

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

"Aplicado a un paciente con dolor torácico constrictivo relacionado con isquemia miocárdica manifestado por expresión facial de angustia y ansiedad."

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

JUAN CRISTINO MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Director del Trabajo.

Lic. María Magdalena Mata Cortés.

México, D.F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social
Octubre del 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con todo mi amor a mi esposa y compañera, la persona más importante en nuestro hogar, que sin su impulso que nos da día a día a mis hijas y a mí, no hubiera sido posible la terminación de la Licenciatura.

Con todo mi amor y cariño para mis hijas: Amira y Zoila Nhaney, por su apoyo y comprensión que me tuvieron durante la realización de mis estudios.

Con agradecimiento a la Lic. en Enfermería y Obstetricia; Socorro Uribe Figueroa, por su apoyo y coordinación en campo clínico.

Un especial agradecimiento a la Dra. Nora Guadalupe Barrios Martínez Rojas, Coordinadora Delegacional de Educación Médica del I.M.S.S.

INDICE.

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	4
JUSTIFICACIÓN.	7
OBJETIVO GENERAL.	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS.	10
I. MARCO TEORICO.	12
1.1 CONCEPTO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	14
1.2 GENERALIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.	26
1.2 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	30
1.4.1 CONCEPTO.	31
1.4.2 ETIOLOGÍA.	32
1.4.3 CLASIFICACION.	39
1.4.4 DIAGNOSTICO.	41
1.4.5 TRATAMIENTO.	42
1.4.6 PRONOSTICO.	46
II. METODOLOGÍA.	
2.1 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.	48
2.1.1 VALORACION.	48
2.1.2 DIAGNOSTICO.	58
2.1.3 PLANEACION.	61
2.1.4 EJECUCION.	66
2.1.5 EVALUACION.	69

III.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.	
3.1	PRESENTACION DEL CASO CLINICO.	70
3.2	VALORACION.	71
3.3	NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFEMERIA.	79
3.4	PLANEACION.	81
3.5	EJECUCION.	85
3.6	EVALUACION.	110
IV.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	111
	GLOSARIO.	114
	BIBLIOGRAFÍA.	116

INTRODUCCIÓN

Considerando la complejidad del organismo humano y el gran número de posibles causas de enfermedad y muerte; resulta difícil aceptar que en una última instancia la vida de tantos seres depende de dos pequeñas arterias, por lo que es innegable que las enfermedades de las arterias coronarias, que son la fuente única de irrigación del músculo cardíaco ha llegado a constituir la amenaza máxima de muerte en nuestro país y el resto del mundo.

Nunca podrá insistirse lo suficiente, acerca de la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del Infarto Agudo del Miocardio, al respecto la vigilancia intensiva que requieren los pacientes con afecciones coronarias, necesita un sistema de enfermería actualizado sobre el tema, para poder actuar con precisión, desde el ingreso del paciente hasta su egreso.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente, y para aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de la enfermedad.

El proceso de enfermería es un método sistemático de atención de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas, necesidades y asistencia de enfermería, ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería, ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar el resultado de la asistencia.

El proceso de enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basado en los conocimientos. Como afirma Henderson, los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados

con el concepto de Necesidades Básicas, por lo que el siguiente proceso de atención se realizará de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Para la aplicación del proceso de Atención de Enfermería se llevará a cabo mediante las 5 etapas del mismo:

1. Valoración
2. Diagnóstico.
3. Planeación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

VALORACIÓN:

La valoración se considera el pilar del proceso de enfermería porque de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas, para lograrlo es necesario una formación teórica práctica en el campo disciplinario de la enfermera que debe desarrollar las capacidades de observar, analizar y sintetizar para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería.

En esta etapa la enfermera dispone de métodos, medios y procedimientos específicos para la integración de la historia clínica de enfermería, dando inicio al proceso de atención de enfermería, sin embargo es necesario irlo construyendo a lo largo de la intervención de enfermería en forma dinámica y continua de acuerdo a la evolución del cuidado.¹

¹ Op.Cit. PHANEUF, Margot pág. 86.

Al momento de poner en marcha este instrumento, la recolección de los datos se convierte en un "proceso continuo" de recogida de información, a lo largo del trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los paciente.

La valoración se llevara a cabo mediante los siguientes apartados:

- Observación.
- Entrevista.
- Examen físico.
- Historia clínica.

DIAGNÓSTICO:

Los datos obtenidos en la valoración son analizados e interpretados de forma crítica.

Se extraen conclusiones de necesidades y problemas.

Se identifican los diagnósticos de Enfermería.

PLANEACIÓN:

Se desarrollan estrategias para evitar reducir o corregir los problemas identificados en los diagnósticos de enfermería.

EJECUCIÓN:

Inicio y terminación de acciones necesarias para el logro de los resultados definidos en la fase de la planeación.

EVALUACIÓN:

Proceso continuo que determina qué punto se han alcanzado los objetivos asistenciales.

El presente trabajo esta realizado de acuerdo a las etapas del proceso de atención de enfermería, y la aplicación del modelo de Virginia Henderson.

JUSTIFICACIÓN

En más del 90% de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio (IAM), un trombo reciente ocluye la arteria que irriga la región lesionada. Alrededor de dos tercios de los casos se registra una trombólisis espontánea.

Inmediatamente después de una oclusión coronaria aguda, la sangre deja de circular en los vasos coronarios más allá de la oclusión, excepto por pequeños volúmenes de riego colateral de vasos vecinos. El área muscular que tiene un flujo nulo, o tan pequeño que no puede sostener las funciones del músculo cardíaco; a este proceso global se llama Infarto del Miocardio (IAM).

En la angina inestable, un tercio o más de los pacientes estudiados angiográficamente presentan una oclusión trombótica parcial en el vaso que irriga la región afectada de isquemia recurrente; puesto que la objetivación de un trombo en la angiografía puede plantear dificultades.

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM), es una enfermedad localizada en forma predominante en el Ventrículo Izquierdo, aunque la lesión puede extenderse hasta el Ventrículo Derecho, a menudo con insuficiencia tricúspide importante.

La capacidad del corazón para continuar con su función de bombeo está directamente relacionada con la extensión de la lesión miocárdica, estudios han demostrado que los pacientes que mueren en shock cardiogénico habitualmente presentan un IAM, o bien una combinación de infarto antiguo con un infarto reciente, afectando el 50 % o más de la masa del VI, los infartos anteriores tienden a ser mayores y presentan un peor pronóstico que los posteroanteriores.

Entre los años 1968 y 1976, la mortalidad ajustada en cuanto a la edad por arteriopatía coronario en Estados Unidos, disminuyó progresivamente el 20 % . Goldman y Cook en 1984 consideraron que más de la mitad de la declinación se relacionó con cambios en el estilo de vida, de manera específica con el descenso del colesterol sérico y del tabaquismo. Atribuyeron hasta el 24 % de reducción de arteriopatía coronaria a la supresión del tabaquismo. Los cambios dietéticos parecen ser también cruciales.

Ha sido cada vez mayor el interés público acerca de alimentación "saludable para el corazón" en cada década reciente.

Los infartos posteroinferiores reflejan una oclusión coronaria derecha o una oclusión de una arteria circunfleja izquierda dominante.

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un proceso de atención de Enfermería a un paciente con Infarto Agudo del Miocardio, no complicado, para proporcionar cuidados de enfermería de óptima calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar los conocimientos de enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio.

Detectar los signos y síntomas del Infarto Agudo del Miocardio, para proporcionar cuidados específicos de enfermería.

Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, para facilitar su independencia evitando complicaciones.

I. MARCO TEÓRICO:

1.1 GENERALIDADES

La enfermería es una disciplina científica dedicada a la prevención del sufrimiento humano y social, ayuda a la realización de estos aplicando sus conocimientos y habilidades, al cuidado de los enfermos, al mejoramiento, restauración de la salud y la prevención de las enfermedades.

Llevar a la práctica esta meta exige que la enfermera conozca los factores biológicos y psicológicos de las personas sanas y enfermas. No solamente ella participa en la curación y en la asistencia médica, sino también su labor entraña instituir vigilancia del enfermo y suministrar guía y sostén emocionales.²

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades, esenciales para poder suministrar cuidados de calidad. Algunos de ellos –los más fundamentales- constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confiere unas características peculiares.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente, y para aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de la enfermedad.

Primordialmente, estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, apoyándolo en determinados conocimientos y de establecer una relación

² BRUNNER/SUDDART "Medicoquirúrgica" 3ª.ed. Edit. Interamericana. Méx. D.F. 1995 Pág. 1

enfermera-cliente válida. Debe igualmente ser capaz de aplicar estas nociones fundamentales a los diferentes niveles de prevención.³

PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas, necesidades y asistencia de enfermería, ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería, ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar el resultado de la asistencia.⁴

Como afirma Henderson el proceso de enfermería ... "es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminados a resolver un problema". El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar los resultados en el paciente. También proporciona al paciente cuidados con calidad por medio de técnicas y procedimientos oportunos, precisos, exactos

³ HERNÁNDEZ/RODRÍGUEZ/SANDOVAL. "Proceso de Atención de Enfermería" ANTOLOGÍA, UNAM, ENEO,SUA,México, D.F., Octubre 1997 Pág. 14.

⁴ CARPENTINO, Linda "Diagnóstico de enfermería" 2ª,ed.Edit. Interamericana, Méx., D.F. 1988. Pág. 65-

en el momento y sitio indicado en el menor tiempo posible para reintegrar al hombre a la sociedad con el mínimo de secuelas contando con el apoyo de la familia.⁵

1.2 CONCEPTO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico, considerado un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.⁶

De acuerdo a Henderson, la función específica de enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que constituyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo y el conocimiento necesarios. Además esta constitución específica de la enfermería ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma en el menor tiempo posible.

El proceso de enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica. Como afirma Henderson, los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas, en el sentido de que....."Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las

⁵ FERNÁNDEZ/FERRIN, Gloria Novel Martí. "Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos" ed. Científicas y Técnicos, S.A. Masson, Salvat 1ª. Edición, 1993 Pág. 1-10.

⁶ ALFARO, Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería". Edit. Doyma, Barcelona, España, 1989. Pág. 13.

necesidades humanas, son comunes: sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona".⁷

El proceso de enfermería consta de una serie de pasos interrelacionados. Estos pasos tienen una naturaleza continua y cada uno se repite en numerosas ocasiones a medida que los cambios en la salud del paciente alteran los datos básicos y obligan a una valoración constante y a efectuar nuevos diagnósticos de enfermería, planeación, planificación y evaluación de los resultados.

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

El plan de cuidados de Enfermería contiene; los problemas específicos que son las respuestas de salud predecibles del paciente que generalmente provoca la fisiopatología de la alteración.

El proceso de enfermería consta de 5 fases sucesivas e interrelacionadas:

- 1 Valoración.
- 2 Diagnóstico.
- 3 Planeación.
- 4 Ejecución.
- 5 Evaluación.

⁷ Op. Cit. FERNÁNDEZ/FERRIN. Pág. 8

Estas fases integran las funciones intelectuales de resolución de problemas en un esfuerzo por definir las acciones de enfermería.

VALORACIÓN: CONSTA DE.

- Observación.
- Entrevista.
- Examen físico.
- Historia clínica.

OBSERVACIÓN:

Es un elemento primordial en los cuidados de enfermería y es *la capacidad intelectual, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.*⁸

Este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración, consiste en considerar al paciente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor..

La observación pasa por nuestro filtro de nuestros mecanismos sensoriales, preceptuales y motivos, que fundamentan por tanto, en la subjetividad del observador, la percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver, "lo hemos aprendido a ver" y lo que "esperamos ver".

LA ENTREVISTA:

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de

⁸ KJOPELLE, DE GRODIN, L. y PHANEUF. Ma.Soins infirmiers: Un modèle centré sur les besoins de la personé. Edit.Mcgraw-Hill.Montreal p.p. 253-265, 1984.

salud, el objetivo de este encuentro es recoger la información que permitan descubrir las necesidades del paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan.⁹

Ante todo, al realizar una entrevista se debe escoger , el momento oportuno para el paciente, es decir, *respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo igualmente los periodos que más sufre*, prever, también, espacios de tiempo suficientemente largos para así permitir al paciente expresarse cómodamente a su propio ritmo.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA:

Examen físico.

El examen incluye aspectos físicos psicosociales. La enfermera lo lleva cabo para recoger los datos sobre el estado de salud del paciente, puede realizarse en un problema específico, como en el dolor precordial, o en general, considerando al paciente como un todo.

Debe ser sistemático, cefalocaudal, de la parte superior a la parte inferior, desde la cabeza hasta la punta de los pies, el objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicosociales, en contrario con el médico que lo orientará hacia la enfermedad.

El examen visual se realizara por áreas de forma ordenada, la exploración también puede llevarse a cabo por medio de: palpación , mediante esta técnica es posible valorar la dureza, el tamaño, la textura, la inflamación y la movilidad de un órgano interno.

⁹ Ibidem HERNÁNDEZ/RODRÍGUEZ/SANDOVAL Pág. 89.

La *percusión* se refiere al examen de las cavidades por aplicación de golpes suaves con la yema de los dedos.

