<p>La intervención: estar con.</p> <p>Acompañar a la persona en sus experiencias de salud.</p> <p>Individualizar los cuidados.</p> <p>La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados.</p>
PERSONA	<p>Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual.</p> <p>Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.</p>	<p>Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente.</p> <p>No participa en sus cuidados.</p>	<p>Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser biopsicosocio-cultural-espiritual).</p> <p>Participa en sus cuidados.</p>	<p>Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferentes de esta relación muta y simultánea con el entorno en continuo cambio</p> <p>Orienta los cuidados según sus prioridades</p>
SALUD	<p>Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee.</p>	<p>Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente.</p> <p>Ausencia de enfermedad.</p>	<p>Salud y enfermedad: distintos, pero en interacción dinámica.</p> <p>Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive.</p>	<p>Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.</p> <p>Realización del potencial de creación de la persona.</p>
ENTORNO	<p>Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que está pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.</p>	<p>Separando de la persona.</p> <p>Definido en sus aspectos físico, social, cultural.</p> <p>Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.</p>	<p>Constituido por los contextos histórico, social, político, etc.</p> <p>Rico en estímulos positivos y negativos</p>	<p>Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte integrante.</p> <p>Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.</p>

Elaboración propia basada en: Cristina B. Fundamentos Disciplinarios de la Enfermería. Rafael G. Antología Teorías y Modelos de Enfermería. 2009. Universidad Nacional Autónoma de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2009.

Es por eso por lo que los modelos conceptuales surgen para reflejar la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las

escuelas también reflejan un traslado del paradigma de la integración hacia el paradigma de la transformación.

A continuación, se mostrará un resumen sobre las escuelas de la disciplina enfermera. (15)

Tabla 2. Escuelas de la Disciplina Enfermera.

	CUIDADO	PERSONA	SALUD	ENTORNO	ELEMENTOS CLAVE
Florence Nightingale	Servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud	Enferma o con salud, que consta de los componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual.	Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos.	Factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta adecuada.	Leyes de la vida y de salud Entorno sano Condiciones sanitarias
ESCUELA DE LAS NECESIDADES					
VIRGINIA HENDERSON	Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales	Ser biólogo, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.	Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.	Integridad Dependencia en independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales y necesidades específicas.
DOROTHEA E. OREM	Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado	Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.	Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.	Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.	Autocuidados Agente de autocuidados Déficit de autocuidados Sistema de cuidados enfermeros.
ESCUELA DE INTERACCIÓN					
HILDEGARD PEPLAU	Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que	Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas,	Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el	Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa-	Necesidad de ayuda Relación interpersonal terapéutica.

	favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.	físicas y psicológicas; énfasis puesto en las necesidades psicológicas.	cumplimiento de tareas de desarrollo personal.		
ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES					
CALLISTA ROY	Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.	Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo auto concepto, modo función según los roles y modo interdependencia.	Estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.	Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.	Mecanismos reguladores y cognitivos Modos de adaptación Respuesta de adaptación Estímulos focales, contextual, residual.
ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD					
MOYRA ALLEN	Ciencia que promueve las interacciones de la salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.	Familia y participante activo de una familia o grupo social, capaz de aprender sus experiencias	Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo	Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.	Promoción de la salud Aprendizaje Familia Colaboración enfermera cliente.
ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO					
MARTHA E. ROGERS	Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integralidad de los campos de energía.	Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los patterns y comportamientos en que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes	Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida	Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.	Campo de energía Patterns Pandimensionalidad Principios de homeodinámica.
ESCUELA DE CARING					
JEAN WATSON	Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía cuerpo	Forma viviente que crece, y que comprende cuerpo, alma y espíritu.	Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.	Realidad interna y externa de la persona.	Caring Relación transpersonal Factores de cuidado

	alma y espíritu, utilizando diez factores de cuidados				
--	--	--	--	--	--

Elaboración propia basado en: Cristina B. Fundamentos Disciplinarios de la Enfermería. Rafael G. Antología Teorías y Modelos de Enfermería. 2009. Universidad Nacional Autónoma de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2009.

5.3 Teoría de Enfermería

La teoría es un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno de cuidado. Para comprenderla es necesario el uso de indicadores empíricos, que son instrumentos reales, condiciones y procedimientos experimentales que se usan para observar o medir los conceptos de una teoría, vinculados en el mundo abstracto con el mundo concreto. Por lo mismo, es necesario contar con variadas teorías que estudien fenómenos relacionados con un propósito o fin, en este caso el cuidado de enfermería.

Los niveles de un desarrollo de las teorías son:

- 1.- Metateoría el cual se centra en aspectos generales, incluye análisis del propósito, tipo, propuesta y crítica de fuentes, así como métodos para el desarrollo de una teoría.
- 2.- Metaparadigma: contenido abstracto y ámbito en general; intenta explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave.
- 3.- Teorías de Medio Rango: tienen como objetivos fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés, en el ámbito limitado, pero como para el estímulo de la investigación.
- 4.- Teorías Empíricas: dirigidas al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para la realización.

En la Teoría de las relaciones interpersonales, Hildegard E. Peplau madre de la enfermería psiquiátrica, condujo el desarrollo de esta como una especialidad diferenciada, incluyó contribuciones como experta y ejerció liderazgo en la profesionalización de la enfermera.

También identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera paciente: orientación, identificación, explotación y resolución, así mismo estableció esquemas de los aspectos cambiantes de las relaciones enfermera paciente y propuso describiendo seis roles de la enfermera: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor. Analizo cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidades, frustración, conflicto y ansiedad. (16)

Faye Glenn Abdellah fue una líder en el desarrollo de la investigación en enfermería y de la enfermería como profesión, considera a ésta como un arte y ciencia que modela la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades, técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades de salud, tanto si están enfermas como si están sanas. Su trabajo difiere al de Henderson, ya que están formulados en relación con los servicios de enfermería que se utilizan para determinar las necesidades del paciente.

La tipología de sus 21 problemas de enfermería refleja un enfoque centrado en el problema o en la filosofía de la enfermería.

Ernestine Wiedenbach desarrolló su teoría mientras enseñaba enfermería maternal, dirigiendo el currículo principal en enfermería de salud maternal. Define a enfermería como la formación de la comadrona ya que citaba que las personas pueden diferir en cuanto a su concepto ya que no todos están de acuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de manera maternal. Así mismo, propone que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes mediante la observación de comportamientos, la exploración del comportamiento y la determinación de resolución de problemas.

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre los seres humanos, con el objetivo de que la enfermera ayude a la persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias. Escribió también, sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo.

Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con el encuentro original, que progresa a través de fases, identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y posteriormente, compasión hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase.

Amplio su teoría de relación interpersonal de Peplau y Orlando, pero su síntesis exclusiva de las ideas diferenció su trabajo en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermería y el paciente. El énfasis en el cuidado puso de relieve la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería.

Ida Jean (Orlando) Pelletier, en la teoría del proceso de enfermería, fue desarrollada acerca de la integración de conceptos de salud mental en un currículo de enfermería básica. Realizo por observación y participación en experiencias con pacientes, estudiantes, enfermeras e instructores y se derivó inductivamente de notas de campo para este estudio, propuso que los pacientes tienen sus propios

significados e interpretaciones de las situaciones, por lo tanto, las enfermeras deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones. Según Orlando, las personas se convierten en pacientes que requieren atención enfermera cuando tienen necesidades de ayuda que no pueden satisfacer independientemente porque tienen limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Los pacientes sufren angustia o sentimientos de indefensión a causa de las necesidades de ayuda no satisfechas. (15)

Virginia Henderson

Nace en 1897 en Kansas City, Missouri. Y muere en 1996.

Virginia Henderson fue influida por el paradigma de integración, situándose en la Escuela de las Necesidades. Donde reconoce en su modelo las influencias tanto fisiológicas como psicológicas.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”. (19)

La enfermera es la principal ayuda del enfermo, quien debe contribuir con sus conocimientos al cuidado del paciente. Henderson consideraba que la enfermería cambiaría de acuerdo con la época además incorpora los principios fisiológicos y la psicopatológicos a su definición de enfermería, explico la importancia la de la independencia de enfermería. De igual forma define al miembro del equipo que puede y debe diagnosticar las necesidades y problemas del paciente.

Describe, además, las 14 necesidades básicas de los pacientes en las que se desarrollan los cuidados de enfermería y la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención; como sustituta, ayuda o compañera o asistencial.

En su modelo, busco la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona sana o enfermera. Y para que esto sea posible se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo con su capacidad. (20)

Los conceptos que marca su teoría son:

1. PERSONA
Necesidades Básicas
2. SALUD
Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados Básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

Factores Ambientales

Factores socioculturales

De acuerdo con las definiciones antes descritas, Henderson, postula las 14 Necesidades Básicas.

1. Necesidad de Respirar normalmente
2. Necesidad de Comer y beber adecuadamente:
3. Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de Descanso y sueño
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de Termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar los peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/ Participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

Desde el punto que marcaba Virginia Henderson el holismo y la variación de los aspectos biológicos, psicológicos y espirituales maneja grados de satisfacción en donde es valorable si es dependiente, independiente y las fuentes de la dificultad las cuales son:

- Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.
- Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.
- Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

- Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.
- Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad. (19)*

Siguiendo su teoría, los individuos necesitan fuerza, voluntad y conocimiento (causa de la independencia) para realizar las actividades. Por lo tanto, los obstáculos o las limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades básicas se clasifican en:

- Falta de fuerza, capacidad/habilidad física e intelectual de la persona para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación (poder hacer).
- Falta de conocimientos: referidos a aspectos de la propia salud, y sobre recursos propios y del entorno (saber que hacer y cómo hacerlo).
- Falta de voluntad: deseo, interés motivación para iniciar las acciones y mantenerlas (querer hacerlas).

Y, por lo tanto, la función de la enfermera es de:

- Sustituta: reemplazar lo que le falta al paciente
- Ayudante: cuidado clínico
- Compañera: fomenta una relación terapéutica

Virginia Henderson decía que la educación en la enfermería debe ser universitaria y desarrollada hasta el máximo nivel académico. Ella organizó la educación en tres niveles:

- Primer nivel: enfocado a conocer las necesidades fundamentales, la planificación de los cuidados y la función de enfermería.
- Segundo nivel: ya se accede a los estados patológicos y permanentes. Se aprende a planificar cuidados para satisfacer necesidades y se tienen conocimientos científicos, biológicos, físicos, sociales y de comportamiento.
- Tercer nivel: la formación debe de estar centrada en el paciente y en la familia. (21)

Todas las teorías mencionadas han dado un auge significativo para la práctica de enfermería ya que cada una de ellas llevan a una visión del mundo, buscan la relación entre los hechos para el establecimiento de una ciencia de enfermería y una explicación de los acontecimientos referentes al universo natural.

Sin embargo, el conocimiento más profundo sobre las teorías y su importancia como aliada en la sistematización de la asistencia propiciaría una reducción en el nivel de expectativa, contribuyendo a la calidad de la asistencia, por eso, es fundamental utilizar los criterios en cuanto al uso y aplicación de estos, ya que son un auxilio para la práctica y desarrollo de la profesión, así como para la elaboración de la asistencia de forma más sistemática.

5.4. Teorías de otras disciplinas

En 1943, Maslow propone su “teoría de la Motivación Humana” tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica, a lo largo de los años se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional. Propone necesidades y factores que motivan a las personas; este modelo tiene como objetivo satisfacer las necesidades que surgen y otras que cambian o modifican el comportamiento de este, considerando que solo cuando una necesidad está razonablemente satisfecha y es ahí donde se dispara una nueva necesidad. (22)



Creación propia, basado en: Quintero J. Teoría de las Necesidades de Maslow, [internet] 2017.

Maslow comprendió la obligación de conocer las necesidades del individuo, tales como las fisiológicas, seguridad, social, estima y autorrealización; Maslow manifestaba que un hombre autorrealizado tiene una capacidad de aceptarse a sí

mismo y a los demás, tiene una percepción superior de la realidad y la habilidad para tomar distintos puntos de vista frente al mundo, ser humanizado y sobre todo manifestar su independencia.

Es por eso por lo que conoce a la exponente más importante por parte de enfermería, Virginia Henderson, la cual como ya se había mencionado, expone en su teoría que las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas con el propósito de mantener salud integral.

