



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON SECUELAS DE ALTERACIÓN
CARDIOVASCULAR DE ACUERDO CON EL MODELO
DE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ANTONIA TREJO VÁZQUEZ

CUENTA: 7643392 – 6

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GOMEZ

MEXICO, OCTUBRE DE 2015.



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.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. METODOLOGIA	4
IV. MARCO TEORICO	6
4.1. VIRGINIA HENDERSON.....	6
4.2. LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	8
4.3. PRICIPALES CONCEPTOS QUE MANEJA HENDERSON.....	10
4.4. CUIDADO DE ENFERMERIA.....	12
4.5. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.....	14
4.5.1. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL CORAZON.....	16
4.5.2. CONCEPTO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.....	25
4.5.3. MANIFESTACIONES CLINICAS DE INFARTO.....	26
4.5.4. METODOS DIAGNOSTICOS.....	26
4.5.5. TRATAMIENTO.....	29
V. DESARROLLO DEL PROCESO	30
5.1. PRESENTACION DEL CASO.....	30
5.2. VALORACION FISICA.....	31
5.3. VALORACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	34
5.4. VALORACION DE LA DEPENDENCIA POR NECESIDADES.....	38
5.5. PLAN DE ATENCION.....	45
5.6. PLAN DE ALTA.....	79
VI. CONCLUSIONES	81
VII. SUGERENCIAS	82
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83

AGRADECIMIENTOS

A la vida por permitirme estar aquí y ahora.

A Dios por brindarme la confianza, tranquilidad, sabiduría y concederme la facultad de poder servir a los demás.

A mis hermanas y hermanos Magda, Graciela, Salvador, Carmen, Ale, Rosi, Gabi, Tony, Jesús, Ricardo y Pepe, a los cuales amo ya que siempre han estado a mi lado en las buenas y las malas apoyándome incondicionalmente en mi vida.

A mis sobrinas y sobrinos Juanito, Oli, July, Hugo, Sandy, Andrea, Sarita, Daniela, Martín, Marco, Emilio, Santi, Agustín y mi sobrino-nieto Emi, por todo su cariño y por ser mis cómplices y aceptarme tal como soy.

A mis amigas Paty Juárez, Jenny León, Mago Vargas y Pili Granados por su apoyo incondicional y motivarme para realizar y concluir esta titulación, pero sobre todo por su amistad.

Una mención muy especial para mi amiga Lourdes Pérez Arzola, por su determinación y amor a la vida y enseñarme que la vida es hoy.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por mi formación profesional como enfermera y así poder brindar un trabajo de calidad a mis pacientes, gracias a mis maestros, amigos y compañeros que fueron parte importante en mi fase como estudiante.

Al IMSS, noble institución que me ha brindado una estabilidad laboral, económica y emocional, además de incentivar me al otorgarme las facilidades para poder estudiar y desarrollarme profesionalmente al mismo tiempo.

Un agradecimiento muy especial a mi querida y joven maestra Gandhi Ponce Gómez por su apoyo incondicional, su comprensión y consejos al ayudarme en la realización de este proyecto para obtener mi titulación. No tengo como agradecer su ayuda y confianza en mí. Mil gracias.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todas las personas especiales en mi vida, mi familia.

A mis padres Jesús y Rosario porque sin ustedes esto no hubiera sido posible, gracias por enseñarme a no rendirme nunca, a que si caía no era importante, sino el levantarme y continuar. Gracias Trejo porque siempre me he sentido protegida, y sé que cuento con un buen padre del cual me siento orgullosa y que has sido una influencia en mi vida para seguir adelante y ver lo bonito de la vida. Gracias por ser mi papá.

A ti Chayo por todo el amor y dedicación que nos has tenido; porque renunciaste a muchas cosas por darlas a tus hijos, por tu fortaleza, por tu necesidad, por tu amor incondicional y porque sé que siempre estas cuando te necesito. Gracias por ser mi mamá.

A mis hijas Laura, Alexandra y Adriana, porque las cosas no han sido del todo buenas, ya que todo ha sido un esfuerzo y logros compartidos. Gracias por su tiempo, y por tratar de comprender la necesidad de lograr mis objetivos por un bien común, nosotras. No debemos olvidar que tenemos que soñar siempre, que los sueños son parte de la vida y el que se cumplan depende de nosotras. Confío mucho en su inteligencia y fortaleza y sé que realizaran lo que se propongan en la vida. Gracias por ser mis cómplices en la vida, por su comprensión, tolerancia y apoyo a través de todos estos años.

Hijas ustedes son todo en mi vida, gracias por permitirme ser su mamá.

A ti Claudio mi compañero de vida, gracias por estar a mi lado ya que sin tu motivación y apoyo esto no lo hubiera concluido, por tu comprensión pero sobre todo tu paciencia, muchas gracias.