La *auscultación* es el método que permite escuchar los diversos sonidos del interior del cuerpo.¹⁰

DIAGNÓSTICO:

Los datos obtenidos en la valoración son analizados e interpretados de forma crítica.

Se extraen conclusiones de necesidades y problemas, se identifican los diagnósticos de enfermería.

COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Un diagnóstico de enfermería esta formado por dos enunciados por la frase *"relacionado con"* El diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana que preocupa al paciente (I ENUNCIADO). También incluye los factores que contribuyen a la presencia de la respuesta del individuo (II ENUNCIADO). Los diagnósticos de enfermería reales tienen factores relacionados como segundo enunciado de la exposición, mientras que el diagnóstico de alto riesgo, tienen factores de riesgo

I ENUNCIADO: LA RESPUESTA HUMANA.

Una respuesta humana, con el contexto de diagnóstico de enfermería identifica la forma en que el paciente responde a un estado de salud o

¹⁰ Opo.Cit PHANUEF, Margot Pág.86

enfermedad. El primer enunciado de la expresión diagnóstica especifica una respuesta humana de interés en particular, identificada por el personal de enfermería durante la fase diagnóstica, y basándose en los datos de valor.

El primer enunciado de la expresión determina también los resultados en el paciente que medirán el cambio. Al detectar el primer enunciado de la expresión diagnóstica considérese lo siguiente:

1. ¿Cuál es la respuesta humana sugerida por los datos de la valoración?
2. ¿Hasta que punto es problemática la respuesta humana?

II ENUNCIADO: FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO.

Se identifica en el segundo enunciado del diagnóstico de enfermería. Con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el paciente, el profesional de enfermería debe saber porque esta sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueda ser la causa de la propuesta observada en el paciente o que contribuya a ella.

Se llama factores de riesgo a aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo. Se utiliza con los diagnósticos de alto riesgo para definir las situaciones concretas que ponen a un paciente el riesgo de desarrollar la respuesta adecuada.

PLANEACIÓN:

Se desarrollan estrategias para evitar reducir o corregir los problemas identificados en los diagnósticos de enfermería.

En esta etapa se determinarán las necesidades del paciente y posteriormente se procederá a la jerarquización de las mismas. Determinando su diagnóstico y sus objetivos correspondientes.

Al momento en que llega el paciente al servicio de urgencias, la planeación se lleva a cabo al identificar las necesidades y problemas que en ese instante se observan en el paciente.

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Etapas:

- Establecer prioridades para el diagnóstico.
- Fijar con el paciente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
- Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
- Registro en un plan de cuidados los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.

EJECUCIÓN:

Inicio y terminación de acciones necesarias para el logro de los resultados definidos en la fase de la planeación.

Comunicación del plan a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.

Instrumento del plan de cuidados:

NECESIDAD:		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:		
OBJETIVOS:		
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES

La ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase, en primer lugar, se encuentra *el cliente* que lleva a cabo las acciones planificadas por él. Está también la *enfermera* que supervisa las acciones. Anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo, ella

no actúa sola, sino que forma parte de un *equipo de cuidados de enfermería*, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales.

También se puede encontrar miembros de la *familia* del cliente, que, en algunas circunstancias, colabora en los cuidados.¹¹

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- ◆ Preparación.
- ◆ Intervención.
- ◆ Documentación.¹²

Durante esta etapa se pondrá el plan de acción, lo que implica las siguientes actividades:

- ❖ Valorar el estado actual del paciente.
 - ¿El plan de cuidados escrito continua siendo el apropiado?
 - ¿Hay nuevos problemas?
 - ¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?
- ❖ Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.
- ❖ Continuar con la valoración del paciente.

¹¹ *Ibidem.* HERNANDEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 158.

¹² *Ibidem.* MARRINER. Pág. 26.

- ❖ Determinar las respuestas iniciales a sus acciones.

¿Cuál ha sido la respuesta?

¿Es la que se esperaba?

¿Hubo alguna variación?

¿Tiene que cambiar algo?

Para realizar cambios, se harán en ese momento sin esperar, al momento fijado para la evaluación.

- ❖ Comunicar anotar.

EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS Y ORIENTACIÓN HACIA LA INDEPENDENCIA.

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de **Independencia** en la satisfacción de sus necesidades. Pero según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable.

En consecuencia antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar qué puede hacer el cliente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.¹³

EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS Y RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE.

¹³ *Ibidem.* HERNADEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 160.

Hay que darse cuenta, sin embargo, de que cuanto más crítica es la situación del paciente, corre el riesgo de ser mayor su ansiedad y su dolor, y es mayor la necesidad que tiene del apoyo y la comprensión de la enfermera. (Así, pues, incluso en los momentos cruciales desde el punto de vista de los cuidados, la enfermera no tiene opción).

La etapa de la ejecución de los cuidados es, pues, el momento privilegiado para que la enfermera ponga en práctica sus distintas capacidades de relación.¹⁴

EVALUACIÓN:

Proceso continuo que determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos asistenciales.

Lo que se pretende en esta etapa es evaluar el logro de los objetivos fijados. Por lo tanto, si los objetivos han sido establecidos previamente con valores de **Independencia** a alcanzar,

Los criterios de resultados que miden estos objetivos también nos determinarán si dichos valores de **Independencia** se han alcanzado o no.¹⁵

La evaluación es el proceso de valorar:

1. El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.
2. La calidad de atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria.

¹⁴ *Ibidem.* HERNADEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 161.

¹⁵ *Ibidem.* FERNANDEZ, Ferrín, Pág. 57.

Es la última etapa del proceso de enfermería, es un proceso continuo para determinar en que medidas se han alcanzado los objetivos.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.¹⁶

¹⁶ *Ibidem.* ALFARO. Pág. 39.

GENERALIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría de enfermería.

Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, lo que lo llevó a desarrollar su trabajo final fue la preocupación encausada en constatar la ausencia de una determinación en la función propia de la enfermera.

Sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Henderson conceptualiza a la enfermería como:

La única función de la enfermera es atender al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviera fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto que de tal forma lo lleve a conseguir independencia lo más rápido posible.¹⁷

A partir de esta definición se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

¹⁷ *Ibidem* FERNÁNDEZ. Pág. 12.

PERSONA:

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para recuperar su independencia.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

SALUD:

- La salud es una cualidad de la vida y básica para el funcionamiento del ser humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia causa de la dificultad o problema.

ENTORNO:

Conjunto de todas las acciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

- Factores ambientales.
- Factores socioculturales.

RELACION ENFERMERA - PACIENTE.

Se clasifican desde una relación muy **Dependiente** a una relación completamente **Independiente**.

- ♦ La enfermera como *sustituto* del paciente.

- ◆ La enfermera como *ayuda* del paciente.
- ◆ La enfermera como *compañera* del paciente.

En tiempo de enfermedad grave, la enfermera es vista como "sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo, entero, o independiente, por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento".¹⁸

INDEPENDENCIA:

Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA:

Puede ser considerada en un doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo de la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.¹⁹

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

¹⁸ KERSHAW. "MODELOS DE ENFERMERÍA". Edit. Doyma, Barcelona España, 1998, Pág. 71.

¹⁹ *Ibidem*. FERNANDEZ; FERRIN Pág. 6-7.

3. Necesidad de Eliminación.
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 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.²⁰

²⁰ *Ibíd.* FERNANDEZ. Pág. 15

1.3 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

1.3.1 CONCEPTO

1.3.2 ETIOLOGÍA

1.3.3 CLASIFICACIÓN

1.3.4 DIAGNÓSTICO

1.3.5 TRATAMIENTO

1.3.6 PRONOSTICO.

1.4.1 CONCEPTO

Es la necrosis miocárdica isquémica habitualmente ocasionada por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria a un segmento del miocardio, entendemos como tal la necrosis irreversible de una parte más o menos extensa del músculo cardíaco, por ausencia orgánica o funcional.

1.4.2 ETIOLOGÍA

En más del 90 % de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, un trombo reciente ocluye la arteria que irriga la región lesionada. Es probable que la alteración de la función plaquetaria, inducida por la lesión endotelial en la placa aterosclerótica, contribuya a la génesis del coágulo. Alrededor de dos tercios de los casos se registra una trombólisis espontánea, de manera que al cabo de 24 hrs. Sólo se encuentra una oclusión trombótica en aproximadamente el 30 % de los casos.

En la angina inestable, un tercio o más de los pacientes estudiados angiográficamente presentan una oclusión trombótica parcial en el vaso que irriga la región afectada de isquemia recurrente; puesto que la objetivación de un trombo en la angiografía puede plantear dificultades.

El Infarto Agudo del Miocardio es una enfermedad localizada en forma predominante en el Ventrículo Izquierdo, aunque la lesión puede extenderse hasta el ventrículo Derecho, a menudo con insuficiencia tricúspide importante.

La capacidad del corazón para continuar con su función de bombeo esta directamente relacionado con la extensión de la lesión miocárdica, estudios han demostrado que los paciente que mueren en shock cardiógeno habitualmente presentan un Infarto Agudo del Miocardio o bien una combinación de infarto antiguo con un infarto reciente, afectando el 50 % o más de la masa del ventrículo izquierdo, los infartos anteriores tienden a ser mayores y presentan un peor pronóstico que los posteroinferiores..

Los infartos anteriores se deben a una oclusión del árbol coronario izquierdo, sobre todo en la arteria descendente anterior.

Los infartos posteroinferiores reflejan una oclusión coronaria derecha o una oclusión de una arteria circunfleja izquierda dominante.²¹

Inmediatamente después de una oclusión coronaria aguda, la sangre deja de circular en los vasos coronarios más allá de la oclusión, excepto por pequeños volúmenes de riego colateral de vasos vecinos. El músculo que tiene un flujo nulo, o tan pequeño que no puede sostener las funciones del músculo cardíaco, dicese que está infartada.

El proceso global se llama Infarto del Miocardio, poco después de iniciado el infarto, pequeñas cantidades de sangre colateral penetran en la zona infartada, y esto, combinado con la dilatación progresiva de los vasos sanguíneos locales, hace que la zona quede excesivamente llena de sangre estancada. A la vez, las fibras musculares utilizan los últimos vestigios de oxígeno de la sangre, haciendo que la hemoglobina se reduzca totalmente y adquiera color azul oscuro, y los vasos sanguíneos de la misma parecen ingurgitados, a pesar de la falta del riego sanguíneo.

El músculo cardíaco necesita aproximadamente 1.3 ml. de oxígeno por 100 grs. de tejido y por minuto simplemente para seguir con vida. Esto, en comparación con los casi 8 ml. de oxígeno por 199 g. que recibe el corazón normal, el músculo no muere, sin embargo, en la porción central de un infarto voluminoso el riego sanguíneo suele ser todavía menor que esto, de manera que el músculo muere.²²

²¹ BERKO Robert, J.Fletcher Andrew "El Manual Merk" Ediciones Doyma 1995, Pág. 533-534.

²² GUYTON "Tratado de FISIOLÓGÍA MEDICA", 7ª. Ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill 1996, Pág. 299

FISIOLOGÍA DEL MÚSCULO CARDIACO.

El corazón está compuesto por tres tipos principales de músculo cardíaco: Músculo auricular, Músculo ventricular y fibras excitadoras y de conducción especializadas.

Los tipos auriculares y ventricular del músculo se contraen de manera muy semejante a lo que ocurre en el músculo esquelético, salvo que la duración de la contracción es mucho más prolongada. Por otra parte, las fibras excitadoras y de conducción especializada se contraen sólo débilmente porque contienen pocas fibras contráctiles; más bien, a causa de sus propiedades rítmicas y la rapidez de su conducción brindan un sistema excitador del corazón y un sistema transmisor para la conducción rápida de la señal excitadora cardíaca por todo el órgano.

El músculo cardíaco es *estriado*, de la misma manera que el músculo esquelético típico, además, el músculo cardíaco tiene miofibrillas típicas que contienen *filamentos de actina y miosina* casi idénticos a los que se descubren en el músculo esquelético, y estos filamentos se interdigitan y se deslizan unos sobre otros durante el proceso de contracción, de la misma manera que ocurre en el músculo esquelético.

PARED CARDIACA.

La pared cardíaca del corazón consta de tres capas: el *epicardio* (capa externa), el *miocardio* (capa media), y el *endocardio* (capa interna).

El epicardio es una capa externa delgada y transparente de la pared cardíaca; está compuesta de tejido seroso y mesotelio.

El **miocardio**, que es el tejido muscular cardíaco constituye la masa del corazón.

Las fibrillas musculares cardíacas son involuntarias, estriadas y ramificadas y el tejido está dispuesto en haces entrelazados de fibras, el **miocardio** es responsable de la contracción del corazón.

El endocardio es una capa delgada de endotelio que se encuentra sobre una capa delgada del tejido conectivo. Reviste la cara interna del miocardio y cubre las válvulas del corazón lo mismo que los tendones que unen a esta estructura, es continua con el revestimiento endotelial de los grandes vasos del corazón y el resto del sistema cardiovascular.²³

APORTE SANGUÍNEO.

La pared del corazón es igual que cualquier otro tejido tiene sus propios vasos sanguíneos, no sería posible que los nutrientes difundieran a través de las capas de células que constituyen el tejido cardíaco.

