

302112



**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA  
"IGNACIO CHAVEZ"**

-----  
-----  
ESCUELA DE ENFERMERIA

**ESTUDIO DE CASO**

VALORACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN  
UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL  
MIOCARDIO, EN ESTADO CRITICO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

**MONICA DEL CARMEN BOSADA RAMIREZ DE ARELLANO**

ASESORA: L.E.O. LETICIA GARDUÑO RONQUILLO

MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:**

**Por toda la fuerza y voluntad que me dio en estos cuatro años.**

**IN MEMORIAN**

**A MI PADRE:**

**Por su cariño, por ser el mejor padre, porque sé que en los momentos más difíciles estuviste conmigo y estas conmigo siempre. TE AMO.**

**A MI MAMÁ:**

**Por su apoyo no solo durante mi carrera sino en toda mi vida.**

**Por ser la mejor de las madres. TE AMO MAMÁ.**

**A MI ABUELA Y A MI TÍA CUCA:**

**Por todo su cariño y comprensión.**

**A MIS HERMANOS:**

**Por estar siempre conmigo.**

**A MI MARIDO:**

**Quien confía plenamente en mí y quién me apoyó a seguir adelante durante mi servicio social, TE AMO.**

# **CONTENIDO**

## **I. INTRODUCCIÓN**

## **II. OBJETIVOS.**

**2.1 Objetivo general**

**2.2 Objetivo específico**

## **III. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO**

## **IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO**

**4.1 Proceso de atención de enfermería**

**4.1.1 Fase de Valoración**

**4.1.2. Fase de Diagnóstico**

**4.1.3. Fase de Planificación de cuidados**

**4.1.4. Ejecución**

**4.1.5. Evaluación**

**4.2. Modelo de Atención de Virginia Henderson**

**4.3. Fisiopatología del Infarto Agudo al Miocardio**

**4.3.1. Factores de riesgo**

**4.3.2. Cuadro Clínico**

**4.3.3. Diagnóstico**

**4.3.4. Tratamiento**

**4.3.5. Complicaciones**

## **V. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**5.1. Universo.**

**5.2. Lugar.**

**5.3. Tiempo.**

**5.4. Valoración.**

**5.5. Diagnóstico de enfermería.**

**5.6. Planeación.**

**5.7. Ejecución.**

**5.8. Evaluación.**

## **VI. PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

## **VII. CONCLUSIONES.**

## **VIII. ANEXOS.**

**8.1. Historia clínica de enfermería.**

**8.2. Instrumento de valoración clínica de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.**

**8.3. Cronograma de Actividades para la elaboración de tesis.**

## **IX. BIBLIOGRAFÍA.**

## I. INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos cerca de 1.5 millones de pacientes sufren infarto agudo del miocardio.

Alrededor de un millón de personas son admitidas anualmente a un servicio de urgencias por sospecha de infarto agudo del miocardio y el diagnóstico se confirma en 30 a 50% de ellos. Aunque la mortalidad del infarto agudo al miocardio ha disminuido en los últimos años un 30% , aún es un evento fatal en un tercio de los pacientes. El 50% de las muertes asociadas con infarto agudo al miocardio se presentan en la primera hora del evento agudo y son atribuidas a trastornos de ritmo (frecuentemente fibrilación ventricular). La mortalidad en pacientes con infarto que reciben terapia de reperfusión ha disminuido al 6.5%. Sin terapia de reperfusión existe un índice de mortalidad del 13%.<sup>1</sup>

En la era previa al advenimiento de las unidades de cuidados coronarios la mortalidad era del 30%, con el uso de monitoreo hemodinámico, desfibriladores y betabloqueadores se disminuyó al 15%.

El infarto agudo al miocardio se conoce como la enfermedad número 1 en adultos en México. El enfermo con infarto ha presentado cambios importantes en relación con el pronóstico, tratamiento y terapéutica durante las últimas décadas, lo que ha modificado en forma importante su mortalidad y su evolución a corto y largo plazo.

En 90% de los casos, se demuestra una oclusión total de la arteria coronaria relacionada con el infarto.

---

<sup>1</sup> LEIVA, José Luis y Col., Manual de Urgencias Cardiovasculares, MACGRAW-HILL INTERAMERICANA, 1996, México, DF. pp.507.

En raros casos es también causado por embolismo. Se han descrito casos de Infarto Agudo al Miocardio en pacientes con espasmo coronario y arterias coronarias por lo demás normales.

La cocaína provoca un intenso espasmo de las arterias coronarias, los cocaínómanos pueden manifestar Angina de pecho e Infarto por inducción de drogas. Los estudios necrópsicos y coronariografía han demostrado que la trombosis coronaria por la cocaína puede presentarse tanto en arterias coronarias normales como superponerse a un ateroma preexistente.<sup>2</sup>

El proceso de atención de enfermería permite evaluar la terapéutica de enfermería que se aplica a paciente portador de este padecimiento, siendo parte fundamental en el tratamiento, en cualquiera de sus etapas y complicaciones que se suscitan no solo en referencia con el aspecto físico sino abarcando un sistema de atención holístico, dándole cobertura a cada una de sus necesidades durante su estancia hospitalaria, tomando en cuenta cualquier tipo de desenlace de la patología.

---

<sup>2</sup> Ibid, pag 98.



## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DEL CASO**

### **2.1.- Objetivo General**

- Determinar el cuidado integral de enfermería en la atención del paciente que cursa con padecimiento isquémico en la Unidad Coronaria.

### **2.2.- Objetivo Especifico**

- Definir las intervenciones de enfermería en un plan de atención donde se implanten nuevos recursos y técnicas del cuidado enfermero.

### III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

El presente documento permite especificar la intervención que tiene el personal de enfermería en el tratamiento del paciente con Infarto Agudo al Miocardio, fundamentado en acciones con bases científicas que involucran las necesidades que se presentan en el individuo con este problema.

El estudio de caso que se presenta a continuación forma parte de las experiencias vividas en el servicio social y que por la naturaleza de la patología, presentación y sobre todo el cuidado que enfermería debe brindar a estos pacientes, nace la inquietud de documentar y fundamentar el proceso de atención de enfermería en este caso.

Paciente masculino de la sexta década de la vida, casado, católico, con ocupación de comerciante, con antecedentes de tabaquismo ocasional, alimentación rica en grasas saturadas, padece de Diabetes Mellitus desde hace 10 años, Hipertensión Arterial Sistémica de 2 semanas de detección. Su padecimiento se remonta 2 semanas previas al dolor torácico, relacionado con esfuerzo físico y stress emocional este se acompaña de diaforesis y disnea, de forma ocasional se asociaba a náuseas y vómito de contenido gástrico. Acudió con médico fuera del Instituto Nacional de Cardiología quien detectó descontrol hipertensivo y metabólico por lo cual se le ajustó medicación. La sintomatología persistió a partir del 21 de noviembre del 2000, esta se presentó con menores esfuerzos e incluso con reposo limitando sus actividades cotidianas con una prioridad de hasta tres episodios por día. 24 hrs. previas a su ingreso presentó disnea intensa, diaforesis, mareo y náusea no refiere dolor torácico, la sintomatología persistió por más de 12 hrs. por lo que acude a este INSTITUTO el 29 de NOVIEMBRE DEL 2000.

El paciente se encontró a su llegada en estado estuporoso, con palidez generalizada, no se ausculta Presión Arterial, al monitor con una Frecuencia Cardíaca de 200 x', Se procedió a cardioversión eléctrica con lo cual revirtió a ritmo sinusal, logrando una Presión Arterial de 80/40.