Maslow insiste en que se debe de motivar al equipo de trabajo teniendo en cuenta que:

- El profesional de enfermería debe proyectarse hacia los demás con energía y seguridad del equipo ya que para motivar a los demás se debe estar motivado.
- Compartir el plan de acción a realizar ya que existen sugerencias que ayudan a hacer mejoras. (23)

5.5. Proceso de Enfermería

El método que guía en el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, es centrado en la evaluación en forma simultánea de avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. (24)

Valoración

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que determina la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta de ésta, el propósito es captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención.

Las fases de la valoración de enfermería están constituidas por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas.

Recolección de datos, tanto objetivos como subjetivos.

Diagnósticos de enfermería

Son la segunda fase del proceso de enfermería, caracterizado por el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requieren de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Es así como se define el diagnóstico de enfermería como una herramienta que proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El diagnóstico real consiste en una situación que existe en el momento o también llamado problema potencial, mismo que puede ocasionar una dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Toda esta información que compone el enunciado diagnóstico se estructura en tres apartados básicos, aportando cada uno de ellos un valor fundamental al mismo:

Problema: es la parte central del enunciado diagnóstico donde se realiza una descripción clara y concreta del problema o situación de riesgo. Este apartado se denomina etiqueta diagnóstica dentro del enunciado diagnóstico.

Etiología: en este apartado se reflejan los agentes o factores causales del problema o situación de riesgo de la persona. Este apartado se denomina factores relacionados, factores etiológicos o factores de riesgo, dependiendo del tipo de diagnóstico.

Signos y síntomas: describe las manifestaciones clínicas que aparecen en la persona como consecuencia del problema. (25)

NANDA

Los diagnósticos por taxonomía NANDA ha llevado una trayectoria muy grande por tres décadas ha trascendido por muchas modificaciones, con la finalidad de que este método este lo más estandarizado posible para cumplir los objetivos antes mencionados.

El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva para lograr el pensamiento interdisciplinar.

El lenguaje debe representar las experiencias de las personas, así como tener una forma clínicamente útil que sea comprensible para todos los miembros del equipo de salud.

Básicamente existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería, cada uno con unas características propias que han de condicionar la composición de su enunciado diagnóstico.

REALES: juicios clínicos que describen problemas de salud de la persona, existentes en el momento de la valoración y que pueden ser abordados.

RIESGO: juicios clínicos que se realizan a la persona, familia o una comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.

SALUD: describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz, pero la persona manifiesta un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar en alguna de sus funciones. (26)

Es la tercera etapa, implica poner en marcha un plan de cuidados cuyo objetivo sea alcanzar unas metas con el paciente y realizar una serie de actividades de enfermería de manera que sea posible solucionar el problema de salud del paciente. Esta etapa se inicia después de identificar los diagnósticos enfermeros. Debe de incluir los problemas independientes, ordenados según la importancia, los objetivos o resultados que se espera alcanzar y las acciones o actividades que se van a emprender para conseguirlos.

Los planes de cuidados proporcionan pautas para la evaluación posterior de los mismos, dirigen la atención de enfermería y diferencian actuaciones de rol autónomo con las del resto del equipo de salud. Los planes de cuidado pueden ser:

- Individualizados: se elaboran y registran para cada situación concreta de cada paciente particular.
- Estandarizados: son los protocolos de enfermería perfeccionados; resultan útiles cuando los problemas son habituales o predecibles en relación con un determinado proceso patológico, ofrecen garantías de calidad, agilizan la tarea del profesional, pero siempre deben individualizarse para que queden descritas las necesidades específicas de cada persona.
- Informatizados: base de datos con planes de cuidado estandarizados, se selecciona lo que no es útil en cada situación. (21)

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Proporcionan una práctica reflexiva que descarta las rutinas, las opiniones sin fundamentos y la intervención basada en la intuición (Cabrero, 1999). La contribución de Enfermería Basada en la Evidencia implica una participación del profesional de enfermería en el proceso de toma de decisiones en la elección del mejor cuidado para un paciente en concreto, y conduce a una menor variabilidad en la práctica clínica reflexiva como parte de la cultura de la calidad de la atención.

La importancia radica en la homologación de los cuidados, con la finalidad de disminuir la variabilidad en la práctica. Y es evitar actividades rutinarias, y desarrollar en los profesionales de salud un juicio crítico que les permita tomar la mejor decisión de acuerdo con las necesidades, características y circunstancias clínicas individuales del usuario. Así mismo, constituyen una herramienta para la educación continua del personal de enfermería en la práctica diaria desde los diferentes niveles

de atención; y así mismo sirven de apoyo en la formación del capital humano en el ámbito educativo formal.

Los beneficios impactaran no solo en la seguridad y calidad del cuidado, sino en la satisfacción de la persona y servidor público. (27)

Ejecución

Está íntimamente ligada a la planificación, ya que se pone en práctica las actividades de enfermería, sin olvidar seguir recogiendo datos y valorando la conducta del enfermero mientras se realizan éstas, para conseguir los objetivos que se han puesto.

La enfermera revisa el plan de cuidados y tiene en cuenta los recursos materiales y humanos de que dispone. Es responsable de los cuidados que ejecuta, tanto los derivados de intervenciones independientes como de las interdependientes y sus acciones han de ser seguras.

La ejecución se puede dividir en tres fases:

- Preparación: seguimiento mental de todas las fases anteriores, antes de actuar.
- Intervención: implica la realización de las intervenciones programadas.
- Documentación: se describe la forma en la que se han llevado a cabo los cuidados. (21)

Evaluación

Es la etapa final de proceso de enfermería, en ella, se comparan la situación real del enfermo con los objetivos (resultados esperados) anteriormente fijados. Al evaluar se obtiene conocimiento de en qué medida el enfermo ha progresado, así como la eficacia de los cuidados. La finalidad es triple: evaluar el progreso de la persona, el propio método y la calidad profesional.

La evaluación tiene varios tipos de resultados posibles:

- Resultados positivos: la persona ha logrado cumplir los objetivos.
- Resultados negativos: la persona no ha logrado cumplirlos. Se inicia el proceso de retroalimentación.
- Resultado anticipado: resultado positivo o negativo que se ha producido antes de realizar las actividades.
- Resultados inesperados: resultados negativos que surgen a raíz de una complicación. No existe relación entre las actividades efectuadas y los mismos. Se inicia el proceso de retroalimentación. El proceso de retroalimentación es el proceso de enfermería a la inversa. Cada etapa es revisada, analizada y si es precisa, modificada. (21)

En resumen, la importancia de la inclusión de las GPC, Taxonomía NANDA, NIC, NOC, y Places es de vital importancia ya que en todas la mencionadas se llevan intervenciones de forma estandarizadas, desde los diagnósticos hasta las intervenciones sugeridas, esto apoya al profesional a tener un juicio y poder modificarlo o adecuarlo a las necesidades de la persona, ya que cada persona se aborda de forma diferente.

5.6 Cardiopatía Isquémica

La cardiopatía isquémica se puede definir como la enfermedad cardiaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardiaco.

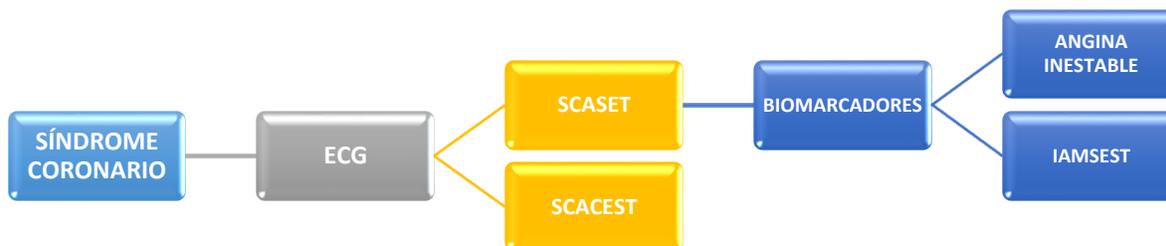
Una de las casusas más frecuentes son las alteraciones ateroscleróticas de las arterias coronarias epicárdicas tanto de forma crónica como la forma aguda de síndrome coronario agudo. Si bien la aterosclerosis se refiere al engrosamiento y endurecimiento de las arterias, fenómeno que puede aparecer en cualquier lugar del organismo.

Existen diversos mecanismos relacionados con la circulación coronaria que pueden dar lugar a isquemia miocárdica y que se pueden observar con frecuencia como la microcirculación coronaria (angina microvascular o síndrome X cardiaca), disfunción endotelial, espasmo coronario, embolia coronaria, disección coronaria espontánea, disección aórtica que afecta al origen de una coronaria, anomalías congénitas de la circulación coronaria, o vasculitis. (28)

Se clasifica en dos tipos, en función de la presentación del ECG si presenta elevación persistente del segmento ST o BRIHH de nueva aparición, se denomina Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST. (Diagrama 1)

Además de la determinación de marcadores de daño miocárdico se clasifica en Angina Inestable si no hay elevación de marcadores de daño miocárdico en IAMSET en caso de haberla.

Diagrama 1. Síndrome Coronario Agudo. Clasificación y Tipificación



Creación propia, basado en: Aguilera M., Calvo R., Cobo J., Garrido J., Manual de Atención al Síndrome Coronario Agudo en el ámbito de la medicina de urgencia y Emergencia. Primera Edición: España; Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencia Agrupación Andalucía, 2014.

Existe lesión coronaria cuando ocurre una fisura o fractura en la placa que alcanza al endotelio, se expone el material subendotelial al torrente sanguíneo, produce un estímulo para adhesión y agregación plaquetaria y consigue activación de la cascada de la coagulación con formación de un trombo que puede originar la oclusión total o subtotal de la luz arterial ésta de forma brusca, donde se pueden dar uno de los dos síndromes coronarios agudos.

Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST donde la luz arterial causada por el trombo es importante pero no completa. Si la isquemia no es lo suficientemente intensa para causar un daño isquémico miocárdico y liberar marcadores de lesión miocárdica se clasifica como angina inestable.

En los pacientes con síndrome coronario agudo, el patrón de elevación de ST se asocia a la rotura o fisura de una placa aterosclerótica inestable, con oclusión aguda trombótica de una arteria epicárdica en un paciente sin isquemia previa. Cuando la oclusión es incompleta o bien existe flujo distal debido a la circulación colateral, no se produce elevación de ST. (29)

Se distingue mediante el resultado del ECG, donde aparece un descenso de la ST o bien, una ausencia

Se desarrolla cuando existe una oclusión trombótica coronaria completa y con elevación persistente del segmento ST que es el infarto de miocardio clásico con desarrollo de ondas Q de necrosis en el ECG. Cuando se forma un coágulo de fibrina se activa la fibrinólisis endógena que en ocasiones consigue la recanalización espontánea de arteria, pero necesita una reperusión urgente.

El electrocardiograma se realiza e interpreta con un ECG de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos, tras la llegada de la persona al sistema sanitario. No excluye el diagnóstico si la persona presenta o no síntomas sugestivos de isquemia

como dolor torácico, los registros de ECG se repiten por los menos 3, 6, 9 y 24 horas después de la primera.

El patrón electrocardiográfico de lesión aparece cuando existe una despolarización diastólica evidente debido a una importante reducción del aporte sanguíneo u otras causas no isquémicas.

Ella conduce a la formación de un potencial de acción transmembrana defectuoso que se expresa en el ECG mediante una desviación del segmento ST. Cuando la despolarización diastólica ocurre en el subendocardio aparece una depresión del segmento ST en el ECG, mientras que cuando la lesión es subepicárdica o transmural se genera una elevación de ST. (30)

Se deben medir los biomarcadores de lesión miocárdica en todos aquellos pacientes que refieren molestias torácicas compatibles.

Las troponinas cardiacas desempeñan el papel central para un diagnóstico donde diferencia el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST entre el de ST. Las troponinas son más efectivas y sensibles que las enzimas cardiacas tradicionales, como la creatincinasa (CK), su isoenzima MB (CK_MB) y la mioglobina. (31)

Sin embargo, el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST es una emergencia que no puede depender de las determinaciones de biomarcadores, sino que se debe actuar basándose en la clínica y los hallazgos del ECG.

Es una técnica útil a pie de cama para la monitorización de pacientes con dolor torácico agudo, particularmente cuando es incierto el diagnóstico o cuando se consideren otras causas para el dolor torácico, como una disección aórtica aguda, embolismo pulmonar o pericarditis. (12)

El infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, es un evento de necrosis miocárdica causado por una obstrucción coronaria sostenida que es secundaria a un síndrome isquémico inestable.