El flujo de la sangre a través de numerosos vasos que irrigan el miocardio se denomina **circulación coronaria** (cardíaca). El termino **coronaria** se refiere al hecho que los vasos sanguíneos del corazón recuerdan a una corona.

Los vasos que irrigan al miocardio incluyen a la **arteria coronaria izquierda**, la cual se origina como una rama de la aorta ascendente. Esta arteria corre por

²³ TORTORA, ANAGNOSTAKOS, "Principios de Anatomía y Fisiología" 6ª. ED. Edit. HARLA. México 1993, Pág. 707-708.

debajo de la aurícula izquierda y se divide en ramas interventricular anterior y circunfleja.

La rama interventricular anterior sigue por el surco interventricular anterior y brinda sangre oxigenada a las paredes de ambos ventrículos.

La **arteria coronaria derecha** también se origina como una rama de la aorta ascendente, en su surco, ofrece unas ramas pequeñas a la aurícula derecha. Corre por debajo de la aurícula derecha y se divide en ramas interventricular posterior y marginal.

La **rama interventricular posterior** sigue el surco interventricular posterior e irriga las paredes de los dos ventrículos con sangre oxigenada.

La **rama marginal** transporta sangre oxigenada al miocardio del ventrículo derecho. El ventrículo izquierdo recibe la mayor parte del aporte sanguíneo debido al gran trabajo que tiene que desempeñar.

En la medida que la sangre pasa a través del sistema coronario del corazón, lleva oxígeno y nutrientes y recoge bióxido de carbono y desechos.²⁴

CIRCULACIÓN COLATERAL EN EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

La aparición de colaterales se relaciona directamente con la presencia de una oclusión coronaria total, el llenado de colaterales mejora en los primeros 2 minutos de una oclusión súbita y transitoria de una arteria coronaria, así mismo una oclusión total, inducida por espasmo coronario transitorio, permite visualizar colaterales en una angioplastia que no se observan antes del espasmo.

²⁴ Op. Cit. TORTORA ANAGNOSTAKOS, Pág. 712.

Es probable que la presencia de estenosis elevado (mayor del 90 %) con periodos de oclusión total intermitente, permita que se desarrollen colaterales que permanecen sólo como vasos potenciales hasta que ocurra la oclusión total. Este último episodio hace que estos vasos se pongan en operación completa.²⁵

CAUSAS DE MUERTE EN LA OCLUSIÓN CORONARIA AGUDA.

Hay cuatro causas principales de muerte después del Infarto del Miocardio:

- Disminución del gasto cardiaco (choque cardiaco).
- Estancamiento de sangre en el sistema venoso.
- Rotura de la zona isquémica.
- Fibrilación de los ventrículos después del Infarto miocárdico.

Disminución del gasto cardiaco: Algunas fibras musculares cardiacas no funcionan en absoluto, y otras están demasiado débiles para contraerse con gran intensidad, la capacidad global de bombeo del ventrículo afectado disminuye en proporción.

El corazón queda incapacitado para contraerse con fuerza suficiente para mandar un volumen adecuado de sangre al árbol arterial, se produce insuficiencia cardiaca y muerte de los tejidos periféricos por isquemia periférica. Este proceso se llama: choque coronario, choque cardiogénico, choque cardiaco o insuficiencia del gasto cardiaco bajo.

Estancamiento de sangre en el sistema venoso: el corazón no expulsa suficiente sangre hacia la circulación general por lo que hay estancamiento de sangre en el sistema venoso pulmonar o en la circulación sistémica.

²⁵ BRAUNWALD "Tratado de Cardiología" Medicina Cardiovascular, Vol. II 4ª. Ed. Edit. McGraw-hill Pág.1350.

Estos efectos suelen causar poca dificultad durante las primeras horas después, por la disminución del gasto cardiaco y la reducción del flujo sanguíneo en los riñones los cuales retienen gran cantidad de líquidos.

Se observa así muchos pacientes que al parecer van evolucionando bien desarrollan súbitamente edema pulmonar agudo varios días después del infarto del miocardio y que a menudo morirán en plazo de unas horas después de aparecer los síntomas iniciales del edema.²⁶

SÍNTOMAS PRODROMICOS.

Dolor precordial:

Puede ser en reposo o con actividad física menor de la ordinaria.

Naturaleza del dolor:

La intensidad del dolor del Infarto Agudo del miocardio, por lo general es *intenso* y en algunos casos llega a ser *intolerable*, es *prolongado* y suele persistir durante más de 30 minutos, frecuentemente durante varias horas.

El *dolor* suele ser como de tipo estrangulamiento o de pesadez precordial, a veces de tipo *penetrante*, cortante o quemante.

Se *localiza* retroesternal y precordial que se irradia hacia el lado izquierdo, produciendo una sensación de hormigueo en la muñeca izquierda, en la mano o hasta en los dedos.

²⁶ Op. Cit. GUYTON. Pág. 299-300.

Es un dolor sordo y en algunas ocasiones se acompaña de dolor en ambas muñecas, en otras ocasiones el dolor de un Infarto Agudo del Miocardio empieza en epigastrio y se irradia a los hombros, extremidades superiores, cuello, mandíbula casi siempre del lado izquierdo.

El fenómeno del dolor se modifica por patrones especiales y temporales de la excitación de las fibras simpáticas eferentes, así como contribución variable de fibras eferentes vagales, a menudo desaparecen rápidamente y por completo una vez que el riego sanguíneo se ha restablecido en la zona del infarto.

Otros síntomas:

Náuseas y vómito debido a la activación del reflejo vagal o a la estimulación de los receptores del ventrículo izquierdo, frecuentemente estos síntomas se presentan en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, de cara inferior que en los de cara anterior.²⁷

1.4.3 CLASIFICACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

I. Infarto del Miocardio no complicado con bloqueo de rama:

A) Infartos del tabique interventricular:

- Infarto del tercio medio del tabique interventricular.
- Infarto del tercio inferior del tabique interventricular.
- Infartos de los dos tercios inferiores del tabique interventricular.

²⁷ Op. Cit BRAUNWALD. Pág. 1358.

- Infartos del tercio superior del tabique interventricular.

B) Infartos de la pared del ventriculo izquierdo:

Infartos subendocardicos:

- Infartos anteriores.
- Infartos antero laterales.

Infartos transmurales:

- Infartos laterales altos.
- Infartos laterales.

Infartos subendocardicos:

- Infartos posteroanteriores.
- Infartos posteriores.

II. Infartos del Miocardio complicados con bloqueo de rama derecha:

A) Infartos del tabique interventricular complicado con bloqueo de rama derecha:

- Infartos del tercio medio del tabique interventricular.

B) Infartos de la pared libre del ventriculo izquierdo:

- Infartos de los dos tercios inferiores del tabique interventricular.

II. Infartos del Miocardio complicados con bloqueo de rama izquierda:

- Infarto de la pared libre del ventriculo izquierdo.

- Infartos del tabique interventricular complicados con bloqueo de rama izquierda.²⁸

1.4.4 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de un Infarto Agudo del Miocardio característico es evidente a partir de la historia clínica, se confirma con el electrocardiograma inicial y su evolución ulterior y se corrobora por las alteraciones enzimáticas seriadas; en ocasiones no puede establecerse un diagnóstico definitivo, en cuyo caso debe asignarse el diagnóstico del infarto Agudo del miocardio "posible", habitualmente los signos clínicos típicos o muy sugestivos, aunque la falta de confirmación objetiva a partir del electrocardiograma y el análisis enzimático.

En la mayoría de los casos ante la sospecha clínica se busca sólo en una historia clínica altamente característica se habrá producido un infarto de reducido tamaño.

Cuando el dolor se localiza en epigastrio y se acompaña de náuseas y vómito se confunde con colecistitis aguda, gastritis o úlcera péptica.

- Debilidad.
- Mareo.
- Palpitaciones.
- Diaforesis.
- Sensación de muerte inminente.
- Malestar general o cansancio extremo.

²⁸ SODI PALLARES, Medrano, Bisteni, Ponce de León, "Electrocardiografía Clínica" Análisis Deductivo, Méndez Editores S. A. de C.V. México D. F. 1998 Pág. 186-193.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El dolor del Infarto Agudo del Miocardio puede simular el dolor de una *pericarditis*, porque el dolor se acompaña de molestias de tipo pleurítico, es decir, se agrava con los movimientos respiratorios y con la tos, el dolor pleurítico es agudo y penetrante y se agrava con la respiración, lo que lo diferencia del dolor del Infarto Agudo del Miocardio que es profundo, sordo y continuo.

En una embolia pulmonar el dolor suele producirse en ambos lados del tórax, es de tipo pleurítico y puede acompañarse de hemoptisis.

El dolor en una dissección aguda de la aorta, se localiza en el centro del tórax, es muy intenso, persiste varias horas y a menudo se irradia a la espalda y a veces a las piernas.²⁹

1.4.5 TRATAMIENTO:

Medidas generales:

Dieta: depende de la evaluación inicial, de la presencia de complicaciones, del estado hemodinámico, de la probabilidad de realizar intervenciones invasivas, durante las siguientes horas en general, en un Infarto Agudo del Miocardio no complicado se recomienda ayuno inicial de 6 a 8 hrs. a partir de la cual se inicia una dieta blanda rica en residuos y de 20 a 30 kcl/kg. de peso.

Laxantes: la estancia en cama puede predisponer a la constipación; debe evitarse el esfuerzo defecatorio con el uso de laxantes.

²⁹ *Ibidem* BRAUNWALD. Pág. 1359.

Reposo absoluto: en posición semifowler.

Oxígeno: por puntas nasales de 2 a 4 litros por minuto.

MEDIDAS ESPECÍFICAS:

Analgésicos: son importantes en el tratamiento inicial, se recomienda meperidina de 25 a 20 mg. IV c / 15 min. con vigilancia de cifras de T / A y reacciones secundarias a su uso.

Ansiolíticos: Pueden utilizarse benzodiazepinas como Diazepam, Bromacepam, loracepam, u otro similar cada 12 a 24 hrs. VO.

Nitratos: Nitroglicerina sublingual con determinación previa de la T / A, sistólica mayor de 90 mmHg.

Los efectos hemodinámicos de los nitratos son vasodilatación de vasos coronarios de conductancia, disminución de la presión telediastólica del Ventrículo izquierdo, incremento del flujo sanguíneo a través de la circulación colateral, por su efecto vasodilatador predominante disminuye el retorno venoso y con ello el consumo miocárdico de oxígeno y en algunos enfermos disminuye el tamaño del infarto y la frecuencia de complicaciones mecánicas mejoran la remodelación ventricular pos-Infarto Agudo del Miocardio y reduce o suprime el dolor anginoso.

Antiagregantes Plaquetarios:

Ampicilina y Estreptocinasa; en las primeras 6 hrs. del inicio de los síntomas del infarto 325 mg., que se deben administrar, se establezca el diagnóstico del Infarto y después cada 8 hrs.

TROMBOLISIS:

Se utiliza trombolíticos durante las primeras 6 hrs. del inicio de los síntomas con estreptocinasa.

Entre los enfermos que deben someterse a trombolisis se incluyen aquellos:

- a) Dolor con duración mayor de 30 min.
- b) Elevación del segmento ST mayor 0.1 mV en cuando menos dos derivaciones cardiográficas contiguas.
- c) Aquellos con cuadros clínicos de Infarto de Bloqueo de Rama Izquierda y Haz de His de recién aparición.
- d) Sin contraindicaciones para trombolisis.

La *estreptocinasa*: la dosis es de 1.5 millones de unidades de infusión Intravenosa continua para una hora.

Heparina: 5000 UI. En bolo. se continua con una infusión de 1000 UI / hora con mediciones de TPT para mantenerlo entre 60" y 80".

BLOQUEDORES BETA (BB):

No deben utilizarse en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, intervalo PR mayor de 0.24 seg. , con bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado, tensión arterial sistémica menor de 90 mmHg., frecuencia cardiaca menor de 50 latidos por min., broncoespasmo.

Se recomienda el uso de Bloqueadores Beta sin actividad simpática intrínseca, como:

Metoprolol: Dosis de 5 mg. IV en 5 min., repetir cada 5 min. hasta completar una dosis total de 15 mg. Después de una a dos hrs. puede iniciarse su administración oral de 25 a 50 mg. Cada 6 a 12 hrs.

Esmolol: Dosis de 0.5 mg. / kg. IV administrar en 2 a 5 min. dosis de mantenimiento de 0.1 mg. / kg. / min. IV con incrementos de 0.05 mg / kg. / min., cada 10 a 15 min. sin pasar de 0.20 mg. / kg. / min.

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO:

Su uso se ha asociado a un aumento de la mortalidad en Infarto Agudo del Miocardio transmural. Su utilidad se limita a sus efectos antihipertensivos y para control de vasoespasmo coronario que producen los bloqueadores beta.

CATETERISMO CARDIACO EN ENFERMOS CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

- 1) Los que no son candidatos a trombolisis.
- 2) Choque cardigeno.
- 3) Pacientes con insuficiencia cardiaca o estado de choque secundario a rotura septal o insuficiencia mitral aguda.
- 4) Angina recurrente o refractaria al tratamiento.
- 5) Pacientes con fracción de expulsión menor de 0.40
- 6) Isquemia espontánea o inducida pos-infarto durante la estancia intrahospitalaria.

ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA DURANTE EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

Las indicaciones para el uso de ACTP en pacientes con contraindicación al tratamiento trombolítico y en pacientes con alto riesgo (edad mayor de 70 años, infarto anterior, taquicardia sinusal persistente).

MARCAPASO EN EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

La única indicación absoluta para la implantación de un marcapaso permanente en el IAM, en un bloqueo aurículoventricular de alto grado y persistente en pacientes con IAM inferior, el bloqueo aurículoventricular de alto grado siempre se resuelve en un plazo de dos semanas, no está indicado en el marcapaso permanente.

1.4.6 PRONOSTICO:

Después de la recuperación del infarto Agudo del Miocardio (entre el día 10 y la semana 6), el pronóstico a largo plazo se determina mediante monitoreo electrocardiográfico ambulatorio y una prueba de esfuerzo.

La aparición de anomalías del segmento ST, angina de pecho típica o una limitación de prueba de esfuerzo a causa de ejercicio. Una prueba de esfuerzo submáxima antes de dar de alta al paciente es útil para una evolución precoz, porque es posible diagnosticar isquemia y arritmias en pacientes en quienes las manifestaciones clínicas no eran necesariamente aparentes durante su estancia en el hospital.

Sin embargo, una prueba de esfuerzo máxima llevada a cabo cuatro o seis semanas más tarde, sirve para diagnosticar un número significativamente mayor de pacientes con isquemia miocárdica residual.

Ahora existen distintas estrategias para valorar el pronóstico después de obtener los resultados de la disfunción ventricular izquierda, lo que refleja el miocardio lesionado, así como la isquemia inducible, lo que refleja el miocardio que tiene riesgo. Esta estrategia cumple la finalidad de identificar pacientes con riesgo mínimo que pueda obtener algún beneficio de las acciones anticipadas.

Después de un Infarto agudo del Miocardio, síntomas secundarios a disfunción del ventrículo izquierdo deben tratarse con medidas médicas, a menos que se acompañen de datos de isquemia reversible. Antes de darlos de alta del hospital, a los pacientes sin datos de fallo evidente de bomba o de isquemia o cuyas condiciones médicas generales lo permitan.³⁰

³⁰ *Ibidem* BRAUNWALD, Pág. 1421-1424.

II. METODOLOGÍA:

OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1.1 VALORACIÓN:

La valoración se considera el pilar del proceso de enfermería porque depende de la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas, para lograrlo es necesario una formación teórica práctica en el campo disciplinario de la enfermera que debe desarrollar las capacidades de observar, analizar y sintetizar para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería.

En esta etapa la enfermera dispone de métodos, medios y procedimientos específicos para la integración de la historia clínica de enfermería, dando inicio al proceso de atención de enfermería, sin embargo es necesario irlo construyendo a lo largo de la intervención de enfermería en forma dinámica y continua de acuerdo a la evolución del cuidado³¹

Al momento de poner en marcha este instrumento, la recolección de los datos se convierte en un "proceso continuo" de recolección de información, a lo largo del trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los paciente.

³¹ Op.Cit. PHANEUF, Margot pág. 86.

Para la realización de la valoración se utilizará un solo instrumento, el cual se muestra a continuación:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

No. DE AFILIACIÓN: _____ HORA: _____ PESO: _____

P. A.: _____ FC. _____ F.R.: _____ TEMP.: _____

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Dificultad respiratoria: _____ Mov. del tórax: _____

Dolor asociado a la respiración _____

Ruidos respiratorios: _____ Aleteo nasal: _____

Temperatura de la piel: _____ Coloración _____

Estado de conciencia:

Nivel de conciencia: Alerta. _____ Somnoliento: _____

Agitado: _____ Ansiedad: _____ Débil: _____ Estresado: _____

Fuma: _____ Desde cuando: _____ Cuantos cig. _____

Presenta cambio de ritmo respiratorio al caminar de prisa:

Si _____.

Tiene cambios de temperatura en extremidades que no guardan relación con la temperatura del medio ambiente: _____.

Ha presentado algún problema cardiorrespiratorio como:

Angina: _____ Arritmia: _____ Soplo: _____ Edema: _____ Palpitaciones: _____.

Dolor torácico: _____ Hipertensión: _____.

Marcapaso: _____.

Pulso fuerte: _____ Débil: _____ Regular: _____ Irreg.: _____ ³²

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Integridad muscular: _____.

Alteraciones de la sensorrepción: _____.

Evita tocar zonas de su cuerpo: _____.

Alteraciones en el funcionamiento del cuerpo: _____.

Como influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica?

³² Ibidem. ALFARO, Rosalinda, Pág. 40.

Se queda inmóvil:_____ Hiperactivo:_____.

Lleva un control de su presión arterial: Si_____ No_____.

De que manera maneja las situaciones de tensión en su vida: .

Realiza actividades relajantes:

Leer:_____ Escuchar música:_____ Rezar:_____.

Como ha relacionado la familia ante sus problemas actuales de salud:

Aceptación:_____ Apoyo:_____ Rechazo:_____.

Abandono:_____ Indiferencia:_____.

Tiene sentimientos de control sobre sí mismo:

Dependencia:_____ Independencia:_____.

Cuáles son sus hábitos respecto a las drogas?

Alcohol:_____ Tabaco:_____ Café:_____.

Bebidas de cola:_____ Medicamentos:_____.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Orientado:_____ Desorientado:_____.

Comunicación verbal:

Tartamudeo: _____ Balbuceo: _____

Poco claro: _____ Directo: _____

Indirecto: _____

Comunicación no verbal:

Contacto visual: _____ Lenguaje corporal: _____

Gestos: _____ Expresión escrita: _____

Que humor tiene por lo general:

Deprimido: _____ Alegre: _____

Tiene a menudo cambios de humor: Si _____ No _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Lenguaje no verbal:

Ojeras: _____ Postura: _____ Concentración: _____

Atención: _____

Expresión:

Fatiga:_____ Dolor:_____ Inquietud:_____ Apatía:_____.
Cefalea:_____.

Estado de conciencia:

Respuesta a estímulos_____.

Como influncian las emociones en la necesidad de dormir o reposar:

Estrés:_____ Ansiedad:_____.

Modificaciones en el peso:_____.

Hay algo que interfiera en este momento su descanso: Si_____ No_____.

Qué:_____.

Utiliza algún método con el fin de facilitar el sueño?

Masaje:_____ Relajación:_____ Música:_____ Lectura:_____.

Cuanto tiempo diario utiliza para reposo o descanso:_____.

NECESIDAD DE MOVIMIENMTO Y MANTENER BUENA POSTURA:

Estado del sistema músculo esquelético:

Debilidad muscular:_____ Firmeza en la marcha:_____.

Postura adecuada de pie: _____ Sentado: _____ Acostado: _____

Necesita ayuda para deambular o postura correcta: _____

Presencia de temblores: _____ Coord. De Mov. _____

Se considera una persona activa o sedentaria: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Capacidad de aprendizaje:

No hay limitaciones: _____ Deseoso de aprender: _____

Se resiste a aprender: _____

Disponibilidad emocional para aprender:

Si _____ No _____ Requiere esfuerzo de lenguaje: _____

Mala memoria: _____

Tiene conocimientos sobre su estado de salud: Si _____ No _____

Desearía incrementar su aprendizaje en aspectos relativos a su enfermedad:

Si _____ No _____ ³³

³³ *Ibidem.* ALFARO ROSALINDA. Pág. 40-41-

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Renal:

Infecciones: _____ Retención urinaria: _____ Poliuria: _____ Disuria: _____.

Incontinencia: Diurna: _____ Nocturna: _____ De esfuerzo: _____.

Se levanta por la noche a orinar: Si _____ No _____.

Gastrointestinales:

Controla su dieta: Si _____ No _____ Número de comidas: _____.

Experimenta náuseas / vómito:

Si _____ No _____ Relacionadas con: _____.

Deposición:

Hora habitual: _____ AM. _____ PM.

Frecuencia: _____.

Incontinencia:

Si _____ No _____ Uso de dispositivos: _____.

Estreñimiento:

Nunca: _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____.

Frecuencia con que usa laxantes / enemas: _____ ³⁴

OBSERVACIÓN:

Es un elemento primordial en los cuidados de enfermería y es *la capacidad intelectual, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.*³⁵

Este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración, consiste en considerar al paciente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor..

La observación pasa por nuestro filtro de nuestros mecanismos sensoriales, preceptuales y motivos, que fundamentan por tanto, en la subjetividad del observador, la percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver, "lo hemos aprendido a ver" y lo que "esperamos ver".

Para que la enfermera pueda realizar con mayor objetividad la relación de información, es necesaria una recogida de datos seria y muy cuidada.

LA ENTREVISTA:

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud, el objetivo de este encuentro es recoger la información que permitan

³⁴ Ibidem. FERNÁNDEZ. FERRIN Pág. 17-23. 26-31. 36-37.

³⁵ KIOPELLE, DE GRODIN, L. y PHANEUF. Ma. Soins infirmiers: Un modèle centré sur les besoins de la personne. Edit. Mcgraw-Hill. Montreal p.p. 253-265, 1984.

descubrir las necesidades del paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan.³⁶

Ante todo, al realizar una entrevista se debe escoger , el momento oportuno para el paciente, es decir, *respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo igualmente los periodos que más sufre*, prever, también, espacios de tiempo suficientemente largos para así permitir al paciente expresarse cómodamente a su propio ritmo.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA:

Examen físico.

El examen incluye aspectos físicos psicosociales. La enfermera lo lleva cabo para recolectar los datos sobre el estado de salud del paciente, puede realizarse en un problema específico, como en el dolor precordial, o en general, considerando al paciente como un todo.

Debe ser sistemático, cefalocaudal, de la parte superior a la parte inferior, desde la cabeza hasta la punta de los pies, el objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicosociales, en contrario con el médico que lo orientará hacia la enfermedad.

El examen visual se realizara por áreas de forma ordenada, la exploración también puede llevarse a cabo por medio de: *Palpación* , mediante esta técnica es posible valorar la dureza, el tamaño, la textura, la inflamación y la movilidad de un órgano interno.

³⁶ *Ibidem* HERNÁNDEZ/RODRÍGUEZ/SANDOVAL Pág. 89.

Las *percusión* se refiere al examen de las cavidades por aplicación de golpes suaves con la yema de los dedos.

La *auscultación* es el método que permite escuchar los diversos sonidos del interior del cuerpo.³⁷

2.1.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

El proceso por el que son enviados nuevos diagnósticos y aprobados por la NANDA, esta atravesando un proceso de cambio. Actualmente el diagnóstico propuesto es enviado a la NANDA y entra en un ciclo de revisión del diagnóstico. Para entrar en el ciclo, cada diagnóstico propuesto puede incluir uno o todos los siguientes elementos:

Designación	Definición	Características Definitorias	Factores relacionados o de riesgo.
-------------	------------	------------------------------	------------------------------------

Designación, definición, características definitorias y factores relacionados o de riesgo.

La **designación** proporciona un nombre al diagnóstico.

La **definición** ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define ese significado y lo diferencia de otros diagnósticos.

³⁷ Opo.Cit PHANUEF, Margot Pág.86

Las **características definitorias** se refieren a las conductas o síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.

Los **factores de riesgo** son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad o acontecimiento nocivo. En el mejor de los casos, los diagnósticos propuestos incluyen referencias bibliográficas o estudios de investigación para apoyar la justificación de la designación diagnóstica.

COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Un diagnóstico de enfermería está formado por dos enunciados por la frase "relacionado con" El diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana que preocupa al paciente (I ENUNCIADO). También incluye los factores que contribuyen a la presencia de la respuesta del individuo (II ENUNCIADO). Los diagnósticos de enfermería reales tienen factores relacionados como segundo enunciado de la exposición, mientras que el diagnóstico de alto riesgo, tienen factores de riesgo

I ENUNCIADO: LA RESPUESTA HUMANA.

Una respuesta humana, con el contexto de diagnóstico de enfermería identifica la forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad. El primer enunciado de la expresión diagnóstica especifica una respuesta humana de interés en particular, identificada por el personal de enfermería durante la fase diagnóstica, y basándose en los datos de valor.

El primer enunciado de la expresión determina también los resultados en el paciente que medirán el cambio. Al detectar el primer enunciado de la expresión diagnóstica considérese lo siguiente:

3. ¿Cuál es la respuesta humana sugerida por los datos de la valoración?
4. ¿Hasta que punto es problemática la respuesta humana?

II ENUNCIADO: FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO.

Se identifica en el segundo enunciado del diagnóstico de enfermería. Con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el paciente, el profesional de enfermería debe saber porque esta sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueda ser la causa de la propuesta observada en el paciente o que contribuya a ella.

Se llama factores de riesgo a aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo. Se utiliza con los diagnósticos de alto riesgo para definir las situaciones concretas que ponen a un paciente el riesgo de desarrollar la respuesta adecuada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE SÍNDROMES.

Los diagnósticos de enfermería de síndromes son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica, p. e. Síndromes traumáticos de violación .³⁸

³⁸ *Ibidem* CARPENITO. Pág. 12-46.