Se inició manejo con arterenol y se procedió a intubación endotraqueal. La Radiografía mostró datos de severa hipertensión venocapilar pulmonar sugestiva a edema pulmonar. Al ECG mostró lesión subepicárdica y datos sugestivos de isquemia en cara lateral.

Durante su internamiento en la Unidad coronaria presentó de forma repetitiva eventos de taquicardia ventricular asociados a compromiso hemodinámico, por lo cuál fue revertido en varias ocasiones.

Se le colocó catéter de Flotación por presentar hipotensión sostenida, al mejorar parámetros se procedió a retirar.

Se le detectó a su ingreso Infarto Agudo Al Miocardio Posteroinferior con extensión al dorso fue sometido a cateterismo mostrando oclusión completa de la Coronaria Derecha en su segmento medio con gran cantidad de trombos en su inferior, por lo que se le realizó Angioplastía más stent en coronaria derecha.

Posteriormente el paciente presentó fiebre hasta de 40° C por tres días, se inició esquema de antibióticos con cefalosporinas de tercera generación.

Se le detectó elevación de azoados que mantuvieron un patrón de falla prerrenal, tuvo trauma de uretra por lo que se lo colocó talla suprapúbica. Se le detectó descontrol metabólico con glucemias hasta de 500 mg/dl por lo que se le inició infusión de insulina logrando establecerlo.

El paciente presentó deterioro hemodinámico durante las últimas 48 hrs, a su tercer día de ingreso que se manifestó con caídas de resistencias periféricas,

hipotensión sostenida, además de aumento de episodios de Taquicardia Ventricular, que empeoró la hipotensión por lo que fue manejado con cardioversión eléctrica, aumento de aminas, este deterioro se relacionó a síndrome febril que llega hasta 41° C, disminuyendo el gasto urinario, aumento de azoados, presentó hipotensión severa que no respondió al arterenol presentando episodios de Taquicardia Ventricular, asistolia que no revierte con maniobras, declarándose muerto a las 10:30.

### **DIAGNÓSTICOS MÉDICOS**

**INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, POSTEROINFERIOR CON EXTENSIÓN AL DORSO Y AL VENTRÍCULO DERECHO, ANGIOPLASTÍA MÁS STENT EN CORONARIA DERECHA, CHOQUE CARDIOGÉNICO, CHOQUE SÉPTICO, DIABETES MELLITUS II, HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.**

## IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

### 4.1. Proceso de Atención de Enfermería

Es un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Estas etapas están íntimamente relacionadas y son interrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no sólo desde una dimensión física o biológica sino también desde las perspectivas, psicológica sociológica, cultural y espiritual.<sup>6</sup>

Se divide en 5 fases:

#### 4.1.1. Fase de Valoración

Valoración es el cimiento del proceso de enfermería. Una recolección de datos precisos lleva a la identificación del estado de salud del paciente, fortalezas e inquietudes para los diagnósticos de enfermería. El propósito de este es identificar y obtener datos pertinentes sobre el paciente. La Asociación Americana de Enfermeras declara que enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales, por lo tanto el enfoque principal de la recolección de datos es la respuesta del paciente a las inquietudes o problemas de salud.

---

<sup>6</sup> MURRIA, M. Proceso de Atención de Enfermería, 5ª Edición MACGRAW-HILL Interamericana, México 1996., pp. 245.

- **Relación Enfermera - Paciente**

Este es el medio para aplicar el proceso de enfermería. La relación es el vehículo por el cual la enfermera trabaja mutuamente con el paciente para facilitar el nivel óptimo de salud del paciente.

Confianza, empatía, cuidado , autonomía y mutualidad son características básicas para la relación enfermera-paciente, estos conceptos son recíprocos durante las interacciones, pero la enfermera es responsable de su iniciación.

Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. Se divide en:

- **Directos**

Se considera que la información debe obtenerse a partir del propio paciente, a través de la entrevista, el examen físico, datos de laboratorio y resultados de pruebas complementarias.

- **Indirectos**

Información procedente de fuentes secundarias como aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente, así como los datos registrados en la historia clínica o en alguna anterior y los informes derivados de los demás miembros de la salud.

La primera fase de valoración consiste en reunir información preliminar del cliente respecto a problemas inmediatos de salud, información demográfica tal como edad, estilo de vida y actividades de la vida diaria. La base de datos ayuda a la enfermera a entender las percepciones del paciente sobre la salud, que factores influyen la salud del paciente y que puede hacer enfermería para facilitar la adquisición de salud óptima del cliente

La segunda fase es determinar cuál modelo usar para guiar la recolección de datos posterior y proporcionar una dirección para el resto de los componentes del proceso de enfermería con el paciente.

La tercera fase es una valoración general del cliente, si el paciente expresó una inquietud específica de salud relacionada con el dolor durante la fase preliminar de información, la enfermera se enfocará primero en determinar la naturaleza exacta de esa inquietud. La amplitud de este tipo de valoración facilita un entendimiento profundo de las influencias biofísicas, socioculturales, psicológicas y espirituales en la salud del paciente.<sup>7</sup>

#### **4.1.2. Fase de Diagnóstico**

El Diagnóstico de enfermería es una declaración clara concisa y definitiva del estado de salud del paciente.

Este diagnóstico es la base de las acciones definitivas en las cuales intervienen las enfermeras.

Algunos de los propósitos por los cuales es utilizado el diagnóstico de enfermería son:

1. Contribuyen a la base de conocimientos de la enfermería como ciencia.

---

<sup>7</sup> MURRAY, Op Cit. pag 98.

2. Facilitan la autonomía de las enfermeras en la emisión de juicios acerca del cuidado del paciente.
3. Proporcionan la base para generar los planes de enfermería.
4. Proporcionan la base para reportes entre turnos.
5. Promueven la comunicación entre enfermeras al aclarar las metas compartidas que se enfocan a las acciones colectivas.

Corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

#### **4.1.3. Fase de Planificación de cuidados**

Después de que el diagnóstico de enfermería es validado, este proporciona dirección para determinar como asistir al paciente en la resolución de sus intereses relacionados a la restauración, mantenimiento y promoción de la salud. El componente de planeación involucra las prioridades, establecimiento de metas, desarrollo de objetivos, identificación de estrategias y especificación de las órdenes de enfermería para la implementación.

Se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente, fijación de objetivos y metas que nos lleven al desarrollo de un plan de acción que satisfaga necesidades detectada., incluyendo:

- **DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.**-El proceso de juicio de prioridades inicia con la lista de diagnósticos de enfermería. Categoriza dichos diagnósticos en prioridades incluyendo la decisión preferencial de los



intereses del paciente. Sin embargo al hacer esta selección no significa que un interés debe ser resuelto sin considerar otro. El acto de elegir un diagnóstico como importante se basa en diversos factores. Amenazas para la vida y salud, recursos temporales, materiales y humano e involucramiento del paciente.

- **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS.**-Los resultados del paciente son etiquetados como metas (resultados a largo plazo) u objetivos (resultados a corto plazo). Los resultados de las metas se logran en la resolución de los intereses de salud indicados a través del diagnóstico de enfermería. Los objetivos se alcanzan en sus respectivas metas. El tiempo de las metas y objetivos se relacionan con el interés de salud, disponibilidad de recursos de tipo agencia en la cuál se proporciona el cuidado y las características del paciente.