Entre sus complicaciones, la falla Cardíaca Izquierda se presenta cuando hay un choque con los campos pulmonares limpios es otra inusual presentación del IAM de ventrículo derecho. El desarrollo de la falla cardíaca izquierda es un factor ominoso para el pronóstico a corto y mediano plazo.

La Regurgitación mitral aguda se debe a la disfunción del músculo papilar posteromedial con suplencia de la arteria descendente posterior. Se caracteriza por choque, edema pulmonar y soplo. Su incidencia es de 4% y ocurre entre los días dos y siete de evolución, siendo más común en IAM de cara inferior.

La Ruptura de pared libre es responsable de 10% de las muertes en el IAM. Lo más común es el compromiso de la pared lateral y ocurre entre el primer y tercer

día posterior al episodio inicial, con una incidencia de 1 a 3% en los pacientes hospitalizados.

En la ruptura septal contribuye con 5% de la mortalidad por IAM. El tratamiento es igualmente quirúrgico con la mortalidad elevada llegando a 92% al año, si no es abordado apropiadamente. La sospecha se hace por la concurrencia de deterioro clínico y la aparición de un soplo nuevo sistodiastólico y poscardiaco más o menos intenso.

La Expansión del infarto es el adelgazamiento y dilatación de la zona infartada, que puede evolucionar hacia la formación de un aneurisma o un foco arritmogénico.

Remodelación ventricular, son cambios regionales en el sitio afectando la pared ventricular, con pérdida del funcionamiento miocárdico.

Los trombos intracavitarios se presentan en cara anterior y de origen de émbolos sistémicos, en particular hacia el sistema nervioso central.

Pericarditis y Síndrome de Dressler ocurren las primeras dos semanas de evolución, mientras que el síndrome de Dressler ocurre desde la segunda semana hasta el tercer mes y el mecanismo de base es autoinmunitario.

Bradycardia sinusal y bloqueo auriculoventricular suele aparecer más en los IAM de cara inferior. El bloqueo auriculoventricular de I y III grado ocurren entre 3 y 10% de las veces.

El bloqueo de rama de haz la más frecuente, que ocurre en 5% de los casos y se socia a buen pronóstico. El bloqueo completo de rama es generalmente derecho y se expresa en el 10 a 15% de los casos.

La taquicardia sinusal es la arritmia más frecuentemente vista y puede ser un marcador de mal pronóstico. Las taquiarritmias ventriculares son la mayoría de las veces la traducción de isquemia residual, desbalance en el sistema nervioso autónomo o trastorno hidroelectrolítico.

De estas arritmias la más frecuente es el ritmo idioventricular, que cuando es acelerado se constituye en una señal de reperfusión. (28)

La trombólisis es el primer tratamiento que debe iniciarse en un tiempo menor a 30 minutos, después de que el paciente establece el contacto médico, periodo conocido como puerta aguja o más recientemente, primer contacto médico aguja. El tratamiento adjunto con dosis de carga de ácido acetilsalicílico y clopidogrel asociado con bolos de heparina no fraccionado de bajo peso molecular, seguido de una infusión endovenosa o por vía subcutánea, ha demostrado en la fase aguda y a 30 días reducir la mortalidad y eventos adversos. En el caso de los fibrinolíticos, la infusión debe ser por vena periférica y evitar, a menos que sea necesario el uso rutinario de catéteres endovenosos, punciones en vasos mayor y gasometrías

arteriales. La decisión de utilizar trombólisis farmacológica se basa en la presencia de elevación del segmento ST en el ECG, las características del dolor y en el riesgo de hemorragia. El tratamiento antitrombótico se debe iniciar al terminar la infusión.

Recomendaciones:

- Dolor torácico sugestivo de isquemia >20 min
- Elevación persistente del segmento ST
- Clases Killip y Kimbal I y II
- Bloqueo de rama izquierda y derecha del haz de His
- Menos de 6 horas de inicio de los síntomas
- Ausencia de alguna contraindicación absoluta.

Contraindicaciones:

- Hemorragia activa
- Hemorragia intracraneal de cualquier fecha
- Síndrome aórtico agudo
- Cirugía mayor vascular neurológica, aórtica o intramedular en las últimas 3 semanas
- Hemorragia de tubo digestivo en las últimas 4 semanas
- Hipertensión arterial grave sin control
- Evento cerebral isquémico en los últimos 2 meses
- Traumatismo grave en los últimos 15 días
- Cirugía neurológica reciente
- Descontrol hipertensivo que responde a tratamiento
- Punción arterial o venosa
- Embarazo

Estreptocinasa es una proteína bacteriana producida por el estreptococo es el prototipo de los llamados no fibrino específicos o fibrinolítico indirectos, se unen al plasminógeno y convierte el plasminógeno en plasmína.

Los pacientes que reciben estreptocinasa pueden desarrollar anticuerpos antiestreptocinasa y alcanzar niveles máximos 10 días después de la infusión.

El beneficio en la supervivencia respecto al placebo se mantuvo por más de 10 años, particularmente en pacientes tratados dentro de las primeras horas del inicio de los síntomas, aunque la tasa de mortalidad continúa siendo alta en ciertos subgrupos de pacientes incluyendo ancianos en presencia de hipotensión o insuficiencia cardíaca a la admisión.

Alteplasa se aplica durante 60 minutos. Ésta es una molécula dominante de cadena única, clonada y producida por tecnología recombinante del DNA. Deriva de

una proteasa natural fisiológicamente idéntica al activador del plasminógeno endógeno humano y su estado natural, se produce en el endotelio vascular. Los inhibidores del activador del plasminógeno inhiben su efecto en humanos y no es antigénica por lo que reacciones alérgicas y anafilaxia son poco frecuentes. Otra ventaja sobre la estreptocinasa es su fibrinoespecificidad con mayor lisis de la fibrina ligada al trombo.

Terapia farmacológica adjunta a la reperfusión

La terapia farmacológica adjunta a la reperfusión, su objetivo primordial es establecer la circulación coronaria a la brevedad posible y disminuir el daño miocárdico ocasionado por la oclusión coronaria.

Inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona

Los inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona son efectivos en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, al reducir la precarga y poscarga ventricular, limitar la remodelación ventricular, restaurar la función endotelial y sus efectos antiproliferativos y antiaterogénicos, estabilizar la placa y potenciar la fibrinólisis.

Los nitratos tienen efectos benéficos en el paciente con insuficiencia cardíaca o descontrol hipertensivo, al reducir la precarga y la poscarga, producir vasodilatación coronaria e incrementar la perfusión del miocardio isquémico. Están contraindicados en pacientes con presión sistólica menor a 90 mmHg, infarto del ventrículo derecho o uso reciente de inhibidores de fosfodiesterasa tipo cinco.

Los bloqueadores beta son los que reducen la presión arterial y la frecuencia cardíaca, con lo que disminuyen el consumo miocárdico de oxígeno, por lo tanto, reducen el tamaño del infarto, la incidencia de arritmias y la probabilidad de ruptura cardíaca. Limitan la extensión del infarto al prolongar la disfunción parasimpática a fin de retomar la variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Las estatinas bajan los niveles de LDL, mejoran la función vascular por efectos independientes del colesterol, tales efectos llamados pleiotrópicos y se relacionan con la inhibición de la isoprenilación de pequeñas proteínas G., el efecto benéfico de las estatinas se logra al disminuir el colesterol del tratamiento crónico y los efectos benéficos en la fase aguda, tanto experimental como clínico por sus efectos pleiotrópicos. La mejoría en la función vascular se refleja en la disminución de los marcadores séricos de estrés oxidativo y de inflamación que se observan, independientemente de la disminución del colesterol sérico.

De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Cardiología para la angioplastia está indicada para las primeras 12 horas del inicio de los síntomas.

Se debe llevar a cabo dentro de los primeros 90 min a partir del contacto del paciente con el médico de urgencias. Se debe realizar en pacientes que desarrollan insuficiencia cardiaca congestiva grave o choque cardiogénico y que no tienen contraindicaciones para el procedimiento. Y debe ser llevada a cabo lo más pronto posible en pacientes con elevación del segmento ST, y contraindicaciones para terapia fibrinolítica con síntomas de isquemia con menos de 12 horas de evolución. (29).

Revascularización miocárdica se puede realizar de dos maneras; mediante cirugía de revascularización miocárdica o por intervencionismo coronario percutáneo.

En cualquier contexto clínico, ya sean pacientes con cardiopatía isquémica estable, síndrome coronario agudo con elevación del ST o síndrome coronario agudo sin elevación del ST la estratificación del riesgo es el punto de partida para la decisión de revascularización y la elección de la modalidad que se utilizara ya sea como CRM o intervencionismo coronario percutáneo.

A pesar de todas las herramientas disponibles para la estratificación de los pacientes la elección de uno u otro método de revascularización es un reto aún. (29)

El empleo de la cirugía de revascularización miocárdica para tratar a la enfermedad coronaria se ha incrementado de manera importante, empleando fundamentalmente puentes venosos de safena solos o en combinación con diversos conductos arteriales, principalmente la arteria mamaria interna izquierda, y de manera más reciente, la arteria radial, epigástrica y gastroepiplóica.

El éxito quirúrgico depende entre otros factores, de la calidad del lecho vascular nativo que recibe la revascularización y, obviamente, de la permeabilidad alejada de esos puentes. Con referencia a esto se ha demostrado de manera incuestionable que la arteria mamaria interna izquierda tiene un alto índice de permeabilidad a largo plazo, con menor incidencia de eventos y una mejor supervivencia. (32)

La estrategia de reperfusión con la terapia fibrinolítica, la angioplastia primaria, o ambas, son el tratamiento de primera línea en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. En determinados casos, ante la alta complejidad de las lesiones coronarias y la situación clínica del paciente que no permite diferir el tratamiento revascularizador, la cirugía coronaria es necesaria. A pesar de las mejoras en los últimos años en la protección miocárdica, así como en el uso del balón de contrapulsación intraaórtico, la técnica de pinzamiento aórtico y la administración de cardioplejía, puede inducir daño miocárdico y de otros órganos en esta situación crítica de infarto en evolución. (33)

Las unidades de cuidados intensivos son unidades especializadas, según lo define el modelo de certificación de hospitales del consejo General de Salubridad General 2018: los servicios especializados son áreas con capacidad limitada y

personal con competencias especiales, donde las personas requieren cuidados especiales y monitorización continua por lo cual los costos de operación son altos. La atención de las personas en estado agudo crítico tiene como uno de sus objetivos principales que el equipo de salud pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones. (34)

Los cuidados posoperatorios comienzan aún antes de la llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos coronaria; en esta etapa, la preparación de la habitación donde se recibirá a la persona esta a cargo del jefe de enfermería y del médico intensivista.

La mayoría de las personas experimenta una sobrecarga de volumen, alrededor de 5% de su peso preoperatorio como resultado de la hemodilución en la circulación extracorpórea. Debido a factores secundarios a esta última, como fuga capilar, vasodilación y disminución de la presión osmótica, este estado puede no reflejarse en las presiones de llenado, la cuales pueden indicar normovolemia o hipovolemia. Durante las primeras horas, algunos muestran volúmenes urinarios elevados, como consecuencia de la ministración de manitol y presiones bajas.

Inducir una adecuada analgesia durante este proceso temprano minimiza la ansiedad, dolor y estrés hemodinámico, que contribuye a hipertensión e isquemia.

El control glucémico también es parte integral de los cuidados inmediatos, la finalidad es disminuir la incidencia de infecciones en tejidos blandos y mediastinitis o bien mortalidad. (35)

6. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso

El estudio de caso clínico se eligió en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, en la Unidad Coronaria en el periodo del 21 al 30 de noviembre, llevando a cabo los siguientes puntos:

- Elección de la persona para el estudio de caso
- Consentimiento informado
- Aplicación del instrumento de valoración de enfermería mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Recopilación de información mediante artículos, guías, revistas, y libros.
- Formación del marco teórico.

- Utilización del proceso de enfermería:
 - Valoración
 - Diagnóstico
 - Planeación
 - Ejecución
 - Evaluación
- Realización de los diagnósticos de enfermería mediante el formato PES: Problema, Etiología y Signos y Síntomas.
- Elaboración del Plan de Alta.

6.2 Selección del caso y Fuentes de información

Como se ha mencionado, se realizó la elección de la persona la cual se encuentra en la unidad coronaria del Hospital de Alta Especialidad Sur Pemex.

La fuente de información principal fue indirecta, a través del expediente clínico de la persona, que se encuentra en el mismo servicio, con la autorización de los médicos de base y residentes a cargo.