El presente trabajo se realizó a un paciente que ingresó al servicio de urgencias en forma espontánea con un probable Infarto Agudo del Miocardio.

El trabajo es descriptivo ya que las actividades se llevaron a cabo de acuerdo a las necesidades que se detectaran al paciente en el momento de su ingreso al servicio, realizándose de acuerdo al proceso de atención de enfermería el cual consta de las siguientes etapas:

Valoración de Enfermería:

- Observación.
- Entrevista.
- Examen físico.
- Historia clínica de Enfermería.

2.1.3 PLANEACIÓN:

En esta etapa se determinarán las necesidades del paciente y posteriormente se procederá a la jerarquización de las mismas. Determinando su diagnóstico y sus objetivos correspondientes.

Al momento en que llega el paciente al servicio de urgencias, la planeación se lleva a cabo al identificar las necesidades y problemas que en ese instante se observan y se detectan en el paciente.

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

LAS ETAPAS DE LA PLANEACIÓN SON CUATRO:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de Enfermería.
4. Documentación del plan.³⁹

PRIMERA ETAPA: ESTABLECIMIENTOS DE PRIORIDADES.

¿Qué problema necesita atención inmediata?

¿Qué problema debe abordarse en el plan de cuidados?

¿Qué problemas deben derivarse?⁴⁰

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales exigen una intervención inmediata de enfermería.

³⁹ IYER, P.W.B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería". Edit. Interamericana McGraw-Hill. 3a edición Pág. 157-159.

⁴⁰ Op. Cit. IYER. Pág. 161

El mecanismo más habitual para establecer las prioridades es la jerarquía de necesidades, desarrollada por Maslow (1943) y modificada por Kalish (1983).

- Necesidad de supervivencia.
- Necesidad de estimulación.
- Seguridad.
- Amor y pertinencia.
- Autorrealización.

SEGUNDA ETAPA: REDACCIÓN DE OBJETIVOS.

Se trata de *una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el paciente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o intervenciones.*

Los objetivos se deben expresar de forma específica, en función del *comportamiento del paciente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él.*

Estos objetivos deben ser igualmente *realistas y observables.*⁴¹

Directrices para la formulación de objetivos:

- Los objetivos se obtienen de los diagnósticos de enfermería.
- Los objetivos se documentan con metas mensurables.

⁴¹ *Ibidem.* HERNANDEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 132.

- Los objetivos se formulan conjuntamente con el paciente y los prestadores de la asistencia sanitaria, cuando sea posible.
- Los objetivos son realizables en relación con los recursos disponibles del paciente.
- Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su consecución.
- Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia.⁴²

TERCERA ETAPA: DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos y se basan en las necesidades identificadas en los diagnósticos de enfermería.

Tipos de intervenciones de enfermería:

- DEPENDIENTES.
- INDEPENDIENTES.
- INTERDEPENDIENTES.

Intervenciones Dependientes:

Llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades del paciente de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Intervenciones Interdependientes:

Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en coordinación con otros miembros del equipo interdisciplinario de atención sanitaria.

⁴² *Ibidem.* MARRINER. Pág. 57.

Intervenciones Independientes:

Son las actuaciones y actividades independientes que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividad que el profesional de enfermería puede ordenar en forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería.

Estas son las respuestas que el profesional de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y experiencia.⁴³

CUARTA ETAPA: DOCUMENTACIÓN DEL PLAN.

Es el final de la planificación y el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos así como las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

La anotación del plan de cuidados sirve para tres propósitos esenciales:

- ◆ Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados.
- ◆ Dirigir los cuidados y las anotaciones.
- ◆ Proporcionar un registro escrito que pueda usarse más tarde para la evaluación y la investigación.⁴⁴

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente.

⁴³ Ibidem. FERNANDEZ/FERRIN. Pág. 22.

⁴⁴ Ibidem. FERNANDEZ/FERRIN. Pág. 170.

Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, además proporciona unas normas para la documentación de las notas de las enfermeras y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.

Independientemente del marco en el que estén escritos, los planes de cuidados tienen ciertas características deseables como son:

- ◆ Están escritos por enfermeras tituladas universitarias.
- ◆ Son iniciados después de la primera interacción con el paciente.
- ◆ Fácilmente accesibles.
- ◆ Actual.

2.1.4 EJECUCIÓN:

Instrumento del plan de cuidados:

NECESIDAD:		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:		
OBJETIVOS:		
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES	EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES

La ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase, en primer lugar, se encuentra el *paciente* que lleva a cabo las acciones planificadas por él. Está también la *enfermera* que supervisa las acciones. Anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al paciente. Sin embargo, ella no actúa sola, sino que forma parte de un *equipo de cuidados de enfermería*, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales.

También se puede encontrar miembros de la *familia* del paciente, que, en algunas circunstancias, colabora en los cuidados.⁴⁵

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- ◆ Preparación.
- ◆ Intervención.
- ◆ Documentación.⁴⁶

Durante esta etapa se pondrá el plan de acción, lo que implica las siguientes actividades:

- ❖ Valorar el estado actual del paciente.
 - ¿El plan de cuidados escrito continua siendo el apropiado?
 - ¿Hay nuevos problemas?
 - ¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?

⁴⁵ *Ibidem.* HERNANDEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 158.

⁴⁶ *Ibidem.* MARRINER. Pág. 26.

- ❖ Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.
- ❖ Continuar con la valoración del paciente.
- ❖ Determinar las respuestas iniciales a sus acciones.

¿Cuál ha sido la respuesta?

¿Es la que se esperaba?

¿Hubo alguna variación?

¿Tiene que cambiar algo?

Para realizar cambios, se harán en ese momento sin esperar, al momento fijado para la evaluación.

- ❖ Comunicar anotar.

EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS Y ORIENTACIÓN HACIA LA INDEPENDENCIA.

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al paciente hacia un estado óptimo de **Independencia** en la satisfacción de sus necesidades. Pero según la condición del paciente, el estado de dependencia puede ser variable.

En consecuencia antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar qué puede hacer el paciente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.⁴⁷

EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS Y RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE.

Hay que darse cuenta, sin embargo, de que cuanto más crítica es la situación del paciente, corre el riesgo de ser mayor su ansiedad y su dolor, y es mayor la necesidad que tiene del apoyo y la comprensión de la enfermera. (Así, pues, incluso en los momentos cruciales desde el punto de vista de los cuidados, la enfermera no tiene opción).

La etapa de la ejecución de los cuidados es, pues, el momento privilegiado para que la enfermera ponga en práctica sus distintas capacidades de relación.⁴⁸

2.1.5 EVALUACIÓN.

Lo que se pretende en esta etapa es evaluar el logro de los objetivos fijados. Por lo tanto, si los objetivos han sido establecidos previamente con valores de Independencia a alcanzar.

Los criterios de resultados que miden estos objetivos también nos determinarán si dichos valores de Independencia se han alcanzado o no.⁴⁹

La evaluación es el proceso de valorar:

3. El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.
4. La calidad de atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria.

⁴⁷ *Ibidem.* HERNADEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 160.

⁴⁸ *Ibidem.* HERNADEZ/RODRIGUEZ/SANDOVAL. Pág. 161.

⁴⁹ *Ibidem.* FERNANDEZ, Ferrín, Pág. 57.

5. La calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación, así como el desempeño personal completo.

Es la última etapa del proceso de enfermería, es un proceso continuo para determinar en que medidas se han alcanzado los objetivos.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.⁵⁰

III. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

El presente caso clínico es del paciente:

NOMBRE: HERNANDEZ JAIMES RAÚL EDAD: 67 AÑOS

No. DE AFILIACION: 1567 33 1077 1M 1933 OR SEXO: MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA OCUPACION: CAMPESINO

RELIGION: CATOLICO GRUPO Y RH: "O" +

DOMICILIO: RIVA PALACIO No. 245 COL. CUAUHTEMOC

⁵⁰ Ibidem. ALFARO. Pág. 39.

5. La calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación, así como el desempeño personal completo.

Es la última etapa del proceso de enfermería, es un proceso continuo para determinar en que medidas se han alcanzado los objetivos.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.⁵⁰

III. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

El presente caso clínico es del paciente:

NOMBRE: HERNANDEZ JAIMES RAÚL EDAD: 67 AÑOS

No. DE AFILIACION: 1567 33 1077 1M 1933 OR SEXO: MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA OCUPACION: CAMPESINO

RELIGION: CATOLICO GRUPO Y RH: "O" +

DOMICILIO: RIVA PALACIO No. 245 COL. CUAUHTEMOC

⁵⁰ Ibidem. ALFARO. Pág. 39.

JOJUTLA MORELOS

Presión arterial de: 130 / 90 , Pulso: 110 x ' , Respiración: 28 x '
Temperatura: 36 o C.

Dicho paciente ingresa al servicio de urgencias por presentar las siguientes necesidades; de moverse y mantener una buena postura por la presencia de dolor torácico y debilidad muscular, necesidad de oxigenación asociado a la disnea, necesidad de eliminación relacionado a la diaforesis, necesidad de evitar peligros por la inmovilidad del brazo izquierdo, necesidad de comunicación ya que manifiesta sus síntomas y la expresión facial de angustia y ansiedad, necesidad de descanso y sueño manifestado por el dolor torácico constrictivo, necesidad de aprendizaje ya que se interesa y desea saber todo lo relacionado a su diagnóstico.

DIAGNÓSTICO MÉDICO DE:

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO NO COMPLICADO.

3.2 VALORACIÓN:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: HERNANDEZ JAIMES RAÚL EDAD: 67 AÑOS

No. DE AFILIACION: 1567 33 1077 1M 1933 OR SEXO: MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA OCUPACION: CAMPESINO

RELIGION: CATOLICO GRUPO Y RH: "O" +

DOMICILIO: RIVA PALACIO , No. 245 COL. CUAUHTEMOC .

JOJUTLA MORELOS .

Con el siguiente instrumento se llevo a cabo la valoración:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Dificultad respiratoria: Si Mov. del tórax: Superficial .

Dolor asociado a la respiración Dolor a la inspiración profunda .

Ruidos respiratorios: Disminuidos Aleteo nasal: No .

Temperatura de la piel: Fría Coloración Cianótica .

Estado de conciencia:

Alerta: Si Somnoliento: No .

Agitado: Si Ansiedad: Si Débil: Si Estresado: Si .

Fuma: No Desde cuando: — Cuantos cig. — .

Presenta cambio de ritmo respiratorio al caminar de prisa:

Si x .

Tiene cambios de temperatura en extremidades que no guardan relación con la temperatura del medio ambiente: No .

Ha presentado algún problema cardiorrespiratorio como:

Angina: No Arritmia: No Soplo: No Edema: No Palpitaciones: Si

Dolor torácico: Si Hipertensión: No

Marcapasos: No

Pulso fuerte: No Débil: Si Regular: Si Irreg.: No ⁵¹

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Integridad muscular: Integro

Alteraciones de la sensorrepción: No

Evita tocar zonas de su cuerpo: Brazo izquierdo

Alteraciones en el funcionamiento del cuerpo: No

Como influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica?

Se queda inmóvil: Si Hiperactivo: No

Lleva un control de su presión arterial: Si — No X

De que manera maneja las situaciones de tensión en su vida:

⁵¹ Ibidem. ALFARO, Rosalinda, Pág. 40.

Realiza actividades relajantes:

Leer: X Escuchar música: X Ver TV: X

Como ha relacionado la familia ante sus problemas actuales de salud:

Aceptación: Si Apoyo: Si Rechazo: No

Abandono: No Indiferencia: No

Tiene sentimientos de control sobre sí mismo:

Dependencia: No Independencia: Si

Cuáles son sus hábitos respecto a las drogas?

Alcohol: No Tabaco: No Café: Si

Bebidas de cola: Diario Medicamentos: No

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Orientado: Si Desorientado: No

Comunicación verbal:

Tartamudeo: No Balbuceo: No

Poco claro: No Directo: Si

Indirecto: Si

Comunicación no verbal:

Contacto visual: Si Lenguaje corporal: Si

Gestos: De angustia Expresión escrita: No

Que humor tiene por lo general:

Deprimido: No Alegre: Si

Tiene a menudo cambios de humor: Si — No X

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Lenguaje no verbal:

Ojeras: Si Postura: Incorrecta Concentración: Buena

Atención: Buena

Expresión:

Fatiga: Si Dolor: Si Inquietud: Si Apatía: No

Cefalea: No

Estado de conciencia:

Respuesta a estímulos: Normales

Como influncian las emociones en la necesidad de dormir o reposar:

Estrés: Si Ansiedad: Si

Modificaciones en el peso: Aumento en el último año

Hay algo que interfiera en este momento su descanso: Si X No ---

Qué: El dolor precordial intenso

Utiliza algún método con el fin de facilitar el sueño?