#### **4.1.4. Ejecución**

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, posibilidades, disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia.

En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y el paciente, adquiere su máxima significación. En este sentido no sólo se debe atender la resolución de sus problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades.

## 4.2. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que vive el paciente. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera:

EL ROL FUNDAMENTAL DE LA ENFERMERA CONSISTE EN AYUDAR AL INDIVIDUO ENFERMO O SANO A CONSERVAR O A RECUPERAR LA SALUD PARA QUE PUEDA CUMPLIR LAS TAREAS QUE REALIZARÍA ÉL SOLO SI TUVIERA LA FUERZA, LA VOLUNTAD O POSEYERA LOS CONOCIMIENTOS DESEADOS Y CUMPLIR CON SUS FUNCIONES DE FORMA QUE LE AYUDEMOS A RECONQUISTAR SU INDEPENDENCIA LO MAS RÁPIDO POSIBLE.<sup>8</sup>

Para Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

**NECESIDAD FUNDAMENTAL.**- Necesidad vital es decir todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

**INDEPENDENCIA.**-Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo, o que otros hacen

---

<sup>8</sup> HENDERSON, V: The Nature of Nursing, Macmillan Publishing Co., Nueva York, 1966.

ACTIVIDADES QUE REALIZARÍA POR SI MISMA SI TUVIERA LA FUERZA, CONOCIMIENTOS O VOLUNTAD NECESARIA. TODO ELLO DE MANERA QUE LE AYUDE RECOBRAR SU INDEPENDENCIA DE LA FORMA MAS RÁPIDA POSIBLE.<sup>10</sup>

## **LAS 14 NECESIDADES**

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Cada individuo se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA
- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS
- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN
- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DELA PIEL
- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
- NECESIDAD DE COMUNICARSE
- NECESIDAD DE VIVIR, SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

---

<sup>9</sup> HENDERSON, V., y NITE, G.: Principles and practice of Nursing, Macmillan Publishing Co., 6ª Edición, Nueva York, 1978.

<sup>10</sup> GEORGES, B.J.: Nursing Theory, Prentice HALL INC., Englewood Cliffs., 1980.

- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE
- NECESIDAD DE JUGAR
- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades en forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece dependencia, la cual debe especificar las causas, las cuales pueden ser falla orgánica de conocimientos o falta de voluntad.

### 4.3. FISIOPATOLOGÍA DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

La oclusión coronaria es la vía final común de una interacción dinámica y compleja entre aterosclerosis coronaria y rotura, erosión o fisura de la placa aterosclerosa. Las llamadas placas blandas con un contenido elevado de lípidos, son particularmente susceptibles a romperse, episodio que en general ocurre en la unión de la placa con la íntima normal o en el centro de la placa sobre un acúmulo de lípidos extracelulares que lleva a exponer la colágena y a la activación in situ de mecanismos trombógenos, activación plaquetaria con liberación de ADP, serotonina, trombina y tromboxano A<sub>2</sub>. Esta serie de hechos lleva a la formación de un trombo que al inicio es rico en plaquetas y glóbulos rojos y conforme se activa la cascada de coagulación, principalmente a través de la trombina, se suman al trombo inicial otros componentes sanguíneos que le dan mayor estabilidad sobre todo a través de la fibrina.

El trombo agregado a una placa aterosclerosa altera su forma e incrementa el grado de obstrucción, el infarto sobreviene cuando el flujo sanguíneo distal a la obstrucción se impide en forma repentina y total. En unos cuantos segundos se consume el oxígeno sanguíneo de la región miocárdica distal a la obstrucción, se detiene el metabolismo oxidativo mitocondrial y queda abolido el Ciclo de Krebs y la oxidación de ácidos grasos.

Es importante mencionar la secuencia de acontecimientos existentes después de la isquemia miocárdica total y tener en mente que antes de que el paciente presente dolor torácico y cambios electrocardiográficos otros cambios ya se originaron a otros niveles.

La secuencia de sucesos es:

#### DETENCIÓN DEL FLUJO CORONARIO

DISMINUCIÓN EN LA DISPONIBILIDAD DE OXÍGENO  
ALTERACIONES EN LA RELAJACIÓN MIOCÁRDICA  
ALTERACIONES EN LA CONTRACCIÓN  
CAMBIOS METABÓLICOS MIOCÁRDICOS  
INCREMENTO EN LAS PRESIONES DE LLENADO  
DOLOR TORÁCICO.

Existen otras causas de Infarto Agudo al Miocardio que no son placa aterosclerosa y trombo oclusivo total. Podría ser por arteritis,(arteritis de takayasu, poliartritis nodosa etc.),embolismo de las arterias coronarias (endocarditis infecciosa, trombos murales en aurícula izquierda),espasmo coronario (angina de Prinzmetal).<sup>3</sup>

#### 4.3.1. Factores de Riesgo

- **EDAD AVANZADA.**- En la mujer se pierde el efecto protector estrogénico (menopausia), además la edad avanzada se relaciona con aterosclerosis.
- **DIABETES MELLITUS.**- Es un factor de riesgo muy importante porque produce alteración en el metabolismo de los lípidos (hipertrigliceridemia), el uso de insulina para el tratamiento de la diabetes acelera la aterosclerosis.
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**- Favorece la aterosclerosis y condiciona hipertrofia del Ventrículo Izquierdo.
- **OBESIDAD.**-Aumenta el consumo de oxígeno del miocardio, se asocia a hipertensión arterial y sedentarismo.

---

<sup>3</sup> TIERNY, Lawrence y cols Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 33° Edición, Manual Moderno, México, 1998, p p.1613.

- **SEDENTARISMO.**- Se asocia a niveles séricos bajos de HDL (colesterol protector de aterosclerosis).
- **STRESS.**- Condiciona respuesta adrenérgica, aumento de la Glucosa, aumento de la Presión Arterial y aumento del consumo de O<sub>2</sub> del miocardio.
- **HIPERCOLESTEROLEMIA.**- Es uno de los principales factores de riesgo ya que el colesterol LDL se deposita en la arteria formando placas obstructivas.
- **TABAQUISMO.**- Produce elevaciones transitorias de la FC y TA así como un efecto protombótico.
- **SEXO.**-La mujer está protegida por los estrógenos y la progesterona favoreciendo la producción de HDL.

#### **4.3.2. Cuadro Clínico**

##### **Semiología del Dolor**

**TIPO:** Frecuentemente se refiere como una opresión, sensación de compresión con el puño cerrado sobre la región retrosternal (signo de levine), dolor quemante sensación de vacío retrosternal.

**LOCALIZACIÓN.**-Cara anterior del hemitórax izquierdo, con irradiación hacia el hombro izquierdo, cuello, maxilar inferior, cara interna del brazo y antebrazo izquierdo, muñecas, dedos de la mano izquierda y hasta la zona del epigastrio.

**INTENSIDAD.**-Puede variar aunque habitualmente es un dolor intenso, insoportable, que mantiene al paciente inquieto sin encontrar alivio, regularmente el paciente refiere sensación de muerte inminente.

**SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES.**-Ocurre náusea, vómito, disnea, palpitaciones, debilidad, sensación de desvanecimiento, mareos, angustia sensación de evacuar.