Otra de las fuentes indirectas fue por medio del enlace de turno, tanto por médicos como por el profesional de enfermería y un ligero contacto con familiar (hijo).

Se realiza un consentimiento informado. (Anexo 1)

6.3. Consideraciones éticas.

La bioética es una disciplina que estudia los aspectos éticos, así como las relaciones del ser humano con el entorno. Aporta soporte científico e incorpora los valores y principios inherentes con la forma específica de existir del ser humano.

La rama de la ética aplicada que reflexiona delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.

La ética consiste en los principios de la conducta correcta. En general, no hay desacuerdo sobre los principios éticos en sí mismos, ya que representan valores humanos básicos. Sin embargo, puede haber diferencias sobre cómo se interpretan y se ejecutan en casos específicos. Entre los principios básicos se cuentan la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. (36)

El primordial, es el respeto, el cual implica que la participación en la investigación deberá ser completamente voluntaria y deberá basarse en el consentimiento fundamentado.

La bioética completa entre sus características la interdisciplinariedad, a través del diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas; un debate ético basado en una sociedad pluralista y fortalecida por la tolerancia, fundamentándose en principios claros y concretos como la maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

La justicia es la equidad de las prestaciones asistenciales, la persona debe de gozar la misma oportunidad y tratar de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social.

No maleficencia comúnmente es utilizada para la toma de decisiones. Nunca se puede indicar procedimientos de maleficencia o que están contraindicados, ni procedimientos, o con ausencia de consentimiento informado. Los diagnósticos y terapias se respetarán en forma escrupulosa manteniendo un equilibrio entre el riesgo y el beneficio, sin ocasionar daño físico ni psíquico.

En la beneficencia implica procurar los mejores intereses para el paciente, hacer el bien y prevenir el mal innecesario. Cuidar, controlar o cuidar la enfermedad y evitar un daño cuando haya un pronóstico de recuperación.

La autonomía es la Libertad de elegir, refleja el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento, a elegir entre las alternativas terapéuticas o en caso de incapacidad a ser representado por un subrogado o a ser tutelado judicialmente. (37)

El ámbito legal, está destinada al logro de los objetivos definidos por la Federación mundial de Sociedades de Medicina intensiva para el paciente crítico que son:

- Mantener una vida de calidad
- Aliviar el sufrimiento
- Evitar riesgos de este grupo de pacientes
- Restaurar la salud
- Respetar los derechos de los pacientes, la bioética demanda al especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, que la valoración estrictamente técnica de los hechos científicos sea complementada con la estimación paralela de los valores acompañantes, públicos e individuales. La adición a estos valores trata de conseguir una mayor calidad en la presentación de servicios en salud. (36)

La enfermería y la ética, desde sus inicios, a mitad del siglo XIX, incorporó dos principios éticos a su actuar que son la fidelidad al paciente en donde se establece compromiso y obligaciones al sujeto del cuidado; incluyen el secreto profesional y

la veracidad al cumplimiento de sus actos en el paciente, el cual, permite admitir errores por omisión o por acción.

Existen otros enfoques como el que hace referencia a una ética de la virtud, que permite conocer las actitudes que debe poseer una persona para llegar a actuar como buena enfermera y el segundo es la ética de los principios, que indaga acerca de la actuación y el respeto de los principios para ser buen profesional.

Sin embargo la enfermera se desempeña en diversas instituciones de salud donde predomina la tecnología, eso le permite poner en práctica sus conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en el manejo de la terapéutica avanzada, pero también integrar niveles superiores de concientización en su actuación, considerando los valores humanistas de la profesión, basado en la valoración y comprensión de forma integral de la persona como elemento indispensable para brindar el tratamiento de enfermería.(36)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El manual de ética del Colegio Médico Americano define el consentimiento informado como la explicación a una persona atenta y mentalmente competente, en la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de esta y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para solicitar su aprobación para algún procedimiento, reconociendo los principios bioéticos en cada uno de los pacientes; autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Consta de dos partes: el derecho a la información y la libertad de expresión, como todo derecho el responsable del área médica tiene el deber de informar de manera clara, precisa con términos entendibles para el paciente, explicar el procedimiento a realizar, los riesgos y beneficios que estos implican, referente a la patología de la persona. Cabe mencionar que queda involucrado todo el personal tratante, así como, la institución donde está siendo atendido.

Su finalidad es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta solo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Va relacionado a las personas y sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables. (37)

Se caracteriza por tener un lenguaje comprensible para las personas, los datos deben de ser claros y concisos, con el propósito de señalar los procedimientos, posibles riesgos (si los hay), beneficios anticipados y a futuro, lo más importante la confidencialidad.

Al igual, debe de haber el respeto a los sujetos inscritos, esto quiere decir que es válido que se cambie de opinión, que el propósito de la investigación o trabajo a desarrollar no cumple con los intereses o preferencias, y se debe de respetar el retiro. Se debe de manejar lo más discreto posible, y concordancia con

las reglas que en un inicio se estipularon. Así mismo, se debe de otorgar cualquier información, avance o cambio, con la finalidad de beneficiar y adquirir más credibilidad. (38)

De acuerdo con la legislación en salud en México, el consentimiento informado debe formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información ya mencionada, de acuerdo con la norma técnica que emita la secretaria
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la comisión de ética de la institución de atención a la salud
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación.
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no pudiere firmar, imprimir su huella digital y a su nombre firmará otra persona que el designe
- V. Se extenderán por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal. (39)

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Descripción del caso

Ana Lilia D.L.C.P., cursa la quinta década de vida, nacida el 6 de Julio de 1964, es trabajadora activa en Pemex Veracruz, siendo asistente de Enfermería, con un nivel académico de primaria concluida, actualmente es esposa y madre.

Ingresa a Hospital de Alta Especialidad Sur en la CDMX el día 20 de noviembre del año 2018, a cargo de la especialidad de Cardiología, con el siguiente diagnóstico: Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Arterial Coronaria Trivascular + Evento de Síndrome Coronario Agudo de Tipo Infarto Agudo del Miocardio con Elevación del Segmento ST en cara inferior, Trombolizado.

Por medio del expediente clínico, se recopila la siguiente información: sobrepeso por 10 Kg, un índice de masa corporal que refleja obesidad grado I, con un área de superficie corporal no adecuado para su complexión. Sin riesgo de alergias, y toxicomanías.

Antecedentes toxicológicos:

- Tabaquismo: positivo durante 5 años consumiendo aproximadamente 3 cigarrillos al día

Heredofamiliares: Abuelo paterno con HASC

Ana, adulto joven cursando la quinta década de vida, inicia su padecimiento actual el día 21 de julio de 2018 a las 19:00 horas, con la presencia de angina intensa Eva 10/10, acompañado de disnea y diaforesis, por lo que acude al servicio de urgencias del Hospital Regional de Poza Rica, evidenciando en EKG desnivel positivo del segmento ST en derivaciones DII, DIII y AVF y enzimas cardíacas positivas (CPK y CPK-MB) se realiza trombólisis con TNK (con un tiempo de isquemia de 90 minutos y de puerta aguja 30 minutos aproximadamente) cursa con criterios indirectos de reperfusión, se decide ingreso a la unidad de cuidados intensivos, cursando con adecuada evolución decidiendo egreso a domicilio el 24 de julio del 2018, para continuar con la consulta externa de cardiología de su unidad de adscripción.

Se protocoliza ecocardiograma con dobutamina, el cual se realiza el día 17 de agosto del 2018 reportando eco basal con hipocinesia severa ínfero basal, latero basal, hipocinesia ínfero medial y latero medial, resto de los segmentos con grosor y movilidad normal, fracción de eyección del 57% a dosis bajas.

Se decide envío al Hospital de PEMEX Central Sur donde por urgencia ingresa a una cirugía cardiovascular, anastomosis aortocoronario de tres arterias coronarias.

Donde bajo anestesia general previa asepsia y antisepsia se realiza incisión medio esternal, esternotomía media, disección de arteria mamaria interna izquierda, disección simultánea de vena safena reversa izquierda, cierre por planos, anastomosis coronaria de arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior, durante la realización de la anastomosis de posterolateral con presencia de fibrilación ventricular, se pasa a derivación cardiopulmonar, se realiza anastomosis posterolateral y coronaria derecha. A la salida inician cambios en el ST, elevación que requiere rehacer anastomosis de posterolateral, se verifica hemostasia, se colocan sondas mediastinales, se cierra esternón con alambre de número 5, piel con vicryl y grapas, lechos regulares a buenos de descendente anterior y coronaria derecha, lecho posterolateral delgado arteria mamaria interna izquierda buen flujo y calibre, vena safena de buen calibre.

Durante la anastomosis coronaria de posterolateral presenta fibrilación ventricular que requirió desfibrilación de 20 Joules. Y se coloca balón de contrapulsación intraaórtico.

En espera de mejoría neurológica para progresión a la ventilación mecánica, hemodinámicamente con doble apoyo aminérgico en dosis reducción, disminución de enzimas musculares, tolerando la disminución de la asistencia del balón de contrapulsación. Continúa con monitoreo estrecho del comportamiento hemodinámico, ultrasonido pulmonar con patrón A, mediante Ecocardiografía se obtiene un IC 4, no se reportan evacuaciones, se mantiene el inhibidor de protones sin existencia, albúmina y furosemida cada 12 horas, persiste con trombocitopenia, probablemente secundaria al balón de contrapulsación, se reporta grave no exenta de complicaciones.

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 Valoración 23 noviembre 2018

VALORACIÓN POR 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I. OXIGENACIÓN

Bajo efectos de sedo-analgésia, pupilas isocóricas normoreflejas, cuello simétrico, pulsos carotídeos sincrónicos al latido cardíaco con intensidad normal y frecuencia, catéter Swan Ganz yugular derecho sin datos de inflamación periférica, con sangrado moderado en la periferia, narinas permeables, tubo orotraqueal, secreciones espesas moderadas, blanquecinas con ligeros rasgos hemáticos por boca a la aspiración, apoyo ventilatorio mecánico en modalidad controlada por volumen Fr 16, PEEP 8, FiO₂ 35%, P_{MAX} 19, V_C 397, V_{MAX} 50, con lo cual satura a 92%, cánula orotraqueal 7 Frch., a 23 cm de la comisura labial, ruidos respiratorios presentes sin auscultar estertores ni sibilancias, esfuerzos respiratorios y disnea, alcalosis respiratoria con gasometría arterial PH 7.41, PCO₂ 39.8 mmHg, PO₂ 73.9 mmHg, HCO₃ 25.2 mEq/litro, EB 0.7mmol/l, SO₂ 94.2%, Lactato 0.92 mg/dl.

PH 7.41, PCO₂ 39.8 mmHg, PO₂ 73.9 mmHg, HCO₃ 25.2 mEq/litro, EB 0.7mmol/l, SO₂ 94.2%, Lactato 0.92 mg/dl.

Taller Gasométrico muestra hipodinamia compensada por el gasto y el índice cardíacos normal; pero resistencias vasculares e índice de resistencias vasculares por debajo de lo normal, así como el volumen latido

<i>GASTO CARDIACO</i>	6.8
<i>IC</i>	4 l/min/m ²
<i>ASC</i>	1.7 m ²
<i>VL</i>	57 ml/l
<i>IVL</i>	33 ml/l/m ²
<i>PAM</i>	66 mmHg
<i>PAMP</i>	21 mmHg
<i>PP</i>	30 mmHg
<i>RVS</i>	705.8 dyn/seg/cm ⁵
<i>IRVS</i>	1200 dyn/seg/cm ⁵ /m ²
<i>RVP</i>	70.58 dyn/seg/cm ⁵
<i>IRVP</i>	120 dyn/seg/cm ⁵ /m ²
<i>TLVD</i>	0.011 gr.masa/m ²
<i>ITLVD</i>	6.73 gr.masa/m ²
<i>TLVI</i>	0.039 gr.masa/m ²
<i>ITLVI</i>	22.8 gr.masa/m ²

Tórax simétrico con herida quirúrgica con bordes afrontados con grapas, y sonda mediastinal a derivación con gasto hemático moderado; campos pulmonares ventilados, con estertores crepitantes basal lado derecho, los ruidos cardiacos son rítmicos, con adecuada intensidad en taquicardia sinusal, monitoreo cardiaco continuo, balón de contrapulsación intraaórtico derecho, pulsos periféricos con adecuada intensidad, llenado capilar retardado de 3”.