Masaje: --- Relajación: --- Música: --- Lectura: Si

Cuanto tiempo diario utiliza para reposo o descanso: 2 horas por la tarde

NECESIDAD DE MOVIMIENMTO Y MANTENER BUENA POSTURA:

Estado del sistema músculo esquelético:

Debilidad muscular: Si Firmeza en la marcha: Se apoya en su familiar

Postura adecuada de pie: No Sentado: No Acostado: No

Necesita ayuda para deambular o postura correcta: Si

Presencia de temblores: No Coord. De Mov. Incoordinados

Se considera una persona activa o sedentaria: Activa

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Capacidad de aprendizaje:

No hay limitaciones: Si Deseoso de aprender: Si

Se resiste a aprender: No

Disponibilidad emocional para aprender:

Si X No ----- Requiere esfuerzo de lenguaje: Trata de hablar poco

Mala memoria: No

Tiene conocimientos sobre su estado de salud: Si ----- No X

Desearía incrementar su aprendizaje en aspectos relativos a su enfermedad:

Si X No ----- ⁵²

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Renal:

Infecciones: No Retención urinaria: No Poliuria: No Disuria: No

Incontinencia: Diurna No Nocturna: No De esfuerzo: No

Se levanta por la noche a orinar: Si En ocasiones No -----

⁵² *Ibíd.* ALFARO ROSALINDA. Pág. 40-41-

Gastrointestinales:

Controla su dieta: Si No Número de comidas: 3 a 4.

Experimenta náuseas / vómito:

Si No Relacionadas con: _____.

Deposición:

Hora habitual. 6 a 8 AM. PM.

Frecuencia: Diario.

Incontinencia:

Si No Uso de dispositivos: Ninguno.

Estreñimiento:

Nunca: Ocasionalmente Frecuentemente .

Frecuencia con que usa laxantes / enemas: No utiliza ninguno ⁵³.

⁵³ *Ibíd.* FERNÁNDEZ, FERRÍN Pág. 17-23, 26-31, 36-37.

3.3 NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de enfermería:

Trastorno de la movilidad física del miembro superior izquierdo relacionado con dolor precordial y manifestado por la incapacidad para moverse libremente.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del estado hemodinámica relacionado por disminución del gasto cardíaco manifestado por cianosis periférica, piel húmeda y fría.

- Necesidad de oxigenación.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la oxigenación relacionado con el desequilibrio entre demanda y aporte de oxígeno por infarto en el miocardio y manifestado por disnea.

- Necesidad de eliminación.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la eliminación fecal relacionado con el grado limitado de movimiento y deambulación manifestado por estreñimiento.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- Necesidad de descanso y sueño.

Diagnóstico de enfermería:

Dolor torácico constrictivo relacionado con isquemia miocárdica manifestado por expresión facial de angustia y ansiedad.

- Necesidad de descanso y sueño.

Diagnóstico de enfermería:

Trastorno del patron del sueño relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestado por ojeras, bostezos frecuentes y angustia.

- Necesidad de comunicación.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de autoestima situacional relacionado con la dependencia de los demás para su cuidado, manifestado por expresiones verbales del paciente.

- Necesidad de aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento relacionado con el diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio y manifestado por las preguntas del paciente.

3.4 PLANEACIÓN.

1. Necesidad de descanso y sueño.

Diagnóstico de enfermería:

Dolor torácico constrictivo relacionado con isquemia miocárdica manifestado por expresión facial de angustia y ansiedad.

Objetivo:

Disminuir el dolor.

Diagnóstico de enfermería:

Trastorno del patrón del sueño relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestado por ojeras, bostezos frecuentes y angustia.

Objetivo:

Mejorar el estado del paciente mediante sedantes.

2. Necesidad de oxigenación.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la oxigenación relacionado con el desequilibrio entre demanda de aporte de oxígeno en el miocardio manifestado por disnea.

Objetivo:

Mantener una buena oxigenación.

3. Necesidad de comunicación.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de autoestima situacional relacionado con la dependencia de los demás para su cuidado, manifestado por expresiones verbales del paciente.

Objetivo:

Establecer una comunicación que permita sus cuidados.

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del estado hemodinámica relacionado por disminución del gasto cardíaco manifestado por cianosis periférica, piel húmeda y fría.

Objetivo:

Conservar la estabilidad hemodinámica.

Diagnóstico de enfermería:

Trastorno de la movilidad física del miembro superior izquierdo relacionado con dolor precordial y manifestado por la incapacidad para moverse libremente.

Objetivo:

Evitar movimientos bruscos del miembro superior izquierdo.

5. Necesidad de eliminación.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la eliminación fecal relacionado con el grado limitado de movimiento y deambulación manifestado por estreñimiento.

Objetivo:

Disminuir las molestias de estreñimiento.

6. Necesidad de aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería:

Posible alteración en el mantenimiento de la salud debido a la falta de conocimientos sobre su enfermedad.

Objetivo:

Darle información sobre su dieta, signo y síntomas de complicaciones y reducción de riesgos.

Para la realización de los objetivos se llevo a cabo con el paciente.

3.5 EJECUCIÓN (PLAN DE CUIDADOS).

NECESIDAD: De descanso y sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor torácico constrictivo relacionado con isquemia miocárdica manifestada por expresión facial de angustia y ansiedad.

OBJETIVO: Disminuir el dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación con el paciente que sufre dolor. • Canalizar vena. • Administración de analgésicos según prescripción médica. • Decir al paciente que descanse durante un episodio de dolor. 	<p>Interactuar con el paciente como una persona completa, creer en lo que dice en cuanto a su dolor, y respetar sus reacciones y actitudes al dolor.⁵⁵</p> <p>FASES DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA.</p> <p>** El sujeto puede experimentar las tres fases del de la experiencia dolorosa o alguna de ellas:</p> <p>A). La anticipación del dolor.</p>	<p>* Disminuye la ansiedad la cual se manifiesta en una forma tranquila de hablar y una expresión facial relajada.</p>

<p>episodio de dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir las distracciones ambientales al máximo.⁵⁴ • Una vez pasada la fase del dolor, explicar la causa del dolor y los posibles factores desencadenantes (físicos y emocionales). • Explicar y ayudar con las medidas analgésicas no invasivas tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios posturales. - Distracción. - Masajes. - Ejercicios de relajación. - Instalación de Monitor cardiaco. - Toma de constantes vitales. 	<p>B). La sensación del dolor.</p> <p>C). Las secuelas del dolor.</p> <p>Es necesario valorar cada una de estas fases, pues necesita por separado intervención asistencial, y no sólo la fase en que se percibe el dolor.</p> <p>La anticipación del dolor a veces más difícil de soportar para el paciente, que la sensación real del mismo. Además, lo que ocurre o no ocurre durante la fase anticipatoria afecta profundamente la respuesta del sujeto a la percepción del dolor.</p> <p>De las tres fases, posiblemente las secuelas sean la fase a la que menos atención se le presta. Sin embargo, la observación minuciosa revelará diversas respuestas de la conducta que indique reacciones como temor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La ansiedad y el miedo aumentan la 	
--	--	--

⁵⁴ CARPENITO, Lynda Juall "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACION EN ENFERMERIA" 1ª. ED. Edit. Interamericana McGraw-Hill DE ESPAÑA 1994. Pág. 67

⁵⁵ Op. Cit. BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Médicoquirúrgica" Pág. 148.

	<p>frecuencia cardiaca, elevan la presión arterial y hacen que las suprarrenales liberen adrenalina, lo que puede producir arritmia cardiaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La ansiedad corresponde a aumento del impulso simpático.⁵⁶ - Los analgésicos narcóticos son sustancias con efectos semejantes a los de la morfina; están indicados para el alivio del dolor no denominado con los analgésicos antipiréticos.⁵⁷ - La introducción de una solución o derivados sanguíneos directamente en una vena, restablece o conserva el equilibrio de líquidos y electrolitos, además de crear una vía para ministración de medicamentos.⁵⁸ 	
--	---	--

⁵⁶ BRUNNER / SUDARTH, "Manual de la Enfermera" 4ª. ED. Edit. Interamericana McGraw-Hill México 1998 Pág. 144-145.

⁵⁷ SECRETARIA DE SALUD, IMSS, ISSSTE, SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, "Cuadro Básico de medicamentos"

⁵⁸ KING / WIECK / DYER, "Manual Ilustrado de TÉCNICAS DE ENFERMERÍA" 3ª. ED. Edit. Interamericana, 1994, Pág. 296-297.

⁵⁹ Op. Cit. KING / WIECK / DYER. Pág. 320.

⁶⁰ Op. Cit. CARPENITO, Lynda, Pág. 67.

⁶¹ HAMILTON, MINNIE, "ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES" Serie biblioteca Clínica para Enfermeras. Edit. CIENTÍFICA PLM., S.A. de C.V. Méx., 1996. Pág. 41.

	<ul style="list-style-type: none">- Administración de medicamentos mediante la regla de ORO.<ul style="list-style-type: none">a. Medicamento correcto.b. Dosis correcta.c. Vía correcta.d. Hora correcta.e. Paciente correcto.⁵⁹- Un dolor intenso y persistente que no desaparece con analgésicos es indicativo de infarto inminente o ampliación del infarto.- La actividad aumenta las necesidades orgánicas de oxígeno, pudiendo exacerbar el dolor cardíaco.*- La estimulación ambiental puede aumentar la frecuencia cardíaca, pudiendo exacerbar la hipoxia del tejido miocárdico, aumentando el dolor.- Una explicación tranquila puede reducir la tensión del paciente asociada al temor a lo desconocido.- La relajación reduce la tensión muscular y la	
--	--	--

	<p>frecuencia cardíaca, puede mejorar el volumen de eyección y aumenta la sensación de control del paciente sobre el dolor.⁶⁰</p> <ul style="list-style-type: none">- El monitor cardíaco proyecta la frecuencia el ritmo cardíaco del paciente así como el aumento o disminución de la misma, permite la observación continua de la actividad eléctrica del corazón en pacientes con arritmias sintomáticas o cualquier enfermedad cardíaca.⁶¹- Los signos vitales varían de individuo a individuo y en diferentes horas del día en un mismo individuo, pero hay ciertos límites que generalmente se consideran normales.	
--	---	--

NECESIDAD: De oxigenación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la oxigenación relacionado con el desequilibrio entre la demanda de aporte de oxígeno en el miocardio manifestado por disnea.

OBJETIVO: Mantener una buena oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVERSIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Ministrar oxígeno por puntas nasales.- Observar el intercambio respiratorio.- Colocar al paciente en posición semifowler.- Brindar sostén psicológico y tranquilizar al paciente para	<p>El paciente en reposo reduce su frecuencia cardiaca, la presión arterial y la demanda de oxígeno del corazón.</p> <p>Alientar al paciente a respirar profundamente, para disminuir la incidencia de arritmias al permitir que el miocardio esté menos isquémico y por ende menos irritable y disminuir el tamaño del infarto.⁶³</p>	<p>* Conserva el equilibrio entre el suministro y demanda de oxígeno en el miocardio; no experimenta dolor torácico, me llama y conversa sin datos de insuficiencia respiratoria.</p>

⁶² Op. Cit. CARPENITO, "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERIA". Pág. 69.

⁶³ Ibídem, BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 148.

⁶⁴ Ibídem. BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica". Pág. 274.

<p>reducir la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la actividad cuando el dolor sea mínimo. - Aumentar las actividades de atención al propio paciente. - Toma de constantes vitales del paciente. - Buscar respuestas anormales al aumento de la actividad.⁶² 	<p>La función básica del aparato respiratorio es servir como medio para el intercambio gaseoso entre la atmósfera y los tejidos del organismo, de manera que las células puedan recibir el oxígeno que requieren y cuenten con un órgano para desechar el bióxido de carbono.</p> <p>Cualquier anomalía del aparato respiratorio que impida su función adecuada entraña riesgo potencial para todos los órganos, tejidos y células en el cuerpo, pues fácilmente pueden originar un estado general de deficiencias de oxígeno complicado por intoxicación por bióxido de carbono.</p> <p>Ciertos trastornos ocasionan oxigenación incompleta de la sangre o <i>hipoxemia</i>.</p> <p>La hipoxemia también puede ocurrir por trastornos circulatorios, p. Ej. Insuficiencia cardíaca, déficit congénitos cardíacos vasculares, embolia pulmonar y ciertos medicamentos que trastornan la oxigenación de la sangre, por consiguiente producen</p>	
---	---	--

NECESIDAD: De oxigenación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la oxigenación relacionado con el desequilibrio entre la demanda de aporte de oxígeno en el miocardio manifestado por disnea.

OBJETIVO: Mantener una buena oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVERSIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Aplicación de oxígeno por puntas nasales.- Observar el intercambio respiratorio.- Colocar al paciente en posición semifowler.- Brindar sostén psicológico y tranquilizar al paciente para	<p>El paciente en reposo reduce su frecuencia cardiaca, la presión arterial y la demanda de oxígeno del corazón.</p> <p>Alentar al paciente a respirar profundamente, para disminuir la incidencia de arritmias al permitir que el miocardio esté menos isquémico y por ende menos irritable y disminuir el tamaño del infarto.⁶⁶</p>	<p>* Conserva el equilibrio entre el suministro y demanda de oxígeno en el miocardio; no experimenta dolor torácico, me llama y conversa sin datos de insuficiencia respiratoria.</p>

⁶⁵ Op. Cit. CARPENITO, "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERIA". Pág. 69.

⁶⁶ Ibídem, BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 148.