### **4.3.3. Diagnóstico**

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

El paciente suele estar inquieto, aprensivo, pálido y sudoroso y presenta un dolor intenso. En ocasiones existe cianosis central o periférica y habitualmente la piel está fría. El pulso puede ser filiforme y la Presión Arterial es variable, si bien muchos pacientes manifiestan inicialmente cierto grado de hipertensión a menos que se desarrolle un choque cardiogénico.

En las primeras fases del infarto pueden registrarse bradicardia o extrasístoles, entre los pacientes que fallecen, el 60% muere a causa de fibrilación ventricular primaria antes de su ingreso..

Por lo general los ruidos cardiacos están ligeramente apagados, prácticamente en todos los casos se ausculta un cuarto ruido. A veces se ausculta en la punta un soplo sistólico suave de alta frecuencia (que refleja la disfunción del músculo papilar).

#### **DATOS DE LABORATORIO**

Con frecuencia hay leucocitosis de 10,000 a 20000 en el segundo día y desaparece durante la primera semana.

Se han desarrollado varios análisis nuevos que incluyen determinaciones cuantitativas de CPK-MB troponina t, y troponina Y. Todos estos son muy



específicos en necrosis cardiaca aunque pueden estar aumentados desde episodios isquémicos muy intensos y con daño del músculo esquelético.

Los niveles de CPK comienzan a elevarse 4 a 8 hrs. después del inicio de los síntomas del Infarto Agudo al Miocardio alcanzan su pico máximo a las 24 hrs y disminuye a valores normales en tres a cuatro días. Cuando el paciente se somete a algún método de reperfusión durante las primeras horas del infarto, el pico máximo de CPK se alcanza alrededor de las 12hrs. Los niveles de CPK-MB se correlacionan con el tamaño del infarto. DHL (deshidrogenasa láctica) comienza a elevarse 24 a 48hrs después del inicio de los síntomas del infarto, alcanza niveles máximos en tres a seis días y disminuye a niveles normales en 8 a 14 días

## ELECTROCARDIOGRAMA

La mayoría de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio tienen alteraciones en el electrocardiograma y rara vez este es normal.

El grado de anomalía de este estudio sólo proporciona una estimación general de la magnitud del infarto. La evolución clásica de los cambios, es de ondas T en pico y elevación del segmento ST mayor de 0.1 mV en cuando menos dos derivaciones continuas asociado a cuadro clínico de angina prolongada y cuyos cambios ECG y dolor isquémico no ceden con la administración de nitritos. Al desarrollo de onda Q a inversión de la onda T, ello puede ocurrir en unas horas o varios días. La evolución de nuevas ondas Q se diagnóstica pero en 30 al 50% de infartos agudos no ocurre ondas Q.

## TOPOGRAFIA DEL INFARTO

DII, DIII Y AF	INFERIOR
DI Y AVL	LATERAL ALTO
V7 A V9	DORSAL
V1 Y V2	2/3 SUPERIORES DEL TABIQUE
V1 A V4	ANTEROAPICAL
VI A A6	ANTERIOR EXTENSO
V5 Y V6	LATERAL BAJO
VI a V6,DL y AVL	ANTEROLATERAL
V4R	VENTRÍCULO DERECHO

## RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Sirve para valorar la repercusión del Infarto sobre la vasculatura pulmonar, que revela elevación de la presión telediastólica del Ventrículo Izquierdo.

## ECOCARDIOGRAFÍA

Se valora la movilidad segmentaria, que en forma habitual se altera en presencia de isquemia miocárdica transmural, la cual también se evidencia ante la falta de engrosamiento de la pared miocárdica durante la sístole. Valoración de la función ventricular y detección de complicaciones mecánicas secundarias al infarto, como rotura de músculos papilares y del tabique interventricular, trombos intracavitarios etc.

#### 4.3.4. Tratamiento

En general un infarto no complicado se recomienda un ayuno inicial de seis a ocho horas, a partir de las cuales se inicia dieta blanda, el contenido de grasas, carbohidratos y sodio se individualiza.

- NITRITOS
- ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS
- ANALGÉSICOS
- TROMBOLÍTICOS
- ANTICOAGULANTES
- INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA
- BETABLOQUEADORES
- BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO.
- CORONARIOGRAFIA
- ANGIOPLASTÍACORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA
- STENTS
- CIRUGÍA

#### 4.3.5. Complicaciones

- CHOQUE CARDIOGÉNICO.-Se presenta cuando existe infarto en el 40% o más del miocardio.
- INSUFICIENCIA CARDIACA.-Cuando se infarta del 15 al 30% de la masa cardiaca.
- COMPLICACIONES ELÉCTRICAS DEL INFARTO.- La zona infartada y la isquemia residual son focos arritmogénicos.

- ARRITMIAS MALIGNAS
- COMPLICACIONES MECÁNICAS.- Insuficiencia mitral por disfunción del músculo papilar puede condicionar caída del gasto cardiaco y elevación de la Presión Capilar Pulmonar e incluso llevar al paciente a edema agudo pulmonar, generalmente se relaciona con infartos inferiores ya que la coronaria derecha es el único vaso que nutre al músculo papilar posteromedial.<sup>4</sup>
- ROTURA DE LA PARED LIBRE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.- Es una complicación mortal, se presenta en Infartos transmurales en el 2do. o 3er día y se asocia a edad avanzada, mujeres, trombólisis tardía e Hipertensión arterial.<sup>5</sup>
- ROTURA DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR.
- ROTURA DEL MÚSCULO PAPILAR

---

<sup>4</sup> BRAUNWALD, Heart Disease Text book of Cardiovascular Medicine, Volumen II, 5ª Edición, WB. SOUNDERS COMPANY, Philadelphia p.p. 1940.

<sup>5</sup> LEIVA, Op.Cit. pag. 103.

## **V. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **5.1. Universo**

El estudio de caso fue seleccionado porque el paciente con Infarto Agudo al Miocardio requiere de atención integral que le brinde una mejor calidad de vida.

### **5.2. Lugar**

Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ubicada en el segundo piso.

### **5.3. Tiempo**

De Octubre a Junio del 2000 a 2001.

### **5.4. Valoración**

Se diseñó un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y Taxonomía de la NANDA. Este instrumento se aplicó a través de entrevista indirecta y observación, se complementó con la realización de examen físico cefalo-caudal a través de técnicas de inspección palpación, percusión, auscultación y como complemento revisión del expediente clínico, laboratorio y anexos. Con el fin de recaudar datos suficientes que nos orienten acerca de sus necesidades enfocadas específicamente sobre la demanda terapéutica.

### **5.5. Diagnóstico de Enfermería**

Se realizaron diagnósticos desacuerdo al formato PES.

### **5.6. Planeación**

Respetando la jerarquización de Virginia Henderson y en relación con los diagnósticos establecidos se fijan objetivos y se planean estrategias de cuidados específicos de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades básicas del paciente.

### **5.7 Ejecución.**

De acuerdo a las acciones de enfermería determinadas se establece el nivel de relación enfermera-paciente ya sea como sustituto, enfermera como apoyo del paciente, enfermera como compañera del paciente. Cabe mencionar que en todas las actividades planeadas se mantuvo el nivel de relación enfermera-paciente como sustituto, debido a las condiciones generales del paciente.

### **5.8. Evaluación**

De acuerdo al diagnóstico de enfermería y objetivos establecidos, se analizaron y evaluaron los resultados obtenidos en las acciones de enfermería realizadas al paciente.

## VI. PLANEACIÓN DE ATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de oxigenación relacionado con la alteración del intercambio gaseoso manifestado por ventilación inadecuada de los alvéolos secundario a edema pulmonar que se evidencia por estertores en todos los lóbulos.