Electrocardiograma con 12 derivaciones en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 119 latidos por minuto, onda P 80 mseg, 0.1mv, eje de P +110 grados, segmento PR 160 msg, QRS 100 mseg, eje QRS 0, posición horizontal, transición en V3, QT 440 mseg, R-R 960 mseg, se observan ondas Q en DII (2mm), DIII (6mm) y AVF (4mm), inversión en la onda QRS.

II. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Presentando alteración en nervios craneales bajos (IX, X, XI, XII), por efectos de sedación, Rass -5 puntos, lengua y úvula centrada, sonda orogástrica para alimentación y ministración de medicamentos enterales, en ayuno, mucosas orales deshidratadas.

Terapia intravenosa:

- ✓ Solución Hartman 1000ml pasar a 120 ml/hra
- ✓ Midazolam 250 mg, aforado en 250 ml. de sol. fisiológica al 0.9% 10ml/hra. Con sedación media
- ✓ Norepinefrina 40 mg aforados en 250 ml de solución fisiológica DR. Adrenérgico positivo, aumento de resistencias vasculares, con un cálculo de 0.14 mcg/kg/min. (4ml/hra).
- ✓ Vasopresina 40 unidades aforado en 100 ml de solución fisiológica, pasar a 10 ml/hra. Con efecto de vasoconstricción.
- ✓ Levosimedan 12.5 mg aforado en 250 ml de solución glucosa 5% 15 ml/hra.
- ✓ Fentanyl 1000 mcg aforado en 100 ml de sol. fisiológica, pasar a 7 ml/hra analgesia baja 1.16mcg/kg/min.
- ✓ Amiodarona 900 mg aforados en 100 ml de solución fisiológica para 24 horas

Transfusión

Paquete globular para 1 hora dosis única grupo y RH positivo

Medicamentos:

- ❖ Ceftriaxona 1gr. cada 12 horas IV
- ❖ Omeprazol 40mg. cada 24 horas IV
- ❖ Paracetamol tabletas 500 mg. 1gr. VO cada 8 horas.

III. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Abdomen distendido, timpánico, a la auscultación se encuentra con peristaltismo disminuido de 2 por minuto, sin visceromegalias y perímetro abdominal de 80 cm., antecedente de estreñimiento, sin reporte de evacuación, genitales íntegros, gasto urinario por sonda vesical tipo Foley a derivación No. 14 Fr. con flujo urinario color amarillo ámbar, sin turbulencia ni sedimentos, mililitros variables 50 ml/hora, uresis horaria 1.2 ml/hr, cabe mencionar que hubo uresis forzada con diurético de asa. Creatinina 07, Urea 36.4mg/dl, nitrato ureico 17mg/dl, Na 134 mEq/l, K 3.6mEq/l, Cl 100 mEq/l, P 1.7mEq/l, Mg 2.0 mEq/l. Con un balance total de +2000 ml.

Superficie corporal 1.77

Agua corporal total 37.5 litros

Déficit de agua -1.3 litros (deshidratado)

Perdidas insensibles 262.5ml.

IV. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Ana es completamente dependiente de cualquier tipo de movilización que se requiera hacer, dado esto a su condición actual de sedo analgesia, extremidades tónicas, Daniel's 0/5 en las cuatro extremidades.

Debido al procedimiento no puede moverse, por el riesgo de sangrado y el balón de contrapulsación.

V. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

No es valorable debido al estado de sedoanalgesia con buprenorfina, y sedación Propofol, RASS -5, fascies de desvelo.

VI. NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO

Es totalmente dependiente del cambio de su vestimenta, al cual se realiza una vez al día en el turno matutino posterior al baño.

VII. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Únicamente de miembros pélvicos, la temperatura es baja. Relacionado con los procedimientos.

VIII. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Ana es totalmente dependiente para el aseo, realizando baño de esponja o baño seco, de acuerdo con el criterio de la terapia, observándose el estado de la piel integra, pálida deshidratada, presentando un riesgo de úlceras por presión con una puntuación de 15 en la escala de Braden.

IX. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Ana tiene riesgo de caídas alto con una calificación de 2 en escala Downton, con vigilancia de herida quirúrgica, sonda mediastinal, y accesos venosos y de perfusión.

X. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Totalmente nulo debido al estado de sedación, con RASS -5.

XI. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Por medio del expediente, profesora religión católica, aunque no se observa ningún tipo de imagen o artículo religioso.

XII. NECESIDAD DE RECREACIÓN Y OCIO

No es valorable dentro del área hospitalaria

XIII. NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL

Asistente de Enfermería trabajadora activa de la Unidad de PEMEX durante 15 años.

XIV. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No valorable.

8.3 Jerarquización y Priorización de problemas

NECESIDAD ALTERADA	Problema manifestaciones	FUENTE DE DIFICULTAD	NIVEL DE DEPENDENCIA	ROL DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Taquicardia sinusal	Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
	Secreciones espesas por tubo endotraqueal			
	Secreciones con rasgos hemáticos por boca			
	Crepitantes basal derecho			
	Extubación sin progresión			
	Gasto hemático sonda mediastinal			
Nutrición	Deshidratación en mucosas orales	Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
	Hemoglobina 8.2 gr/dl			
	Polifarmacia			
Eliminación	Distensión abdominal perímetro abdominal de 40cm Ruidos peristálticos 3x´.	Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
	Estreñimiento			
	Uresis forzada con gasto urinario 0.6ml/kg/hra			
Moverse y mantener buena postura	Posición decúbito dorsal	Falta de fuerza	Dependiente	Sustituta
Termorregulación	Hipotermia en miembros pélvicos			

8.4 Diagnósticos de Enfermería

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Alteración en la contractilidad miocárdica r/c bajo flujo coronario m/p aumento del consumo de oxígeno (6.664), taquicardia sinusal 119 lxm, llenado diastólico retardado 56 mmHg.		
OBJETIVO		
Disminuir aumento de consumo de oxígeno a nivel coronario		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Monitoreo hemodinámico invasivo (balón de contrapulsación)	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de curvas que identifican bajo flujo diastólico • Vigilar frecuencia cardiaca • Observar mediante ultrasonido el flujo coronario y posibles isquemias. 	
Evaluación	Continua con taquicardia sinusal, con tensión diastólica variable (60 -70 mmHg).	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Diminución del retorno venoso r/c precarga alterada m/p presión telediastólica 6 cmH2O, oliguria 0.4ml/kg/hra, taquicardia sinusal 119 lxm, presión de enclavamiento en cuña 15 mmHg.		
OBJETIVO		
Mejorar la precarga		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de apoyo aminérgico (norepinefrina, vasopresina) • Ministración de volumen con soluciones cristaloides • Determinar la necesidad de apoyo aminérgico con Dopamina 	
Mejorar perfusión	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificación horaria de gasto urinario • Ministración de diuréticos de asa • Control de líquidos • Medición horaria de presión telediastólica y presión de enclavamiento en cuña 	
Evaluación	Mantiene uresis horarias de 0.4-1.2 ml/kg/hra, mejora la precarga con aporte de soluciones cristaloides Hartman, con cargas controladas cada 4 horas de 200ml, la presión de cuña se mantiene en 12mmHg y presión telediastólica 7cmH2O.	

NECESIDAD ALTERADA

Necesidad de Oxigenación

DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA

Alteración de la disponibilidad de oxígeno r/c cambios en la membrana alvéolo capilar m/p alcalosis respiratoria compensada, PH 7.41, PCO₂ 34 mmHg, PO₂ 73.9 mmHg, HCO₃ 25.2 mEq/litro, EB 0.7mmol/l, SO₂ 94.2%, Lactato 0.92 mg/dl., esfuerzo respiratorio (disociación toracoabdominal), diaforesis.

OBJETIVO

Mejorar el intercambio gaseoso

Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Mantener equilibrio ácido base	<ul style="list-style-type: none">• Retención de CO₂ respiratorio• Manejo de soluciones isotónicas• Uso de capnografía• Toma de gasometría arterial	
Ventilación mecánica	<ul style="list-style-type: none">• Modificar parámetros ventilatorios (Asisto-Control, por volumen con PEEP 5, volumen corriente 265ml/kg, Fr 12.• Cuidados de circuitos externos• Hiperoxigenar en caso de hipoxemia	
Evaluación	Los parámetros ventilatorios funcionaron para obtener acoplamiento con el ventilador y equilibrio ácido base, pH 7.37, PCO ₂ 36mmHg, PO ₂ 94%, SaO ₂ 97%.	

NECESIDAD ALTERADA

Necesidad de Oxigenación

DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA

Ritmo cardiaco inestable r/c lesión coronaria posterolateral derecha m/p por taquicardia sinusal (119 lpm), elevación de onda ST.

OBJETIVO

Estabilizar el ritmo cardiaco y prevenir complicaciones que pongan en peligro la vida.

Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Monitoreo hemodinámico	<ul style="list-style-type: none">• Observar actividades que propicien la alteración de la frecuencia cardiaca.• Medir TAM, presión telediastólica y presión en cuña• Toma de ECG de 12 derivaciones.• Observar la frecuencia y presencia de arritmia.• Programación del marcapasos transcutáneo.• Ministración fármacos antiarrítmicos.	
Evaluación	A la monitorización hemodinámica no invasiva y en la toma de ECG de 12 derivaciones se mostró un ritmo sinusal se mantuvo con taquicardia y no fue necesario el uso de marcapasos transcutáneo.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de aspiración r/c depresión del reflejo nauseoso.		
OBJETIVO		
Evitar el riesgo de aspiración y posibles complicaciones.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Mantener permeabilidad de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar posición semifowler • Aspiración de secreciones de acuerdo con la necesidad de la persona. • Auscultación de campos pulmonares antes y después de la aspiración. • Monitorización de la frecuencia respiratoria. • Registrar características de las secreciones. • Utilizar precauciones estándar en cada aspiración. 	
Prevención de la aspiración bronquial	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar permeabilidad de la sonda orogástrica. • Cuantificar residuo gástrico previa medicación. 	
Evaluación	Con las intervenciones realizadas se redujo el riesgo de aspiración bronquial.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de perfusión coronaria ineficaz r/c lesión de arterias coronarias derecha (marginal), izquierda (circunfleja).		
OBJETIVO		
Favorecer la perfusión y evitar la demanda al miocardio.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Cuidados cardiacos	<ul style="list-style-type: none"> • Toma e interpretación de ECG • Evaluación de la circulación periférica 	
Terapia farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de antiagregantes plaquetarios (enoxaparina) • Administración de vasoactivos (norepinefrina) 	
Control de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar función renal. • Cuantificación de ingresos y egresos • Realizar balance hídrico. 	
Cuidados del estado hemodinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del llenado capilar. • Vigilancia de temperatura en extremidades (perfusión periférica). • Cuidados de compromiso vascular 	
Vigilar parámetros hemodinámicos invasivos	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de tensión arterial media • Observar cifras de presión telediastólica y presión en cuña. • Limpieza de acceso en técnica estéril. 	
Evaluación	La perfusión tisular coronaria se mantiene adecuada, sin modificación en el ECG de 12 derivaciones, con alteración del segmento de ST, en ritmo sinusal. Se mantiene en control con vasoactivos, con dosis respuesta y con titulación de ésta de acuerdo al estado hemodinámico (10 ml/hora).	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Pérdida hemática excesiva r/c herida y drenajes quirúrgicos m/p hemoglobina 8gr/dl, palidez, retardo en el llenado capilar y gasto hemático activo 250 ml/turno.		
OBJETIVO		
Evitar el riesgo de anemia por gasto activo de sonda mediastinal		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Totalmente dependiente
Intervenciones	Acciones	
Cuidados de sonda mediastinal	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los bordes • Monitoreo de las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Cambio de apósito si esta empapado. • Registro de la localización, tamaño y aspecto de la herida. 	
Reposición de pérdida hemática	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusión sanguínea • Vigilar laboratorios, en especial HB. • Vigilar signos vitales pre, trans, y post transfusión. • Control y vigilancia de cifras de hemoglobina • Vigilar llenado capilar • Vigilar coloración tegumentaria. 	
Evaluación	La hemoglobina incrementó a 9 mg/dl; cabe mencionar que el gasto de la sonda mediastinal es seroso y mínimo 50 ml/turno (después de 4 días).	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Alteración en la perfusión tisular periférica r/c uso de vasopresores m/p piel fría y llenado capilar retardado a 4''.		
OBJETIVO		
Mejorar la perfusión tisular periférica.		
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Totalmente dependiente
Intervenciones	Acciones	
Vigilar la perfusión tisular periférica.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar temperatura cada hora. • Control de la presión arterial, pulso y respiración. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Aplicación de calor seco. • Vigilar infusión de Vasopresor 	
Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener Vasopresor en mínimas cantidades dependiendo de la respuesta • Toma y registro de signos vitales por hora 	
Evaluación	Se usa norepinefrina a dosis respuesta, se mantiene con constantes vitales dentro de los parámetros. Así como, se mantiene con temperatura de 36.6°C.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Eliminación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de lesión renal r/c polifarmacia y uso de vasopresores		
OBJETIVO		
Evitar lesión renal		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Totalmente dependiente
Intervenciones	Acciones	
Vigilar la función renal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificación horaria de uresis • Control de gasto urinario • Vigilar la necesidad de uresis forzada • Balance de ingesta y diuresis de 24 horas. • Vigilar densidad urinaria • Observar coloración y aspecto de orina • Vigilancia de edema o anasarca • Vigilancia de turgencia cutánea 	
Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Ministración diurética de asa. • Vigilar interacción de fármacos nefrotóxicos. • Vigilar gasto urinario post diurético 	
Evaluación	Se mantiene con gasto urinario por 24 horas de 1.2 ml/kg/min, con uresis forzada de furosemida 20 mg cada 12 horas, no se nota edema significativo, sin embargo, la turgencia de la piel esta levemente comprometida.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Eliminación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Eliminación intestinal inadecuada r/c reducción de la motilidad del tracto gastrointestinal, m/p disminución de la frecuencia de la evacuación, distensión abdominal, perímetro abdominal de 80 cm, masa abdominal palpable, peristaltismo disminuido >2 movimientos por minuto.		
OBJETIVO		
Mejorar la motilidad gastrointestinal y favorecer la eliminación.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Totalmente dependiente
Intervenciones	Acciones	
Manejo de estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Vigilar la aparición de peristaltismo. • Identificar factores (medicamentos, reposo en cama y falta de dieta), que pueda causar estreñimiento o que favorezca al mismo. • Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales adversos. • Masaje a marco cólico • Enema evacuante. • Administración de contumax. 	
Evaluación	Con el apoyo del contumax, y el masaje al marco cólico y la realización del enema, disminuyó la distensión abdominal y hubo presencia de evacuaciones.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Nutrición		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Desequilibrio en los requerimientos nutricionales r/c inestabilidad hemodinámica m/p peso 74kg, IMC 27.8, deshidratación en mucosas orales, vaciado gástrico biliar 50ml.		
OBJETIVO		
Mantener y favorecer el aporte de nutrientes.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Control de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar en cama cada mañana • Calcular índice de masa corporal diario. 	
Aporte de nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar balance hídrico estricto • Vigilar glucemia en sangre. • Sugerir dieta polimérica 	
Evaluación	Se mantiene en ayuno, sin embargo, el gasto biliar continuo. Se cuantifica por turno y tiene un gasto de 40 ml. por turno aprox.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de moverse y mantener buena postura		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Intolerancia al cambio postural r/c inestabilidad hemodinámica m/p taquicardia sinusal, alteración en la frecuencia respiratoria, compromiso vascular miembro pélvico derecho.		
OBJETIVO		
Evitar movilización con monitoreo hemodinámico invasivo.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Cuidados en el cambio postural	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar utilizar ropa de cama áspera y con textura. • Mantener postura alineada. • Movimiento en bloque. • Uso de colchón de presión alterna para evitar UPP • Vigilar estado de la piel • Aplicar medidas profilácticas antiembolíticas. 	
Evaluación	El reposo absoluto solo fue por dos días por el balón de contrapulsación intraaórtica, sin embargo, la movilización en cama es gentil y se brindan cuidados de la piel, baño de esponja por día. Mantuvo saturación de oxígeno de 95%, y frecuencia cardiaca de 100 lpm.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de moverse y mantener buena postura.		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Alteración en la movilidad física r/c efectos de sedación y analgesia, m/p escala Daniel's 4/5 en las cuatro extremidades.		
OBJETIVO		
Evitar atrofia muscular y articular de extremidades.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Totalmente dependiente
Intervenciones	Acciones	
Movilización articular	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar para la ejecución de arcos de movimiento en articulaciones mediante movimientos pasivos de acuerdo a sus posibilidades. • Apoyar la movilización al menos cada 2 horas, vigilando la correcta alineación anatómica y proteger prominencias óseas. • Integrar y explicar a los familiares en la realización de los ejercicios pasivos. • Valorar y proteger la integridad de la piel cada vez que se movilice al paciente. 	
Evaluación	Se realizaron movimientos pasivos y se preservó la elasticidad y flexión de las articulaciones y de los movimientos corporales inducidos por el personal de enfermería y familiares.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de higiene y protección de la piel.		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo lesión cutánea r/c inmovilidad física m/p piel seca, úlcera por presión grado 1 en prominencias óseas.		
OBJETIVO		
Disminuir el riesgo de lesión cutánea.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Vigilancia y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Observar coloración de la piel, pulsos, texturas, y si existe inflamación, edema y úlceras en extremidades. • Vigilar color y temperatura de la piel. • Valorar necesidad conforme a escalas Norton y Braden. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. • Observar presencia de zonas de fricción o presión. • Realizar baños de esponja y secar bien posterior al mismo • Lubricar con vaselina la piel posterior al baño. • Realizar cambios posturales cada dos horas. • Protección de prominencias óseas. 	
Evaluación	La piel se mantuvo íntegra e hidratada, con las medidas de protección tomadas.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de higiene y protección de la piel.		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Pérdida de la integridad de piel en la comisura bucal r/c dispositivos invasivos en la vía aérea m/p lesión grado 2 en comisura bucal bilateral, mucosa oral pálida y deshidratada.		
OBJETIVO		
Mejorar la integridad de la piel y favorecer hidratación oral.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Cuidado bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda. • Lavado bucal con clorhexidina 0.12% o enjuague bucal con agua. • Hidratación bucal y labios • Aplicación de pomada en comisuras (italdermol). 	
Evaluación	La comisura está en proceso de cicatrización, con bordes limpios.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de evitar peligros		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de compromiso vascular r/c balón de contrapulsación intraaórtica.		
OBJETIVO		
Evitar compromiso vascular		
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Cuidado de dispositivos hemodinámicos invasivos	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el sitio de inserción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva. • Monitorizar la frecuencia y ritmo cardiaco. • Asistencia en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva. • Calibrar el equipo cada 4 a 12 horas • Monitoreo de ondas hemodinámicas. • Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea. • Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección. • Cambio de solución cada 24 horas. 	
Vigilar compromiso vascular	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar coloración de miembros distales. • Vigilar llenado capilar. • Vigilar temperatura. • Colocación de vendaje de jones en miembro pélvico derecho. • Vigilar retorno venoso y arterial. 	
Evaluación	El riesgo de compromiso vascular era referente al balón de contrapulsación intraaórtica, sin embargo, ésta duro 2 días, se retiró y se mantuvo en vigilancia continua el sitio de inserción y el miembro pélvico derecho. Con buena coloración, llenado capilar y buena temperatura.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Evitar Peligros		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de caída r/c inestabilidad hemodinámica, y sedoanalgesia.		
OBJETIVO		
Evitar caídas durante su hospitalización.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Prevenición de caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar los barandales laterales de longitud y altura adecuada. • Mantener freno en cama en todo momento. • Instruir a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas como disminuir dichos riesgos. • Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas. • Mantener vigilancia estrecha en el paciente. 	
Cambio postural	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar colchón de presión alterna. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Colocar posición terapéutica especificada. • Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada. • Fomento a realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento. • Girar al paciente en bloque. 	
Evaluación	Los cambios posturales fueron en bloque, y esto fue a partir del retiro del balón de contrapulsación intraaórtico. Siempre se mantuvo la alineación corporal y los barandales en alto.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de evitar peligros.		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Perfusión tisular ineficaz r/c monitoreo invasivo m/p disminución de pulsos periféricos 58 lxm, miembro pélvico frío, llenado capilar retardado 4"		
OBJETIVO		
Favorecer la adecuada perfusión tisular.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Vigilancia de la perfusión tisular	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos de hipoperfusión. • Llenado capilar • Pulsos periféricos • Temperatura de las extremidades • Coloración de las extremidades. • Gasto urinario • Monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo. 	
Mantener adecuada perfusión tisular	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de vasopresores a dosis respuesta, con norepinefrina de acuerdo a la indicación médica. 	
Evaluación	Con la vigilancia constante de los signos de hipoperfusión y la ministración de norepinefrina se logró mantener la adecuada perfusión tisular, manteniendo volúmenes urinarios moderados, llenado capilar de 2", temperatura distal comprometida, pulsos periféricos en buena intensidad y TAM 80 y 90mmHg.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de evitar peligros		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de sangrado r/c ministración de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios.		
OBJETIVO		
Evitar riesgo de sangrado		
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si es necesaria la ministración de anticoagulantes • Aplicar anticoagulante con técnica correcta, evitar hematomas • Sugerir la disminución de dosis de antiagregante plaquetario. 	
Prevención de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar datos que indiquen hemorragia. • Observar si hay presencia de hematomas, equimosis. • Toma de tiempos de coagulación • Control de signos vitales 	
Evaluación	No hubo presencia de equimosis ni hematomas; la herida quirúrgica y el sitio de inserción del catéter yugular tuvo mínimo sangrado.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de evitar peligros		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de infección r/c herida quirúrgica en tórax a nivel esternón, punción en safena (balón de contrapulsación).		
OBJETIVO		
Evitar el riesgo de infección.		
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Prevención de la infección	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos mediante los 5 momentos. • Utilizar medidas de precaución estándar (batas, cubrebocas y guantes). • Manipulación de herida y líneas intravenosas con técnica aséptica. • Manejo de antibióticos intravenosos. • Vigilar aspecto de la herida. • Vigilar manejo de sondas y catéteres. 	
Cuidados de accesos invasivos	<ul style="list-style-type: none"> • Curación de accesos con técnica estéril • Vigilar datos de proceso infeccioso • Cubrir con gasa estéril y apósito transparente las entradas de los accesos. 	
Evaluación	La manipulación de las heridas y de los catéteres con las precauciones pertinentes, favorece para evitar infección dentro del área hospitalaria. Se mantiene la herida esternal con bordes afrontados sin exudados, ni datos de infección.	

CUIDADOR PRIMARIO

NECESIDAD ALTERADA		
Descanso y sueño		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Fatiga del cuidador primario r/c estancia prolongada y procedencia foránea m/p expresa deseos de regresar a sus actividades normales, deseos de descansar en su entorno, fascies de desvelo.		
OBJETIVO		
Evitar sobrecarga de estrés por mal descanso		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Confort	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las formas de descanso • Fomento a las siestas (entre visitas) • Verificar que tenga un entorno cómodo • Usar ropa cómoda 	
Distracción	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar de forma amena que le ayude a disminuir el estrés. • Sugerir lugares de distracción pasiva (biblioteca, ludoteca) 	
Evaluación	El cuidador tuvo disposición de mejorar su sueño y descanso.	

8.5 Valoración focalizada 27 noviembre 2018.

I. OXIGENACIÓN

Bajo efectos de sedo-analgésia, pupilas isocóricas normoreflejas, cuello simétrico, pulsos carotídeos sincrónicos al latido cardíaco con intensidad normal y frecuencia, catéter venoso central yugular derecho sin datos de inflamación periférica, con sangrado moderado en la periferia, narinas permeables, tubo orotraqueal, secreciones espesas moderadas, con rasgos hemáticos por boca a la aspiración, apoyo ventilatorio mecánico en modalidad controlada por volumen Fr 18, PEEP 8, FiO₂ 35%, P_{MAX} 19, VC 360, con lo cual satura a 96%, cánula orotraqueal 6cm, a 22 cm de la comisura labial, ruidos respiratorios presentes sin auscultar estertores ni sibilancias, gasometría arterial PH 7.35, PCO₂ 36mmHg PO₂ 90mmHg, HCO₃ 22mEq/litro, EB 0.7, SO₂ 98% Lactato 0.92.

Tórax simétrico con herida quirúrgica con bordes afrontados con grapas; los ruidos cardíacos son rítmicos, con adecuada intensidad en taquicardia sinusal, monitoreo cardíaco continuo, pulsos periféricos con adecuada intensidad, llenado capilar de 2”.