⁶⁷ Ibídem. BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica". Pág. 274.

NECESIDAD: De comunicación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autoestima relacionado con la dependencia de los demás para su cuidado, manifestado por expresiones verbales del paciente.

OBJETIVO: Establecer una comunicación que permita sus cuidados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTER-VENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Establecer una relación con el paciente que sufre dolor.- Comentar con el paciente el medio de la unidad de cuidados coronarios.- Restablecer la confianza y ayudarlo a tomar una actitud positiva hacia su enfermedad.- Preguntarle lo que piensa y	<ul style="list-style-type: none">- Interactuar con el paciente como una persona completa, creer en lo que dice en cuanto a su dolor, y respetar sus reacciones y actitudes al dolor.⁶⁶- Es importante que se satisfagan las necesidades emocionales del paciente y sus necesidades fisiológicas, pues el Infarto del Miocardio origina ansiedad extraordinaria. El tiempo y la rapidez deliberados son	<ul style="list-style-type: none">• Cumple con las ordenes de actitud limitada.• Enfrenta con adaptación la enfermedad, medio y procedimiento sistemático; participa en las actividades de autocuidado.

⁶⁵ Ibidem CARPENITO, "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERIA", Pág. 66.

⁶⁶ Ibidem BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 148.

⁶⁷ Ibidem BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 401.

⁶⁸ Ibidem CARPENITO, "PLANES DE" Pág. 65.

<p>siente; tratar de conocer sus preocupaciones específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar y fomentar la relación enfermera-paciente. - Fomentar la unión y un buen funcionamiento familiar, animando a los familiares a apoyarse uno a otros.⁶⁵ - Dar al paciente oportunidad de expresar sus sentimientos. - Ayudar al paciente a reducir su ansiedad. 	<p>importantes, pero no hay que olvidar las normas de cortesía y orientar al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El estrés desempeña un papel importante en la etiología de muchas enfermedades especialmente en el Infarto, así mismo los pacientes que muestran un estado anímico alterado tienen mayor índice de mortalidad.⁶⁷ - Una persona que sufre a menudo se aísla físicamente y, sobre todo, emocionalmente. La depresión de sentimientos interfiere con las relaciones familiares. - El contacto frecuente con la enfermera indica aceptación, facilitando la confianza. Una comunicación abierta puede ayudar al paciente a sobreponerse más rápidamente.⁶⁸ - Un paciente con ansiedad tiene menor capacidad de aprendizaje. 	
---	---	--

NECESIDAD: De descanso y sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: Trastorno del patrón del sueño relacionado con el diagnóstico de su enfermedad manifestado por ojeras, bostezos frecuentes y angustia.

OBJETIVO: Mejorar el estado del paciente mediante sedantes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la ansiedad mediante la ministración de ansiolíticos y analgésicos. - Brindar sostén psicológico y tranquilizar al paciente para reducir la angustia. - Explicar al paciente todos los procedimientos que se realicen. - Registro de constantes vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - La ansiedad y el miedo aumentan la frecuencia cardiaca, elevando la presión y hacen que las suprarrenales liberen adrenalina, lo que puede producir arritmia cardiaca. - La ansiedad corresponde a aumento del impulso simpático. - Ministración de medicamentos mediante la regla de ORO. 	<ul style="list-style-type: none"> * Disminuye la angustia la cual se manifiesta en una forma tranquila de hablar y una expresión facial relajada.

⁶⁹ Ibídem KING / WIECK / DYER, Pág. 320.

⁷⁰ Ibídem CARPENITO, "PLANES DE....." Pág. 64.

⁷¹ Op. Cit. SECRETARIA DE SALUD. IMSS. ISSSTE.

<ul style="list-style-type: none"> - Restablecer la confianza y ayudarlo a tomar una actitud positiva hacia su enfermedad. - Integrar y fomentar la relación Enfermera-paciente. - Tranquilizar al paciente y conseguir que este cómodo. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Medicamento correcto. b. Dosis correcta. c. Vía correcta. d. Hora correcta. e. Paciente correcto.⁶⁹ <p>- El paciente puede presentar síntomas debidos a un aumento de la tensión muscular y alteración del patrón del sueño.⁷⁰</p> <p>- Los medicamentos ansiolíticos calman la ansiedad y en dosis adecuadas NO producen somnolencia excesiva ni dificultad de las labores ordinarias; no deprimen la corteza cerebral y su acción se ejerce sobre las estructuras subcorticales, se emplean a menudo en psiquiatría y en medicina general.</p> <p>- Los analgésicos narcóticos son sustancias con efectos semejantes a los de la morfina; están indicados para alivio del dolor no denominado con los analgésicos antipiréticos.⁷¹</p>	
---	--	--

NECESIDAD: De moverse y mantener buena postura.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del estado hemodinámico relacionado por disminución del gasto cardíaco manifestado por cianosis periférica, piel húmeda y fría.

OBJETIVO: Conservar la estabilidad hemodinámica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTER-VENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Aumentar cada turno la actividad del paciente según se le indique:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumentar la actividad cuando el dolor sea mínimo o después de que hayan hecho	<ul style="list-style-type: none">- Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente aumente el funcionamiento fisiológico y reduce la hipoxia del tejido cardíaco.- La tolerancia a una actividad cada vez mayor depende de la capacidad del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Conserva la estabilidad hemodinámica; no muestra signos ni síntomas de Insuficiencia cardíaca; diaforesis, hipotensión,

⁷² Ibidem CARPENITO, "PLANES DE _____," Pág. 69-70.

<p>efecto los analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilancia de constantes vitales. - Buscar respuestas anormales al aumento de la actividad, tales como: <ul style="list-style-type: none"> a. Disminución de la frecuencia del pulso. b. Descenso o ausencia de cambios en la TA sistólica. c. Excesivo aumento o descenso de la frecuencia respiratoria. d. Pulso incapaz de regresar a la frecuencia en reposo transcurrido 3 min. de la actividad. - Planificar adecuados periodos de descanso según el programa 	<p>de adaptarse a las necesidades físicas del aumento de la actividad. La adaptación requiere un óptimo funcionamiento cardiovascular, pulmonar, neurológico y musculoesquelético. La respuesta fisiológica inmediata a la actividad que se espera incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Aumento de la frecuencia y fuerza del pulso. II. Aumento de la TA sistólica. III. Aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria. <ul style="list-style-type: none"> - Las respuestas anormales indican intolerancia al aumento de la actividad. - Los periodos de descanso proporcionan al organismo intervalos de menor gasto energético. - Los incentivos pueden ayudar a fomentar una actitud positiva y disminuir la sensación 	<p>cambios del estado mental, piel húmeda y fría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin signos de insuficiencia cardíaca.
--	---	---

⁷³ Op. Cit. HAMILTON / MNNIE, Pág. 18

⁷⁴ Ibídem BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 410.

<p>diurno del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar medidas para aumentar la cantidad y calidad de los periodos de reposo / sueño del paciente. 	<p>de frustración del paciente, asociada a la dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la persona tiene que completar un ciclo de sueño entre (70 – 100 minutos) para sentirse descansado. - Gracias al autocontrol se pueden detectar los primeros signos y síntomas de hipoxia. - El ahorro de energía evita que las necesidades de oxígeno excedan del nivel que puede cubrir el corazón.⁷² - La insuficiencia cardíaca congestiva es un síndrome caracterizado por disfunción miocárdica que da lugar a una alteración en el rendimiento de la bomba (disminución del gasto cardíaco). <p>Este síndrome puede deberse a insuficiencia ventricular izquierda, que produce principalmente congestión de los tejidos periféricos y las vísceras tanto en la insuficiencia cardíaca derecha como en la izquierda, se genera un desequilibrio grave</p>	
---	--	--

	<p>que influyen en el gasto cardiaco (precarga y postcarga).</p> <p>La precarga y postcarga permiten valorar y tratar mejor al paciente con insuficiencia cardiaca.</p> <p><u>Precarga</u>: Un factor decisivo en la contractilidad aumentada del corazón –es una fuerza de distensión pasiva ejercida sobre el músculo ventricular al final de la diástole.</p> <p><u>Postcarga</u>: Alude la presión que los músculos ventriculares deben generar para superar la presión más alta en la aorta. Normalmente, la presión telediastólica en el ventrículo izquierdo es de 5 – 10 mmHg; pero en la aorta, es de 70 – 80 mmHg. Esta diferencia significa que el ventrículo debe desarrollar suficiente presión para abrir la válvula aórtica.⁷³</p> <p>Las manifestaciones de Insuficiencia Cardiaca Congestiva dependen</p>	
--	---	--

	<p>principalmente de tres alteraciones importantes de la dinámica circulatoria:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="691 215 1177 448">I. Disminuye el gasto cardiaco al punto que no hay riego arterial suficiente a órganos vitales, y por ello no son cubiertas sus necesidades de oxígeno y de nutrimentos, y sufren carencias.<li data-bbox="691 466 1177 743">II. El lecho vascular pulmonar no es vaciado con eficiencia por aurícula y ventrículo izquierdos, y de ello resulta regurgitación de los vasos pulmonares, hipertensión pulmonar e incluso en ocasiones edema pulmonar.<li data-bbox="691 761 1177 950">III. La sangre que regresa al corazón no es enviada a los vasos pulmonares con la rapidez suficiente para evitar la congestión en venas y venillas de la circulación general.⁷⁴	
--	--	--

NECESIDAD: De moverse y mantener buena postura.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Trastorno de la movilidad física del miembro superior izquierdo relacionado con dolor precordial manifestado por la incapacidad para moverse libremente.

OBJETIVO: Evitar movimientos bruscos del miembro superior izquierdo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	
<ul style="list-style-type: none">- Iniciar un programa de movimientos para mejorar su capacidad funcional.- Evitar movilización con los brazos arriba de los hombros.- Asistir la realización de actividades de cuidado de sí mismo.- Pedir al paciente que evite	<ul style="list-style-type: none">- Evitar cualquier cosa que ponga en tensión los músculos.- Someter al paciente a reposo: para reducir la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la demanda de oxígeno del corazón para conservar el trabajo cardiaco lo más bajo posible.- Las embolias pulmonares habitualmente provienen de la trombosis venosa de las extremidades inferiores.- la profilaxis se realiza mediante ejercicios de	<p>* Cumple con las ordenes de actividad limitada; participa en actividades según políticas de cuidados coronarios.</p>

⁷⁵ Ibidem BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Médicoquirúrgica", Pág. 347.

<p>todo esfuerzo repentino.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer al paciente actividades de distracción. -Aplicar medidas antiembolia. 	<p>piernas, pies y con la deambulaci3n precoz, la utilizaci3n de vendas el3sticas en pies y piernas vigilando la circulaci3n, consistencia del vendaje; si el vendaje no esta bien realizado, puede ser contraproducente, por agravar la estasis venosa perif3rica.⁷⁵</p>	
--	--	--

NECESIDAD: De eliminaci3n.

DIAGNOSTICO SE ENFERMERIA: Alteraci3n de la eliminaci3n fecal relacionada con el grado limitado de movimiento y deambulaci3n manifestado por estreñimiento.

OBJETIVO: disminuir las molestias de estreñimiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar intimidad durante 	<ul style="list-style-type: none"> - La estimulaci3n vagal producida al sostener 	

⁷⁶ Ibidem CARPENITO, "PLANES DE CUIDADOS Y.....", 67-70.

<p>la defecación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar las posibles causas de estreñimiento y sus efectos sobre el ritmo cardiaco (estimulación vagal). Explicar que la inmovilidad, los cambios en la dieta habitual y la turbación pueden contribuir al estreñimiento, y que los narcóticos reducen la inervación neural, que controla el peristaltismo. - Ministrar ablandadores fecales. - Fomentar factores que contribuyan a una eliminación óptima. <ol style="list-style-type: none"> I. Dieta equilibrada. II. Adecuada ingesta de líquidos. 	<p>la respiración o hacer esfuerzo durante la defecación aumenta la depresión intratorácica y reduce el retorno venoso al corazón. Al liberar la presión se incrementa el retorno venoso, aumentando así el esfuerzo cardiaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los ablandadores de las heces aumentan la eficacia del agua intestinal, ablandando la masa fecal y contribuyendo a su eliminación. - Una dieta bien equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo. - Una buena ingesta de líquidos, como m de 2 litros / día, es necesaria para conservar un patrón de eliminación normal y fomentar una adecuada consistencia de las heces. - Un ambiente cómodo y relajado puede fomentar deposiciones regulares.⁷⁶ - La actividad influye en la eliminación, mejorando el tono de los músculos 	<p>* Conserva la eliminación normal; heces suaves y formadas según las características normales del paciente.</p>
---	---	---

⁷⁷ Ibidem BRUNNER / SUDARTH, "Enfermería Medicoquirúrgica", Pág. 346.

⁷⁸ Ibidem HAMILTON / MINNIE. PÁG. 19.