**OBJETIVO:** Reducir o eliminar los factores relacionados que causen o contribuyan al problema respiratorio siempre que sea posible

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluar signos vitales.</li> <li>⇒ Ventilación adecuada</li> <li>→ Profundidad de las respiraciones.</li> <li>→ Ruidos respiratorios.</li> <li>→ Tipo y cantidad de secreciones.</li> <li>⇒ Coloración</li> <li>⇒ Vigilar gases sanguíneos, valores de hemoglobina, oximetría de pulso. Informar datos anormales al médico</li> <li>→ Fisioterapia pulmonar, para separar secreciones pulmonares</li> <li>→ Aspiración de secreciones.</li> <li>⇒ Evaluar y mantener el funcionamiento adecuado del equipo durante la ventilación mecánica.</li> <li>→ Cuando se cambie de posición utilizar de decúbito lateral sobre el pulmón no afectado para maximizar el flujo hacia el pulmón más eficaz por una dos horas</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado parcialmente satisfactorio - Los lóbulos superiores pulmonares están limpios pero aun se escuchan estertores y sibilancias en lóbulo inferior izquierdo</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de oxigenación relacionado con limpieza ineficaz de las vías aéreas manifestado por infección, obstrucción, secreciones traqueobronquiales secundario a sepsis.

**OBJETIVO:** Prevenir, reducir o eliminar obstrucciones físicas para las vías respiratorias.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Signos Vitales.</li> <li>⇒ Valorar ruidos respiratorios, profundidad de respiraciones tipo y cantidad de secreciones.</li> <li>⇒ Administración de medicamentos con el fin de reducir secreciones, tratar condiciones subyacentes a amabos (antibioticoterapia).</li> <li>⇒ Fisioterapia pulmonar.</li> <li>→ Aspiración de secreciones cada vez que se requiera.</li> <li>⇒ Valorar la cantidad y características de las secreciones</li> <li>→ Mantener el ventilador de acuerdo a lo programado.</li> <li>⇒ Valorar la posición de la cánula y presión del globo por medio de una placa de RX.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado satisfactorio. Las vías aéreas se encuentran limpias y ventiladas durante las últimas horas.</p>



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA** Problema de oxigenación relacionado con incapacidad para mantener respiración espontánea manifestado por apoyo respiratorio con ventilación mecánica

**OBJETIVO:** Reducir o eliminar los factores relacionados que causen o contribuyan el problema respiratorio siempre que sea posible

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Signos Vitales</li> <li>-&gt; Mientras esté el paciente con el ventilador, instituir intervenciones para satisfacer las necesidades básicas de higiene, hidratación, movilidad y mantenimiento de la temperatura</li> <li>=&gt; Valorar PVC, PCP, diuresis, para evaluar la adecuación del volumen vascular y gasto cardiaco</li> <li>=&gt; Auscultación y fisioterapia pulmonar</li> <li>=&gt; Aspiración de secreciones con el fin de eliminar el aumento de las secreciones que ocurren con la ventilación mecánica, mantener la oxigenación del paciente como hiperventilar antes y después de cada aspiración.</li> <li>=&gt; Tener equipo disponible para ventilar manualmente si el equipo automático llegara a disfuncionar</li> <li>=&gt; Evaluar la respuesta de la presencia de complicaciones que se relacionen con la Ventilación mecánica como neumotórax, barotrauma, infección, etc.</li> <li>=&gt; Proporcionar higiene bucal</li> <li>=&gt; Utilizar técnicas asépticas adecuadas para evitar infecciones nosocomiales</li> <li>=&gt; Evaluar el funcionamiento del equipo.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado no satisfactorio, El paciente se mantien con fiebre, continúa con el ventilador con antibioterapia, hipoxémica y con saturaciones bajas</p>

<p>mantener el ventilador de acuerdo a lo programado, evitar jalar o girar sobre la cánula endotraqueal debido a los tubos del ventilador, vigilar la presión del globo, retirar el agua que se acumule en los tubos, mantener la nariz limpia para humidificación.</p>		
---	--	--

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de oxigenación relacionado con la disminución del gasto cardiaco manifestado por falla y pérdida de la masa contráctil, arritmias, oliguria, piel fría y húmeda, edema de miembros superiores e inferiores.

**OBJETIVO:** Proporcionar medidas terapéuticas para evitar mayores complicaciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Signos vitales.</li> <li>→ Vigilar gases arteriales, HB y Hto.</li> <li>→ Vigilar, cuantificar y registrar diuresis.</li> <li>→ Favorecer el flujo arterial y venoso aplicando medias elásticas</li> <li>→ Fomentar hidratación para mantener volumen sanguíneo apropiado y favorecer la circulación</li> <li>⇒ Administración de medicamentos inotrópicos, digitálico, diuréticos, vasodilatadores, etc</li> <li>⇒ Valorar G.C. por termodilución cada hora, informar al médico cambios.</li> <li>⇒ Valorar registrar Presiones pulmonares, presión capilar pulmoar y presión venosa central cada hora Informar al médico cambios.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado parcialmente satisfactorio, El G C se mantiene en niveles normales, persiste con edema de ambos miembros, piel fría y húmeda, persiste con oliguria.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de oxigenación relacionado con la alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar, manifestado por relleno capilar superior a los tres segundos, gasometría arterial anormal y arritmias.

**OBJETIVO:** Proporcionar las medidas terapéuticas necesarias para evitar complicaciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Oxigenoterapia</li> <li>→ Administración de aminos a doble concentración</li> <li>→ Administración de expansores de volumen.</li> <li>→ Corrección de acidosis metabólica.</li> <li>→ Gasometrías.</li> <li>→ Desfibrilación</li> <li>→ Maniobras de RCP</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>El paciente presenta Fibrilación Ventricular con inestabilidad hemodinámica por lo que se procedió a desfibrilación por el cual cae en paro respiratorio se le proporcionaron maniobras de RCP avanzado por 25 minutos el cuál no respondió. Se declara muerte clínica a las 10:00 A.M.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de Nutrición relacionado con alteración de la alimentación, manifestado por ruidos peristálticos ausentes, mucosas orales deshidratadas, prescripción médica.

**OBJETIVOS:** Mantener en ayuno para evitar complicaciones como bronco aspiración.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Cuidados de sonda Nasogástrica, verificar posición de la sonda por RX.</li> <li>→ Lavado Gástrico. características del líquido gástrico, cuantificar y registrar.</li> <li>→ Verificar si no hay presencia de distensión abdominal por medición de perímetro abdominal</li> <li>→ Administración de antiácidos, protector de la mucosa gástrica.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>El paciente se mantiene en ayuno hasta nuevo aviso.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de eliminación relacionado con la alteración de la perfusión renal, alteración de la presión arterial por debajo de los límites aceptables, anuria, elevación de la proporción de urea y creatinina.

**OBJETIVOS:** Mantener una eliminación adecuada.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Signos vitales</li> <li>&gt; Valoración y registro de diuresis cada hora, así como características de la orina.</li> <li>&gt; Valoración de azoados</li> <li>&gt; Recolección de orina para 24 horas para depuración de creatinina</li> <li>&gt; Administración de medicamentos y soluciones</li> <li>&gt; Informar signos de empeoramiento del déficit de volumen de líquidos al médico como el pulso aumentado, disminución de la presión arterial aumento de edema</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado no satisfactorio. Volumen urinario de 30 a 38 ml las últimas horas</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de eliminación relacionado con déficit de volumen de líquido manifestado por anuria y presiones arteriales disminuidas.