Ana el día 26 de noviembre se extuba, cae en paro respiratorio, e inició de nuevo la intubación

II. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Reflejo de deglución abolido por sedación, lengua y úvula centrada, sonda orogástrica para alimentación y ministración de medicamentos enterales, mucosas orales deshidratadas.

Dieta polimérica 900 kcal en 900 de líquidos totales en semifowler estricto en tres tomas.

Terapia intravenosa:

- ✓ Solución Hartman 1000ml + 2gr de sulfato de magnesio pasar a 41ml/hra
- ✓ Midazolam 250 mg aforado en 250 ml de sol. fisiológica al 0.9% 5ml/hra.
- ✓ Norepinefrina 20 mg aforados en 250 ml de solución fisiológica.
- ✓ Vasopresina 40 unidades aforado en 100 ml de solución fisiológica, pasar a 10ml/hra. Suspender al término
- ✓ Dexmedetomidina 200 microgramos 2 ámpulas intravenosas en 100ml de solución Salina al 0.9% 5ml/hra.

- ✓ Dobutamina 500mg en 100 ml de solución salina al 0.9% a 2ml/hra.
- ✓ Amiodarona 900 mg aforados en 100 ml de solución fisiológica para 24 horas

Medicamentos:

- ✓ Ceftriaxona 1gr cada 12 horas IV
- ✓ Omeprazol 40mg cada 24 horas IV
- ✓ Paracetamol tabletas 500 mg, 1gr VO cada 8 horas.
- ✓ Ácido acetilsalicílico tabletas de 100mg por SNG cada 24 hrs.
- ✓ Clopidogrel tabletas 75mg por SNG
- ✓ Atorvastatina tabletas 80 mg por SNG
- ✓ Enoxaparina 40mg SC cada 24hrs.

III. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Abdomen distendido, timpánico, a la auscultación se encontró con peristaltismo aumentado presenta de 10 por minuto, sin visceromegalias y perímetro abdominal de 60 cm., evacuación con escala Bristol 6, genitales íntegros, sonda transuretral tipo Foley a derivación No. 14 Fr. Con flujo urinario color amarillo ámbar, sin turbulencia ni sedimentos, mililitros variables ml/24 hrs, y 1.61ml/kg/hr. Creatina 0.83mg/dl, TFG 61 ml/min/1.17.

8.6 Diagnósticos de Enfermería

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Alteración en la respiración espontánea r/c falla en la progresión ventilatoria m/p apnea, cianosis distal, peribucal y ungueal, SaO2 60%.		
OBJETIVO		
Reestablecer y controlar el aporte de oxígeno.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Manejo avanzado de la vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable • Colocar a la persona en posición semifowler. • Auscultar sonidos respiratorios. • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. Mediante las cifras gasométricas y saturación de O2 	
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilación mecánica invasiva con A/C, FiO2 al 55%, Fr 14 rpm, PEEP de 8 cmH2O. • Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro). • Instalación de línea arterial para toma de gasometría arterial. 	
Evaluación	Después de 8 intentos para intubación se colocó tubo orotraqueal 6 Frch. Aumentó la SatO2 de 90% a 98%, y mantuvo un neumotaponamiento 30mmHg.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Vía aérea difícil r/c trauma traqueal m/p visualización de la base de la úvula (mallampati 3), edema de glotis		
OBJETIVO		
Disminuir el edema y evitar respuesta inflamatoria tardía.		
Fuente de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia
Falta de fuerza	Sustituta	Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Vigilancia de la ventilación invasiva	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la presencia de insuficiencia respiratoria • Asegurar que las alarmas del ventilador estén conectadas. • Vigilancia de la sincronía persona ventilador. 	
Disminución del edema de glotis	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo del estado de oxigenación de la persona. • Evitar circuito cerrado con calibre grande para el tubo endotraqueal. • Ministración de corticoesteroides y antiinflamatorios. • Vigilar neumotaponamiento • Evitar movilización de tubo orotraqueal. 	
Evaluación	El edema de glotis disminuyó, con acoplamiento al ventilador, con presencia de gasto hemático por trauma.	

NECESIDAD ALTERADA		
Necesidad de Oxigenación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Riesgo de asincronía ventilatoria r/c sedoanalgesia y progresión temprana.		
OBJETIVO		
Mantener la sincronía ventilatoria.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Farmacoterapia sedación	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de infusiones (dexmetomidina, midazolam) 	
Control de la ventilación mecánica	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay insuficiencia respiratoria. • Vigilar que las alarmas del ventilador estén programadas. • Valorar si se produce un descenso del volumen espirado y aumento de presión inspiratoria. • Vigilar la progresión de la persona con los ajustes de ventilador. 	
Evaluación	Se ajusta sedoanalgesia, la persona se encuentra en sincronía con el ventilador.	

NECESIDAD ALTERADA		
Eliminación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Alteración en la eliminación intestinal r/c adecuación a dieta polimérica m/p evacuaciones diarreicas Bristol 6, aumento del peristaltismo 10", distención abdominal.		
OBJETIVO		
Disminuir deposiciones diarreicas		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Control de evacuaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar evacuaciones características de acuerdo con la escala Bristol • Reponer 1:1 perdidas de evacuación • Toma de coprocultivo 	
Manejo de dieta polimérica	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar residuo gástrico • Auscultar, palpar y percutir abdomen • Proporcionar agua libre cada dos horas • Recalcular aporte calórico 	
Evaluación	Se realizó cálculo de aporte calórico con 1650kcal, disminuyo el tono, matiz y las evacuaciones diarreicas.	

CUIDADOR PRIMARIO

NECESIDAD ALTERADA		
Comunicación		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Colapso emocional r/c ausencia de redes de apoyo m/p desesperanza, ansiedad, temor, aprensión.		
OBJETIVO		
Mejorar comunicación y acercamiento a redes de apoyo inmediatas.		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Intercambio de información	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar procedimientos, evolución de su familiar • Mejorar la red de comunicación enfermera- médico-cuidador primario. 	
Manejo de emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar redes de apoyo inmediatos (familiares, trabajo social, tanatología, representante religioso) • Enseñar terapia de relajación 	
Evaluación	El cuidador primario recurrió a trabajo social, y mantiene más comunicación con el equipo multidisciplinario, verbalizó dudas sin llegar a la aprensión	

NECESIDAD ALTERADA		
Aprendizaje		
DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA		
Disposición para mejorar el estado de bienestar m/p expresar deseos de cuidar, proteger y asistir a su familiar.		
OBJETIVO		
Apoyar el proceso de rehabilitación		
Fuente de dificultad Falta de fuerza	Rol de enfermería Sustituta	Nivel de dependencia Dependiente
Intervenciones	Acciones	
Rehabilitación cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar tipos de reposo • Mostrar movilización en cama • Orientar sobre el cuidado de alimentación • Señalar la importancia de deambulación asistida • Baño en silla y con familiar • Enseñar signos de complicación de estado de salud. 	
Evaluación	El cuidador primario (hijo) no realizó todas las actividades ya que se explica que es un proceso prolongado y lento.	

9.0 Evaluación del Proceso

Los cuidados otorgados hacia Ana en la unidad coronaria fueron óptimos, el 28 de noviembre se progresó del apoyo ventilatorio, previo a esto, ya antes mencionado, se retira catéter Swan Ganz, Balón de Contrapulsación intraaórtico, y sondas mediastinales, y se disminuyó la sedoanalgesia.

Hubo progresión ventilatoria y tolerancia de la vía oral, se propuso dieta líquidos claros y a progresar. Iniciaron los cuidados primarios en la rehabilitación cardíaca, y fue egresada del servicio para brindar seguimiento en área de hospitalización.

En estos casos, se pudo observar que la persona tuvo un tratamiento oportuno, lo cual hace alusión al artículo antes mencionado del Instituto Mexicano del Seguro Social, que nos habla sobre el programa oportuno Código Infarto.

Así mismo pude llevar a cabo una comparación sobre la atención brindada en nuestro país, notando que estamos muy relacionados con Cuba y Argentina, en donde la especialidad mantiene sistemas de apoyo, manejo hemodinámico, y conocimiento para brindar los cuidados especializados. (9)(10)

10. PLAN DE ALTA

Fue dirigido hacia el cuidador primario, con ayuda y aprobación del área médica. Se explicó la importancia del uso de bata y cubre bocas al momento del ingreso y contacto con Ana.

✓ Necesidad de oxigenación

- Cuidados cardiacos

Con ayuda del familiar se sugirieron los cuidados cardiacos y se explica de manera verbal la progresión de éstos ya que todos los cuidados y las actividades a desarrollar son progresivas.

✓ Necesidad de nutrición

- Fomento de hábitos dietéticos por medio del plato del buen comer y la jarra del bien beber.
- Recordar la restricción de sodio, azúcar y grasas.

✓ Necesidad de eliminación

- Enseñanza del masaje al marco cólico.
- Uso de laxantes si existe estreñimiento.

✓ Necesidad de moverse y mantener adecuada postura

- Cambios posturales
- Ejercicios pasivos
- Cambios posturales
- Fomentar al familiar también al paciente de una forma que brinde seguridad, confort y que esto no provoque lesiones en salientes óseas.

✓ Necesidad de higiene y protección de la piel

- Vigilar salientes óseas (puntos de apoyo) para evitar UPP.

Al momento de la lubricación, los cambios posturales gentiles, vigilar datos de úlceras, con apoyo de imágenes vía internet se explica los tipos de lesiones por presión.

✓ Necesidad de evitar peligros

- Los cinco momentos de lavado de manos

Se explica mediante el esquema que está en cada sala y también la técnica adecuada al familiar que entra a la visita.

- Hábitos higiénicos y precauciones de aislamiento

Mediante las tarjetas de diferentes tipos de aislamientos, se hace un llamado de conciencia, para que éstos sean tomados en cuenta, así mismo se sugiere a toda persona que se encuentre en contacto con Ana que mantenga su cabello recogido y con uñas cortas, manipulación de guantes y uso de cubrebocas, no porque haya agentes de contagio con Ana, sino por protección y prevención de ambas partes.

- Signos y síntomas de alarma

Se informa también a familiar sobre los signos de alarma, como:

- dificultad para respirar
- mareo
- cefalea
- alteración del estado de conciencia
- dolor torácico
- taquicardia o bradicardia.

En herida quirúrgica:

- aumento de bordes
- cambio de coloración
- salida de secreción
- fiebre.

En punción por balón de contrapulsación:

- observar cambios de coloración
- llenado capilar
- temperatura.

✓ **Necesidad de aprendizaje**

- Cuidados de rehabilitación cardíaca

Se brinda plática sobre los cuidados cardíacos, así como la progresión de su rehabilitación, claro está que fue complementada la información con la que ya el médico le había brindado. Se otorga información escrita en un tríptico. (Anexo 2)

11. CONCLUSIONES

La valoración de una persona en estado crítico, mediante las 14 Necesidades de Virginia Henderson nos ayuda a poder priorizar y poder brindar un cuidado especializado, y poder realizar diagnósticos reales y de riesgo mediante el formato PES, para poder mantener o mejorar el estado de salud de la persona.

Las intervenciones que se brindaron a Ana lograron modificar su estado de salud, sin embargo, algunas intervenciones no, y esto también nos ayuda a volver a revalorar y poder realizar otras intervenciones, considero que esta es la finalidad; el dar ese significado de nuestras intervenciones como estudiantes de especialidad.

Afortunadamente, Ana egresó de la unidad coronaria, ya que tuvo una buena progresión del apoyo ventilatorio, se retiraron sonda mediastinal, balón de contrapulsación intraaórtica, dispositivo Swan Ganz, por criterio médico deciden realizar cuidados cardiacos incluyendo en éstos al familiar. Actualmente, Ana se encuentra en el servicio de hospitalización en espera de retiro de grapas.

La práctica se vio limitada, ya que la rehabilitación se brinda en piso y la hora de visita era muy reducida.

La experiencia como estudiante fue provechosa, logré cumplir más de un objetivo, reafirmé mi conocimiento teórico, ya que relacioné la teoría vista en el aula, con mis intervenciones en la práctica clínica. Las cuales estaban basadas en la evidencia y pude realizarla de manera segura mis actividades.