<p>III. Horario regular de eliminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la diuresis (30 ml por hora). - Limitar los alimentos que se sabe producen gas excesivo. - Registro de constantes vitales. - Vigilar datos de choque cardiogénico. 	<p>abdominales y estimulando el apetito y el peristaltismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con la finalidad de evitar la retención de líquidos y la retención de sodio, la dieta debe ser hiposódica, una disminución del volumen urinario indica reducción del flujo renal sanguíneo.⁷⁷ - <i>El choque cardiogénico:</i> Si los mecanismos compensadores intrínsecos y los tratamientos fallan, el gasto cardiaco puede desplomarse tan bruscamente que los tejidos corporales sufren anoxia aguda. Puede sobrevenir la muerte por choque cardiogénico.⁷⁸ 	
---	--	--

NECESIDAD: De aprendizaje.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Posible alteración en el mantenimiento de la salud debido a la falta de conocimiento sobre su enfermedad.

OBJETIVO: Dar información al paciente sobre su dieta, signos y síntomas de complicaciones y reducción de riesgos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>- Explicar los factores de riesgo del Infarto Agudo del Miocardio que pueden modificarse o eliminarse como:</p> <ul style="list-style-type: none">I. Obesidad.II. Tabaquismo.III. Dieta rica en grasas o	<p>- Dichas explicaciones refuerzan las necesidades de seguir las instrucciones sobre la dieta, ejercicio y otros aspectos de tratamiento.</p> <p>- Centrarse en factores que pueden controlarse puede reducir la sensación de importancia del paciente.</p>	<p>* Acepta y se muestra interesado a las instrucciones y explicaciones que se le dan con respecto al Infarto Agudo del Miocardio.</p>

⁷⁹ Ibidem CARPENITO "PLANES DE CUIDADOS DE.....". Pág. 64-72.

⁸⁰ Ibidem CARPENITO "PLANES DE CUIDADOS DE.....". Pág. 70-72.

<p>sodio.</p> <p>IV. Estilo de vida sedentario.</p> <p>V. Excesivo consumo de alcohol.</p> <p>- Enseñar al paciente a tomar el pulso radial y decirle que notifique cualquiera de los siguientes síntomas:</p> <p>I. Disnea.</p> <p>II. Dolor torácico persistente.</p> <p>III. Aumento de peso o edema inexplicable.</p> <p>IV. Debilidad inusual.</p> <p>- Explicar la necesidad de restricciones en la actividad y de qué modo deberá progresar gradualmente.</p> <p>- Consultar con el médico cuando puede volver a trabajar, conducir,</p>	<p>- La obesidad aumenta la resistencia periférica y el esfuerzo cardiaco.</p> <p>- el tabaco produce taquicardia y eleva la tensión arterial debido a sus efectos vasoconstrictores.</p> <p>- una dieta rica en grasa contribuye a la formación de placas en las arterias, una ingesta excesiva de sodio aumenta la retención de agua.</p> <p>- Un estilo de vida sedentario conduce a una mala circulación colateral.</p> <p>- El alcohol es un potente vasodilatador, la vasoconstricción subsiguiente aumenta el esfuerzo cardiaco.</p> <p>- La hipertensión con aumento de la resistencia periférica lesiona la capa interna arterial, contribuyendo a la arteriosclerosis.</p> <p>- La disnea y el dolor pueden indicar isquemia miocárdica y congestión vascular (edema) secundaria a un menor gasto cardiaco.</p>	
---	---	--

<p>tener actividad sexual y desarrollar actividades de recreo y viajes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - evitar la actividad sexual en temperaturas extremas, inmediatamente después de las comidas (esperar 2 horas), cuando este intoxicado, cansado, con pareja desconocida. - Interrumpir la actividad sexual en caso de notar dolor torácico o disnea.⁷⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - La repetición de explicaciones puede ayudar a mejorar el cumplimiento de régimen terapéutico. - Para satisfacer el aumento de las demandas miocárdicas de oxígeno debido a la actividad sexual, el paciente tiene que evitar toda situación que provoque vasoconstricción y vasodilatación. - Resulta esencial un seguimiento adecuado para evaluar si y cuándo es aconsejable la progresión de las actividades.⁸⁰ 	
--	---	--

3.6 EVALUACIÓN.

Se realizo en el apartado correspondiente por cada necesidad.

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El Proceso de Atención de Enfermería es de gran importancia y utilidad para los profesionales asistenciales, ya que se abordan diferentes temas en la metodología de los cuidados que a muchos les parece que esta muy alejado de sus intereses cotidianos, pero es útil no sólo en las escuelas de enfermería, sino que, se puede aplicar con cada uno de los pacientes que se encuentren en su domicilio o en un hospital.

Considero que cada vez más se debería aplicar en mi centro de trabajo, desafortunadamente y por las condiciones en que se encuentra no sólo la institución, por la falta de cobertura de personal, incremento de derechohabientes, falta de material; no debería ser un obstáculo para la aplicación del Proceso de Atención de enfermería ya que con el modelo de Virginia Henderson, se puede aplicar de acuerdo a la detección de necesidades prioritarias al momento del ingreso en una unidad médica, se debe proporcionar atención de acuerdo a los criterios de rigor científico de todas las disciplinas de los profesionales de la salud.

La enfermería es una disciplina científica dedicada a la prevención del sufrimiento humano y social, que ayuda a la realización y aplicación de sus conocimientos, al cuidado de los enfermos al mejoramiento y restauración de la salud, llevar a la práctica estos cuidados es indispensable que tenga conocimientos y formación en una institución Universitaria puesto que, conociendo y partiendo de bases científicas aplique un Proceso de atención de Enfermería.

Para el desarrollo profesional es indispensable conocer y saber aplicar un Proceso de Atención de enfermería para proporcionar una mejor atención por ser

un sistema basado de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería, basado en el método científico, además de estar interrelacionado que obliga a una valoración constante y a efectuar nuevos diagnósticos de enfermería, planeación, planificación y evaluación de los resultados.

Con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería he llegado la conclusión que es funcional y aplicable a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio no complicado; sirve para elevar la calidad de atención si se aplica específica e individualmente a cada paciente, aunque siempre, la atención se realiza en forma multidisciplinaria con los profesionales de la salud.

Considero que una de las mayores ventajas del Proceso de atención de Enfermería, es que se aplica en forma individualizada, pero las condiciones en que nos encontramos en cada una de las instituciones de salud, no es posible la realización del proceso al 100 %.

Una de las desventajas que nos impide la aplicación del proceso es la falta de personal y de material, entre otras cosas.

El mantener informado al paciente de todas y cada una de las acciones de enfermería el paciente coopera en su tratamiento notándose una evolución de mejoría más rápida. Cuando el paciente conoce la causa de su enfermedad y las posible complicaciones sigue al pie de la letra las indicaciones a seguir puesto que sabe que con ello tiene menos posibilidades de tener secuelas.

Para un mejor funcionamiento debemos considerar que toda enfermera conozca las patologías y la historia natural de la enfermedad.

Los objetivos fueron alcanzados, logrando la independencia total del

paciente.

Creo que esta guía servirá para una mejor atención y para la detección de necesidades en pacientes con infarto Agudo del Miocardio, así mismo poder lograr la independencia lo monto posible y con el mínimo de complicaciones.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de los factores que influyen la satisfacción de necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona.

El considerar las necesidades desde el punto de vista implica forzosamente al individuo como un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno, es evidente por lo tanto, la necesidad de desarrollar comportamientos de afrontamiento y de adaptación al medio cambiante, para considerar la satisfacción de las necesidades fundamentales en una forma óptima de acuerdo con la persona, su edad y situación.

Finalmente, solo deseo mencionar que cuando se analice esta guía deberán tomar en cuenta los principios propios de cualquier entrevista, que hace referencia a la información a la persona que va a ser entrevistada sobre la recogida de datos, la forma en que se realizó la confidencialidad de los datos proporcionados.

GLOSARIO.

Analizar. Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar dónde podrían situarse en la "imagen completa".

ACTP. Angioplastia Transluminal Percutánea.

Anoxia, insuficiente aporte de oxígeno a los tejidos.

Arritmia, falta de ritmo en la acción y funcionamiento cardiaco.

Ateroesclerosis, placa formada principalmente, por tejido fibroso de distinta densidad y celularidad que consta de calcio, células espumosas grasas y lípidos extracelulares.

Cianosis, aspecto violáceo de la piel y de las membranas mucosas, producido por una oxigenación inadecuada de la sangre. Indica una insuficiencia de la circulación y es frecuente también en las enfermedades respiratorias, constricción venosa por cualquier causa puede producir cianosis localizada.

Conducta. La forma en que alguien actúa, reacciona o funciona.

Empatía. Comprensión de los sentimientos o percepciones de otro, pero sin compartir los mismos sentimientos o puntos de vista (compárese con simpatía) .

Endocardio, membrana interna que recubre al corazón.

Estenosis. Estrechamiento o contracción de un conducto o abertura.

Fibrilación, contracciones irregulares y rápidas de la aurícula (300 – 400 veces por minuto). Las contracciones ventriculares son más lentas pero irregulares en el tiempo y en la fuerza, algunas son tan débiles que producen una caída de la tensión arterial; por tanto, el verdadero indicador del latido cardiaco debe buscarse en la punta del corazón y no en la velocidad del pulso arterial.

Hipertrofia, crecimiento excesivo de una parte u órgano por aumento de sus propios tejidos.

Hipoxemia, oxigenación incompleta de la sangre.

IAM, Infarto Agudo del Miocardio.

ICC, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Isométrico, espacios métricos entre los que existe isometría.

Isometría, aplicación geométrica que conserva las distancias existentes entre rectas, longitudes y ángulos.

Miocardio, tejido muscular del corazón.

Necrosis, muerte de una porción de tejido.

Necesidad. Requerimiento de una persona que, cuando se satisface, alivia o reduce su sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.

Pericardio, saco membranoso liso que envuelve al corazón y consta de una capa externa fibrosa y de una capa interna serosa.

Simpatía. Compartir los sentimientos de otra persona (compárese con empatía).

Trombo, coagulo sanguíneo estacionario producido generalmente en una vena, producido por flebitis. Esta formado por plaquetas fibrina, eritrocitos y leucocitos tienen una longitud de 1 cm aproximadamente (trombo blanco).

BIBLIOGRAFÍA.

- ALFARO, Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería". Edit. Doyma, Barcelona España. 1998.
- BERKO.Robert, J, Fletcher Andrew "El Manual Merck" Ed. Doyma. 1995
- BRAUWALD. "Tratado de Cardiología." Medicina Cardiovascular, Vol. II 4ª. Ed. Edit. Interamericana McGraw-hill, Méx., 1993.
- BRUNNER / SUDARTH. "Enfermería Medicoquirúrgica". 3a. Ed. Edit. Interamericana. Méx., D.F. 1995.
- CARPENITO. "Diagnóstico de enfermería" 2ª. ED. Edit. Interamericana, Méx., D.F.
- CARPENITO. "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERIA". 1ª. Ed. Edit. Interamericana de España. McGraw-Hill. 1994.
- FERNÁNDEZ / FERRIN. Gloria Novel Martí. "Proceso de Atención de Enfermería Estudio de casos". Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat.1ª. Ed. 1998.
- FUNDACIÓN. Interna del corazón "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada". 2ª. Ed. Edit. Interamericana 1991.
- GORDON. Maryory. "Structure of Diagnosis. Process and Application". 2a. ed. New York. McGraw-Hill Book Co. 1987.
- GUYTON. "Tratado de Fisiología Médica". 7ª. Ed. Edit. Interamericana. McGraw-Hill. 1996.
- HAMILTON / Minnie. "Enfermedades Cardiovasculares". Serie BIBLIOTECA CLINICA PARA ENFERMERAS. Ed. CIENTÍFICA PLM., S.A. de C.V. Méx., 1996.
- HERNÁNDEZ / RODROGUEZ / SANDOVAL. "Proceso de Atención de Enfermería". Antología, UNAM, ENEO, SUA. Méx., D.F. Octubre 1997.
- IYER. P.W. B.J. Taptich. D. Bernocchi-Losey. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería". 3ª, ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill.

- KERSHAW.** "Modelos de Enfermería". Ed. Doyma. Barcelona España, 1998.
- KIOPELLE.** De Grodin,L. Y PHANEUF. Ma, Soins Infirmiers: Un modèle centré sur les besoins de la personne. Ed. McGraw-Hill, Montreal 1984.
- KING / WEEK / DYER.** "manual Ilustrado de TECNICAS DE ENFERMERIA" 3A. Ed. Edit. Interamericana 1997, Méx., D.F.
- MARRINER.** Ann "El Proceso de Enfermería con un Enfoque Científico" Traducción de la 2ª. Ed. D. Alfonso Téllez Vallejo. Edit. Manual Moderno Méx., D.F. 1990.
- N. ROPER / W.W.L., A.T.J.** "Proceso de Atención de Enfermería". Edit. Interamericana Méx., D.F. 1998.
- SECRETARIA DE SALUD / IMSS, ISSSTE, SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL PARA LA FAMILIA.** "Cuadro Básico de medicamentos". 1997.
- SODI PALLARES, Medrano, Bistani, Ponce de León.** "ELECTROCARDIOGRAFÍA CLÍNICA". Análisis Deductivo, Meléndez Editores, S.A. de C.V. Méx., D.F. 1998.
- TORTORA AGNANOSTAKOS,** "Principios de Anatomía y Fisiología" 6ª. Ed. Edit. HARLA, Méx., D.F. 1993.