**OBJETIVO:** Incrementar el volumen urinario.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
-> Signos vitales -> Control de diuresis cuantificación y características -> Administración de diuréticos y/o filtración	ENFERMERA COMO SUBSTITUTO	El paciente continúa con volúmenes bajos de diuresis.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento y postura relacionado con el deterioro de la movilidad física, causada por medicamentos y prescripción de restricción de movimientos.

**OBJETIVOS:** Reducir o eliminar cualquier factor causal o contribuyente al problema de movilidad o actividad siempre y cuando sea posible.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Proporcionar cambios de postura con el fin de evitar zonas de presión.</li> <li>⇒ Ejercicios para mantener o restablecer la fuerza y la movilidad articular</li> <li>⇒ Discutir y enseñar respecto a las restricciones de movilidad al paciente.</li> <li>⇒ Enseñar e informar a sus familiares que movimiento y actividades puede llevar a cabo y cuales no.</li> <li>⇒ Actividades que el familiar pueda realizar al paciente.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Resultado no satisfactorio ya que el paciente se inestabilizó desde el comienzo del turno y no se le pudieron realizar ningún tipo cuidados relacionados con cambios posturales etc.</p>



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento relacionado con riesgo de disfunción neurovascular periférica, causado por inmovilización preescrita.

**OBJETIVOS:** Disminuir el riesgo de disfunción neurovascular periférica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Monitoreo continuo de signos vitales.</li><li>⇒ Presencia de edema de miembros pélvicos, pulsos periféricos y coloración.</li><li>⇒ Vigilar sensibilidad de miembros pélvicos.</li><li>⇒ Favorecer ejercicios pasivos.</li><li>⇒ Fomentar hidratación.</li><li>⇒ Anotar cualquier alteración que comprometa la circulación.</li></ul>	ENFERMERA COMO SUBSTITUTO	Se vigila al paciente, y se observa piel marmorea.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de movimiento y postura relacionado con riesgo de síndrome de desuso manifestado por inmovilización prescrita

**OBJETIVOS:** Favorecer la resolución de las condiciones que ponen en riesgo de padecer síndrome de desuso.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Valoración de signos vitales.</li> <li>⇒ Coloración de la piel.</li> <li>→ Presencia de cualquier irregularidad en el pulso</li> <li>⇒ Sudoración.</li> <li>⇒ Explicar a los familiares todos los tratamientos e intervenciones que se le realizan al paciente.</li> <li>→ Cambios de postura</li> <li>⇒ Ejercitar músculos y articulaciones, mediante movimiento y ejercicio.</li> <li>⇒ Buscar complicaciones de la inmovilidad como desviación del patrón normal intestinal, hora y fecha de la última evacuación, distensión vesical, áreas cutáneas enrojecidas o pálidas, ampullas o abrasiones cutáneas sobre las zonas de presión.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>El paciente durante su estancia en la Unidad Coronaria no presentó ningún tipo abrasiones o zonas de presión</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de vestido relacionado con el déficit de autocuidado en vestido y acicalamiento, manifestado por deterioro perceptual y cognitivo secundario a sedación.

**OBJETIVOS:** Mantener al paciente en las mejores condiciones higiénicas y cambios de vestido cuantas veces sea necesario.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
⇒ Proporcionar baños de esponja, cambios de sábanas. ⇒ Proporciona cambios de vestido cuantas veces sea necesario. ⇒ Mantener limpio al paciente	ENFERMERA COMO SUBSTITUTO	Resultado satisfactorio, el paciente se encuentra en las mejores condiciones higiénicas.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de termorregulación relacionado con hipertermia manifestado por septicemia-choque séptico.

**OBJETIVO:** Mantener la temperatura bajo los límites normales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Signos vitales.</li> <li>⇒ Reportar al médico la elevación de la temperatura</li> <li>⇒ Toma continua de la temperatura.</li> <li>⇒ Monitoreo cardíaco.</li> <li>⇒ Gases sanguíneos y electrolitos.</li> <li>⇒ Valorar existencia de arritmias cardíacas.</li> <li>⇒ Hipotensión.</li> <li>⇒ Convulsiones.</li> <li>⇒ Descubrir al paciente lo más que se pueda sin perder su integridad.</li> <li>⇒ Proporcionar corrientes de aire para aumentar la evaporación.</li> <li>⇒ Exponer superficies cutáneas al aire.</li> <li>⇒ Proporcionar medios físicos como aplicación de frío en abdomen axilas e ingles.</li> <li>⇒ Administración de antipiréticos IV.</li> <li>⇒ Rehidratar según orden médica.</li> <li>⇒ Cambio de ropa del paciente y de la cama cuantas veces sea necesario.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>A pesar de las medidas aplicadas, la fiebre persistió debido a que no se ha podido corregir la causa.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de higiene y protección de la piel relacionado con el deterioro de la integridad tisular, manifestado por lesión por destrucción tisular en membranas mucosas, secundario a cánula orotraqueal.

**OBJETIVOS:** Mantener en las mejores condiciones la piel y membranas mucosas

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Evaluar la condición de la piel o membranas mucosas.</li> <li>-&gt; Observar cavidad bucal y comisuras labiales siempre protegiéndonos con guantes.</li> <li>-&gt; Proporcionar higiene a cavidad oral mediante colutorios con bicarbonato.</li> <li>-&gt; Ajustar la cánula orotraqueal de tal manera que no roce con las comisuras labiales.</li> <li>-&gt; Cambiar de fijación en cuanto se ensucie o se humedezca.</li> <li>-&gt; Aplicar lubricante en los labios</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>No se pudo realizar una evaluación satisfactoria debido a que el paciente falleció.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de higiene y protección de la piel relacionado con el déficit del cuidado personal en el baño o la higiene manifestado por inmovilización y sedación prescrita.

**OBJETIVOS:** Mantener al paciente en las mejores condiciones higiénicas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Proporcionar vestido y toallas limpias equipo para baño de esponja y jabón, rastrillo si es necesario</li> <li>→ Proporcionar agua limpia tibia según se requiera.</li> <li>→ Proporcionar privacidad.</li> <li>→ Realizar baño de esponja</li> <li>→ Cambio de vestido y sábanas.</li> <li>→ Proporcionar una cama limpia.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>El paciente no se le pudo realizar baño de esponja ni cambio de sábanas durante el turno debido a que se inestabilizó y requirió de otro tipo de cuidados.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar riesgos y peligros, relacionado con riesgo de lesión manifestado por inmovilidad.  
**OBJETIVO:** Proporcionar un entorno seguro para evitar cualquier tipo de lesión.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Crear un ambiente sin peligros que incluya iluminación para prevenir cualquier tipo de lesión.</li> <li>-&gt; Proporcionar cambios de postura.</li> <li>-&gt; Verificar que los barandales estén seguros</li> <li>-&gt; Colocar colchón de presiones alternas.</li> <li>-&gt; Mantener al vigilado al paciente durante las 24 hrs</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>Durante su estancia en el Hospital no se observó ningún tipo de lesión.</p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar peligros relacionado con riesgo de alergia al látex manifestado por utilización frecuente de material de látex.