12. Referencias

1. Cuesta Y, Domínguez J, León C. Bases metodológicas para la presentación de casos de enfermería con fines docentes en ambiente virtual [Internet]. Cuba: 2016, [Consulta el día 12 noviembre 2018], Disponible en: <https://bit.ly/3ecRqIN>
2. Martínez Merlo Jorge Andrés, Lastre Amell Gloria Elena, Cassiani Caroli. Cuidados de enfermería en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Ene. [Internet]. 2019 [citado 2020 Abr 10]; 13(2):1329. Disponible en: <https://bit.ly/2zffkol>
3. Martínez M. Infarto Agudo de Miocardio [Internet]. México (Cdmx): CONACYT; 2014 [revisado 2014; consultado 15 noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2XraHzg>
4. Resultados a corto-mediano plazo en revascularización miocárdica aislado con injerto de arteria mamaria interna bilateral en 497 pacientes. SECCE Cirugía Cardiovascular. [Internet] 2017 [consultado 10 abril 2010]; vol. 23 :11-17. Disponible en: <https://bit.ly/3cVVXyV>
5. L. Peña-Ortiz, Y. Hernández-Moncada, J. Morales-Morales, G. Zambrano-Plata. Latido de vida: vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular en una unidad de cuidado intensivo. Rev. Ciencia y Cuidado. [Internet] 2017 [consultado 10 abril 2020]; vol. 16 No. 2. pág. 2-4. Disponible en: <https://bit.ly/2LOpGhw>
6. À. Teixidó Martínez, P. Ortiz Olmo, M. Ortiz, N. Escobar, N. Pascual. Cuidados de Enfermería post cirugía cardíaca en personas de edad avanzada: reflexiones desde la complejidad de la práctica del cuidado. Enfermería en Cardiología. [Internet] 2014 [consultado 11 abril 2020]; 46 (14). Disponible en: <https://bit.ly/2WTpCU0>
7. Mendieta Torres MM, Castro Moreira GA, Santana Bailón XT, Posligua Anchundia JJ, Arteaga Castro YX, Sancan Zambrano CF. Riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de pacientes cardiopatas. RECIMUNDO [Internet]. 4mar.2020 [citado 3abr.2020]; 4(1). Pág. 335-358. Disponible en: <https://bit.ly/2WUjvP5>
8. Paniagua M. Infarto agudo de miocardio en las mujeres, Sociedad Internacional de Cardiología, [Internet], 2017, [Consultado el día 15 noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2XIYT1j>
9. Hernán C., Borracci R., Consenso de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST; Conceso de la Sociedad Argentina de Cardiología. Revista Argentina de Cardiología; [Internet] 2017 [consultado el 15 de noviembre 2018] vol.83(4) pág. 1-40. Disponible en: <https://bit.ly/3cXK2Rk>
10. Nurys B., Dueñas A., Noval R., Ortega Y., Acosta M. Cardiopatía Isquémica en Cuba, una puesta al día. Rev. Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [Internet] 2015 [consultado: 10 enero 2019]; vol. 21(6). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/597/pdf_15.
11. Zughaft D., Harnek J., Una revisión de la función de las enfermeras y los técnicos en el infarto de miocardio con elevación del segmento ST, Euro Intervention, [Internet] 2014 [consultado el día 10 Enero 2019]; Disponible en: <https://bit.ly/3c3iNnj>
12. Bernat R., Bros R., Revisión actualizada sobre la cardiopatía isquémica: estudio de un caso. [Internet] 2015 [Consultado 10 Enero 2019]; Disponible en: <https://bit.ly/3eidAJP>

13. Borrayo G., Rosas M., Pérez G., Ramírez E., Almeida E. Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento st: código I, Rev. Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018; 56(1): 26-37.
14. Congreso Historia Enfermería [Internet]. Chiapas: Martínez, 2015 [actualizado febrero 2016; consultado 9 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>.
15. Cristina B. Fundamentos Disciplinarios de la Enfermería. Rafael G. Antología Teorías y Modelos de Enfermería. 2009. Universidad Nacional Autónoma de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 2009; pag. 5- 112.
16. Organización Mundial de la salud, Organización mundial de la salud. [Internet].; 2018. [consultado 17 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>.
17. Diario Oficial de la Federación [Internet]. Estados Unidos Mexicanos: Luis Rubén D. 13 Agosto 2012 [actualizado 13 Octubre 2012; revisado 10 Septiembre 2018]; Disponible en : <https://bit.ly/3ebvKN1> .
18. Olivé Ferrer Carmen. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Salus [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 09]; 19(3): 20-26. Disponible en: <https://bit.ly/3ealAv1>
19. José C.B., Francisco L. C., Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Primera edición; [Internet] 2014 [consultado el día 16 junio 2019]; disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
20. Y. Naranjo Hernández, M. Rodríguez Larrinaga, J. Concepción Pacheco. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev. Cubana [Internet] 2016 [consultado 22 abril 2020]; vol. 34: pág. 13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf21416.pdf>
21. Raúl L. A. Manuel CTO de Enfermería. Enfermería fundamental. [Internet] 2016 [consultado 22 mayo 2020]; grupo CTO. Pág. 24- 26. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/07_Enfermeria_Fundamental.pdf
22. Marie E. Pokorny. Teorías en Enfermería de importancia histórica. En: Miriam Rodríguez Monforte. Modelos y Teorías en Enfermería. Nursing Theorist and Teir Work. Barcelona.: Elsevier. 2015; pág. 50-70.
23. Quintero J. Teoríaa de las Necesidades de Maslow, [internet] 2017, [Consulta el 18 Noviembre 2018], disponible en: <https://bit.ly/3efyFEH>
24. Muriel L., Gutiérrez V., Granda L., Palacios K., Trabajo final Necesidades Básicas, Corporación Universitaria Remington Enfermería.[Internet], septiembre 2014, [consultado el día 11/1/19], Disponible en: <https://bit.ly/2TxpabY>
25. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Pág. [Internet]. 2013 [consulta 10 octubre 2018]; Vol. (13): pág. 41-48. Disponible en: <https://bit.ly/2znpdjF>
26. NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2015 – 2017, Vol. 10. Edición 1ª. Elsevier. España: 2015.
27. Consejo de Salubridad. Guías de Práctica Clínica. Primera Edición. Centro de Excelencia Tecnológica y de Salud. Ciudad de México: 2013.
28. I. Morales Pogoda, D. Rugerio Trujillo, M. Ramírez Valdez, G. Maza de la Torre. Criterios de ingreso-egreso a las unidades de cuidados intensivos, sustento legal aplicable. Medigraphic.[Internet] 2019 [consultado 11 abril 2020]; vol. 73 pág. 65-68. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2019/sm191k.pdf>

29. J.E. Alcalá López*, C. Maicas Bellido, P. Hernández Simón y L. Rodríguez Padial. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine*. [Internet].2017.[consultado el 15 de Enero 2019]; vol.12(36); 2144- 2152, Disponible en: <https://bit.ly/3gfSKML>
30. Aguilera M., Calvo R., Cobo J., Garrido J., Manual de Atención al Síndrome Coronario Agudo en el ámbito de la medicina de urgencia y Emergencia. Primera Edición: España; Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencia Agrupación Andalucía,2014.
31. Latou P.J., Cabello J.B., Significado clínico del síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST., *Medicina Intensiva*. Elsevier Doyma. [Internet] 2016 [consultado 6 junio 2019] vol. 35; no. 5
32. Arango J., Nassif M., Narváez J., Rentería M., Rivas L., Guías de práctica clínica basadas en la evidencia Enfermedad coronaria angina estable e inestable. asociación colombiana de facultades de medicina – ascofame. seguro social salud, [Internet] 2017[consultado el día 6 de junio 2019]; pág 31-35. Disponible en: <https://bit.ly/2Zseijm>
33. A .Albarrán, M. García-Bouza, B. Ramchandani, D.IPerez. resultados de la cirugía coronaria sin circulación extracorpórea en el contexto del infarto agudo de miocardio. [internet]. 2017 [consultado 10 abril 2020]; vol. 24, pag.86 – 90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134009616301966>.
34. Vera O., Aspectos Bioéticos en la atención de las pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Revista médica la Paz*. Scielo. Vol. 21., no. 1, [Internet] 2015, [Consultado el día 16 Noviembre 2018], Disponible en: <https://bit.ly/2A1h4By>
35. López R. M., Nafeh A.R., Leyva Q.A., Intervencionismo coronario frente a cirugía de revascularización miocárdica en pacientes con enfermedad multivaso. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. Vol. 23, No. 3 (2017), Cuba,[Internet], consultado el día 6 Junio 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2017/ccc173b.pdf>.
36. A. Moreno González, L. Martínez Ramírez, F. Flores Figueroa, G. Cueto Robledo, M. Antonio de la Viña, F. Baranda Tovar. Cuidados posoperatorios del paciente no complicado. *Archivos de cardiología de México*. Elsevier. [Internet] 2015 [consultado 16 abril 2020]; vol. 81, pág. 16-23. Disponible en; <https://bit.ly/2LON7Y5>
37. Escobar C.B., Cid H.P., Cuidados de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*. Scielo. Vol. 24, no. 1, [Internet] 2018, [Consultado el día 6 Junio 2019], Disponible en: <https://bit.ly/3cRXbeF> .
38. Narro J., Ruiz M., Bioética en la enseñanza de la enfermería. *Gaceta Con bioética*. Publicación trimestral de la Comisión Nacional de Bioética., año VI, Núm. 22. [Internet] 2016 [consultado el día 16 noviembre 2018]. Disponible en : <https://bit.ly/3cYIs1v>
39. Canaviri D. J, Ramírez M.I., Importancia del consentimiento informado. *Revista Científica Ciencia Médica*. Vol. 19, no. 2, Colombia [Internet] 2016 [Consultado el día 6 Junio 2019], Disponible en: <https://bit.ly/2LUtbTI>
40. López X.P. El consentimiento informado en la legislación en salud de México. El médico y la Ley., *Gaceta Médica de México* vol. 132 No. 5 [Internet] 2017 [consultado el día 6 Junio 2019], Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864-2017-132-5-551-557.pdf>.

13. ANEXOS

1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
Manuel Velazco Suárez
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**



Consentimiento Informado

Fecha: _____

La presente valoración es para obtener información que será registrada y analizada para realizar intervenciones, con la finalidad de mejorar la atención de los cuidados en la persona, así como el desarrollo de conocimientos y habilidades en los estudiantes de la especialidad en enfermería del adulto en estado crítico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM.

Toda información que sea proporcionada será de carácter estrictamente confidencial, únicamente con fines académicos y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado.

Su colaboración en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirarse del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o negarse al mismo no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en esta institución _____.

Si usted tiene alguna duda o comentario favor de comunicarse al siguiente contacto:

_____.

Acepto participar

Nombre y Firma

Anexo 2.

Rehabilitación cardiaca

Son actividades que ayudan a la persona a mejorar la calidad de vida después de una alteración o intervención cardiaca.

Ayuda al control de factores de riesgo y mejorar la calidad de vida después de una alteración o intervención cardiaca.



Imagen disponible en: <https://bit.ly/2XrLXUJ>

Entrenamiento físico

Ayuda a reducir lesiones cardiacas, se debe de realizar tres días a la semana con:

- Estiramientos
- Movimientos de articulaciones

Con duración de 15 a 20 minutos.

Poscirugía

Realizar ejercicios mediante 6 semanas.

Realizar ejercicios respiratorios.

Consultar fisioterapia respiratoria.



Imagen disponible en: <https://bit.ly/35r1V0e>

Psicología

Ayuda a tu familia a entender su enfermedad con terapias de relajación.

Si es necesario consulta ayuda de expertos (tanatología, psicología,).



Imagen disponible en: <https://bit.ly/3R15WUJ>

Evitar riesgos

Toma tensión arterial a inicio de las sesiones de entrenamiento.

Lleva control de cintas y estudios

Posterga viajes largos (mínimo 3 meses)

No esfuerces la actividad

Vigila signos de:

Dolor intenso en pecho

Rigidez de cuello y mandíbula

Dificultad para respirar

Inflamación en piernas

Estado de conciencia alterado

Tos seca constante (sonido de foca)



Imagen disponible en: <https://bit.ly/3hYQV3z>

Alimentación

Recuerda que la alimentación es vital para la recuperación. Evita el consumo de:

- Sal
- Embutidos
- Carnes rojas
- Saborizantes
- Colorantes
- Conservadores

Favorece el consumo de:

- Fibra
- Agua
- Carnes blancas (pescado pollo)



Imagen disponible en: <https://bit.ly/3qf5AcR>

“CUIDA
VIGILA Y
PREVIENE”



Imagen disponible en: <https://bit.ly/2R1JLjR>



Elaborado por: Olmos Pérez Bertha Yadira

Asesorado por: M.A.S.S. Silvia Alejandro Escobar