**OBJETIVO:** Evitar el riesgo de presentar alergia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Vigilar sitios en los cuales exista presencia de látex</li><li>&gt; Detectar alguna anomalía, retirar de inmediato.</li></ul>	ENFERMERA COMO SUBSTITUTO	El paciente durante su estancia no presentó alergia al látex.



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Problema de evitar riesgos y peligros relacionado con el riesgo de infección manifestado por procedimientos invasivos, desnutrición, agentes farmacológicos, antibiótico terapia

**OBJETIVOS:** Evitar cualquier tipo de infección.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	NIVELES DE RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Proteger al paciente de riesgos al evitar contacto con ellos.</li> <li>=&gt; Proporcionar una protección que evite la interacción del paciente con el riesgo.</li> <li>-&gt; Hacer uso de precauciones universales.</li> <li>-&gt; Enseñar al familiar los factores personales de riesgo para la infección o la reinfección, sugerir alternativas a las prácticas, hábitos o rutinas riesgosas.</li> <li>-&gt; Utilización de técnica esteril.</li> <li>-&gt; Revisar al paciente en busca de signos de infección cada hora: Elevación de la temperatura, leucocitosis, hemocultivos, congestión pulmonar, infección localizada como enrojecimiento, presencia de patógenos en el drenaje de herida.</li> <li>-&gt; Realizar curaciones cuando estas se encuentren sucias o los parche estén despegados</li> <li>=&gt; Cambiar ropa y sábanas cuando estén sucias o húmedas.</li> </ul>	<p>ENFERMERA COMO SUBSTITUTO</p>	<p>A pesar de que se realizaron todas las medidas el paciente presenta infección generalizada y no se ha podido corregir la causa.</p>

## VII. CONCLUSION

Los avances tecnológicos y científicos en el área de salud han permitido prolongar al hombre sus expectativas de vida.

La formación de enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes cambios en su contexto social a medida que han aumentado los conocimientos, las actitudes y los valores. Creando la necesidad de una formación rigurosa con el fin de mantenerse al día con las exigencias de la sociedad actual.

La práctica del proceso de enfermería es un método sistemático que muestra de manera concreta el campo de actuación del ejercicio de la enfermería, donde le permite satisfacer las necesidades del individuo, familia o comunidad.

Personalmente tuve la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y metodológico la forma en que se debe ejercer la enfermería como profesión, empleando el Proceso de Atención de Enfermería, con formulación de diagnósticos de enfermería con el formato PES y el uso de taxonomía de la N.A.N.D.A., aplicando el enfoque teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Finalmente, en un punto de vista particular, pienso que este proceso es válido y totalmente funcional para pacientes que no se encuentran en estado crítico, haciendo énfasis en este punto principalmente, puesto que en un paciente cuya atención integral requiere métodos un poco más complejos, no es en su totalidad funcional.

## **VIII. ANEXOS**

### **8.1. Historia Clínica de Enfermería. ANEXO 1**

**NOMBRE-**Gregorio Cruz Pérez

**REGISTRO.-** 263675

**FECHA DE NACIMIENTO.-** 15-08-43

**LUGAR DE NACIMIENTO.-** Ejutla de Crespo, Oaxaca México.

**ESTADO CIVIL.-** Casado.

**NACIONALIDAD.-** Mexicana

**RELIGIÓN.-** Católica

**OCUPACIÓN.-**Comerciante.

### **NOTA DE INGRESO**

#### **INTERROGATORIO INDIRECTO**

#### **ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

- Desconocen antecedentes de abuelos, madre viva de 89 años, padece HTAS. Padre fallecido a los 40 años desconoce causas. Tiene 4 hermanos 3 de los cuales padecen HTAS, tiene 9 hijos aparentemente sanos.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

- Originario del Edo. de Oaxaca, reside en el DF. desde hace 37 años, católico, escolaridad secundaria, actualmente retirado, laboró como obrero en

industria de aceite comestible. Actualmente dedicado al comercio en pequeña escala. Habita en casa propia con todos los servicios de urbanización, niega convivencia con fauna, hábitos alimenticios malos debido a que tiene predominio a las grasas polinsaturadas y proteínas animales. Tabaquismo negado, etilismo ocasional de tipo social, SEDENTARISMO.

### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

- Paciente niega alergias y/o transfusionales, Diabetes Mellitus desde hace 10 años con tratamiento a base de bieuglucón. Hace 5 años tuvo parálisis facial, lo cuál se resolvió sin dejar secuelas, refiere que recientemente se le diagnosticó, hipertensión arterial sistémica y por ello recibe tratamiento a base de capozide. Politraumatizado hace 11 años con fisura de dos costillas y fisura de pelvis.

### **PADECIMIENTO ACTUAL**

- Asintomático hasta hace dos semanas que inicia con la presencia de dolor precordial, desconocen los hijos la intensidad y el tipo de dolor, sólo refiere que se acompaña de mareo náusea y en ocasiones vómito. La duración que hace referencia es de 5 a 7 minutos, e inicialmente se desencadenaba con los esfuerzos y a partir del 21 de noviembre se presentó con el reposo. Inicialmente cuando el dolor era de esfuerzo, el mismo remitía con el reposo. Acudieron con un médico particular que detectó descontrol metabólico e hipertensión arterial por lo que le inició capozide, no presentó mejoría con este tratamiento y por a presencia de tos el paciente interconsulta nuevamente con su médico quién prescribe atrovent y amoxicilina.

A partir del 21 de noviembre el dolor se ha presentado con el reposo y ha limitado importantemente al paciente en sus actividades, ahora el dolor se acompaña de disnea de pequeños esfuerzos. El día de ayer por la noche presenta intensa disnea y ataque al estado general, acuden al médico y lo refiere a este Instituto.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

- Paciente con edad similar a la cronológica, adopta decúbito dorsal a 50 grados no tolera decúbito a cero grados. Paciente ansioso, en malas condiciones generales, obeso con palidez y cianosis periférica, estado de conciencia conservado. Sólo contesta con monosílabos.
- Normocéfalo.
- Cabello escaso sin defectos en la piel.
- Pupilas normoreactivas a estímulos luminosos.
- Mucosas orales semihidratadas sin defectos en paladar.
- Lengua saburral, halitosis +
- Cuello y traquea central con plétora grado III, sin crecimiento de adenóides y sin masas tiroideas.
- Pulso carotídeo adecuado sin soplos.

## TÓRAX

• Movimientos de Amplexión y amplexación disminuidos en la auscultación, se encuentra el murmullo vesicular de adecuada intensidad, existe rudeza respiratoria sin fenómenos exudativos hacia la base izquierda.

Tiene claro pulmonar y transmite adecuadamente las vibraciones vocales. Sin frote pleural.

En el precordio no hay levantamientos paraesternales, el apex se palpa sobre el 6<sup>to</sup>. espacio intercostal izquierdo, sobre la línea media clavicular, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, Tiene soplo rejugitante mitral grado II/IV.

## **ABDOMEN**

- Peristálsis adecuada en frecuencia e intensidad, blando depresible sin visceromegalias.

Extremidades con llenado capilar lento, edema hasta muslos de +++, fuerza, sensibilidad y tono muscular conservados. Tiene acrocianosis distal, no se palpan pulso radial, pedial y popíteleo. Piel fría.

## **SIGNOS VITALES**

- Temperatura 36°
- FR 36x´
- FC 130x´
- TA no audible

## 8.2. Instrumento de Valoración Clínica desacuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson. ANEXO 2.

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	TAXONOMÍA DEACUERDO A LA NANDA	LO PRESENTA	NO LO PRESENTA
<p style="text-align: center;">OXIGENACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro del intercambio gaseoso</li> <li>* Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</li> <li>* Patrón respiratorio ineficaz</li> <li>* Incapacidad para mantener la respiración espontánea</li> <li>* Respuesta disfuncional al destete del ventilador.</li> <li>* Disminución del gasto cardíaco</li> <li>* Alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar</li> </ul>	•	
		•	
		•	
		•	
<p style="text-align: center;">NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alteración de la nutrición por exceso.</li> <li>* Alteración de la nutrición por defecto.</li> <li>* Riesgo de la nutrición por exceso.</li> <li>* Alteración de la dentición.</li> <li>* Náuseas.</li> </ul>	•	
<p style="text-align: center;">ELIMINACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estreñimiento</li> <li>* Estreñimiento subjetivo</li> <li>* Diarrea.</li> <li>* Incontinencia fecal</li> <li>* Riesgo de estreñimiento</li> <li>* Incontinencia urinaria de esfuerzo</li> <li>* Incontinencia urinaria funcional.</li> <li>* Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.</li> <li>* Retención urinaria.</li> <li>* Alteración de la perfusión renal.</li> <li>* Alteración de la perfusión gastrointestinal.</li> </ul>		
		•	

ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Riesgo de desequilibrio de líquido.</li> <li>* Déficit de volumen de líquido.</li> <li>* Exceso de volumen de líquido</li> <li>* Riesgo de déficit de volumen de líquido</li> </ul>	•	
MOVIMIENTO Y POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de la movilidad física.</li> <li>* Riesgo de disfunción neurovascular periférica.</li> <li>* Riesgo de lesión peri operatoria.</li> <li>* Deterioro de la deambulación.</li> <li>* Deterioro de la movilidad en silla de ruedas</li> <li>* Deterioro de la movilidad en la cama.</li> <li>* Riesgo de síndrome de desuso.</li> <li>* Riesgo de intolerancia a la actividad.</li> <li>* Fatiga</li> </ul>	• •	
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alteración del patrón del sueño.</li> <li>* Deprivación de sueño.</li> </ul>		
VESTIDO	* Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.	•	
TERMORREGULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Riesgo de alteración de la temperatura corporal</li> <li>* Hipotermia.</li> <li>* Hipertermia</li> <li>* Termorregulación ineficaz</li> </ul>	•	



HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Déficit de autocuidado. baño/higiene.</li> <li>* Deterioro de la integridad tisular</li> <li>* Deterioro de la integridad cutánea.</li> <li>* Riesgo de la integridad cutánea</li> <li>* Alteración de la mucosa oral.</li> </ul>	•	
		•	
		•	
		•	

EVITAR RIESGOS Y PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Riesgo de lesión.</li> <li>* Riesgo de asfixia.</li> <li>* Riesgo de intoxicación.</li> <li>* Riesgo de traumatismo</li> <li>* Riesgo de aspiración</li> <li>* Riesgo de alergia al látex.</li> <li>* Respuesta alérgica al látex.</li> <li>* Alteración de la protección</li> <li>* Riesgo de infección.</li> <li>* Síndrome de estrés del traslado.</li> <li>* Dolor.</li> <li>* Riesgo de mutilación y autoviolencia</li> </ul>	•	
		•	
		•	

COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de la comunicación verbal.</li> <li>* Deterioro de la adaptación.</li> <li>* Afrontamiento defensivo.</li> <li>* Negación ineficaz.</li> <li>* Ansiedad.</li> <li>* Temor.</li> </ul>		

VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sufrimiento espiritual.</li> <li>* Riesgo de sufrimiento espiritual</li> </ul>		

<p style="text-align: center;">TRABAJAR Y REALIZARSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Afrontamiento defensivo.</li> <li>* Alteración de los patrones de sexualidad.</li> <li>* disfunción sexual</li> <li>* Deterioro de la interacción social.</li> <li>* Alteración en el desempeño del rol.</li> <li>* Alteración de los procesos familiares.</li> <li>* Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.</li> <li>* Impotencia.</li> <li>* Duelo anticipado.</li> <li>* Duelo disfuncional.</li> <li>* Aflicción crónica.</li> <li>* Trastornos del autoestima.</li> <li>* Baja autoestima crónica</li> <li>* Trastorno de la identidad personal</li> </ul>		
<p style="text-align: center;">RECREACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Riesgo de soledad.</li> <li>* Aislamiento social</li> <li>* Déficit de actos recreativos.</li> </ul>		
<p style="text-align: center;">APRENDIZAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Déficit de conocimientos</li> <li>* Incumplimiento del tratamiento.</li> <li>* Afrontamiento individual inefectivo.</li> <li>* Deterioro de la adaptación</li> <li>* Afrontamiento familiar potencial de desarrollo.</li> <li>* Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.</li> <li>* Manejo efectivo del régimen terapéutico personal</li> <li>* Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.</li> </ul>		

### 8.3 ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DE TÉSIS.

ETAPAS	OCT.	NOV. DIC.	ENE.	FEB MAR.	ABR. MAY.	JUN.	JUL.
PLANEACIÓN							
RECOLECCIÓN DE MATERIAL E INFORMACIÓN							
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS							
DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO							
METODOLOGÍA							
CONCLUSIONES							
PORTADA, BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS							

## IX. BIBLIOGRAFÍAS

ROMERO OJEDA, M., *El Proceso Enfermero*, Vol. 8 desarrollo científico enfermero, julio 2000, p.p. 173-176

ALFARO R. *Aplicación Del Proceso De Enfermería*, 3ª ed. Madrid. Mosby Doyma. 1994

NANDA *Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificación 1999-2000*, ED. Harcourt, Madrid 1999

IYER, P. *Proceso y diagnósticos de enfermería*, 3ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana, 1997

MURRAY, M. *Proceso de Atención De Enfermería*. 5ª ed. México, Mc-GrawHill interamericana 1996

KOZIER B. *Conceptos Y Temas En La Practica De Enfermería* 2ª ed. México, Mc-GrawHill Interamericana 1995

RODRÍGUEZ, B. *Proceso De Enfermería*. Jalisco México. Ed. Cuellar 1999

Wertman DeMeester. D. et al. *Definición de la Enfermería*. Virginia Henderson. 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma. Barcelona España, 1988. p.p. 102-115

Rubio D. S., Hinojosa M. A., *Teorías y Modelos de Enfermería* (paquete didáctico) UNAM. , E.N.E.O, México, DF. 1997.

HENDERSON-NITE, *Enfermería teoría y practica* V. I, Papel de la enfermera en la atención del paciente, 6ª. ed. Ed. La prensa médica mexicana, S.A. 1887

ZIPES, JALIFE, *Cardiac Electrophysiology From Cell To Bedside*, Sownders Company, Chicago 1990

BAYES DE LUNA *Electrocardiography Clinical A Text Book*, Futura Publishing company, New York 1993

GUADALAJARA. J.F., *Cardiología*, 5ª ed. Méndez Editores México, 1997

BRANWALD *Tratado De Cardiología* 4ª ed. Mc-GrawHill Interamericana, México 1999

The Nature of nursing por Virginia Henderson, Macmillan publishing compañy, 1966.

Diagnósticos Enfermeros de la NANDA \*definiciones y clasificación 1999-2000, Editorial Harcourt, North American Nursing Diagnosis Association, Filadelfia Pensilvania, 1999, pp. 141