A mis nietos Rafa, Tony, Marifer y Ari, que son una luz en mi vida, por saber que puedo dar y recibir tanto amor, mil gracias por recordarme que podemos reír a diario y el preguntarme que si soy feliz me hace que lo intente día con día, ya que para ustedes eso es lo más importante.

I. INTRODUCCION

La labor de enfermería está orientada no solamente a la atención de la persona enferma, si no también hacia la persona sana, y es de suma importancia los conocimientos anatomofisiológicos de las distintas enfermedades, que requieren actividades concretas para el alivio de sus padecimientos, para así brindar un adecuado plan de atención a las personas de nuestro cuidado, el interrogatorio y valoración médica son determinantes para el diagnóstico médico, pero el personal de enfermería es quien debe hacer una valoración integral del estado de salud de la persona donde la perspectiva holística toma en consideración todas las dimensiones de la persona y su entorno, se debe tomar en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Es enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio de sustituir, acompañar y enseñar a la persona y familia la importancia del cuidado de la salud.

Las enfermedades cardiovasculares, en especial la enfermedad coronaria tipo infarto de miocardio, constituyen la principal causa de muerte en los países industrializados; producen además, una elevada morbilidad junto con una marcada disminución de la calidad de vida , razón por la cual es importante la Rehabilitación Cardíaca para reincorporar precozmente a estas personas a su vida cotidiana y evitar la aparición de nuevos episodios agudos y por consiguiente reingresos hospitalarios por re infartos.

Para hacer frente a las necesidades del paciente en nuestra formación profesional se nos brinda varias teorías sobre el actuar de enfermería y su aplicación, la teoría de Virginia Henderson es la que más se aproxima a la que como enfermeras queremos lograr con nuestros pacientes.

Esta teoría presenta 14 necesidades fundamentales de orden biopsicosocial y gira alrededor de los conceptos, persona, salud, cuidado y entorno, de ahí cuando hay pérdida de la salud el actuar de enfermería trata en medida de lo posible que el paciente recupere sus facultades perdidas.

El personal de enfermería gracias a sus conocimientos científicos y sentido humanístico, es lo que nos distingue de las demás profesiones, otorgamos una atención holística al paciente afectado en conjunto con el personal multidisciplinario en diferentes instituciones hospitalarias.

En el presente trabajo se aborda lo que es el infarto de miocardio, y cómo influye en gran medida en la vida cotidiana de una persona y su familia. La constancia del trabajo y la disciplina son muy importante ya que su objetivo es prevenir la extensión del infarto y las complicaciones. La elaboración de un plan de cuidados acerca del infarto del miocardio, una patología con alto índice morbi-mortalidad. Sin embargo los cuidados generales pueden individualizarse de acuerdo a cada paciente. Los objetivos principales es aliviar los síntomas, evitar la recurrencia, acelerar la curación y prevenir las complicaciones y con el tratamiento adecuado podrán regresar a una vida normal; además de los objetivos generales y específicos que se lograran al ejecutar dicho proceso, así como la metodología de valoración de caso y el modelo teórico realizado.

La relación enfermera-paciente es muy estrecha ya que su enfermedad afecta en gran medida su vida y la de su familia.

Es importante mencionar que un paciente con infarto de miocardio debe tener consideraciones especiales e informar a la paciente y su familia la importancia de los cuidados, adaptando los recursos disponibles que sirvan de guía en casa ya que la paciente se encuentra ansiosa con miedo y temor a lo que pueda acontecer. El personal de enfermería debe brindar al paciente y familia la orientación adecuada para evitar problemas futuros.

Se incluyen conclusiones sobre el caso así como sugerencias y bibliografía

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un proceso de atención de enfermería en una persona adulta con secuelas de alteración cardiovascular de acuerdo con el modelo de necesidades de Virginia Henderson.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Llevar a cabo una valoración del estado físico, social y espiritual de la persona que ha sufrido un infarto al miocardio
- Elaborar un plan de atención de acuerdo con las necesidades detectadas.
- Estructurar un plan de alta para el cuidado de la persona posinfartada en su hogar.

III. METODOLOGIA

Este proceso de atención de enfermería se llevó a cabo en el domicilio de una mujer de 77 años de edad, que es donde se conoce y realiza el primer contacto con la persona y se le solicita permiso para llevar a cabo el Proceso Atención de enfermería.

Se trata de un persona adulto de 77 años de edad del sexo femenino el cual presenta alteración en la necesidad de oxigenación, circulación y respiración, nutrición e hidratación, eliminación de los productos de desecho del organismo, moverse y mantener una posición adecuada, sueño y descanso, comunicarse con otras personas, trabajar y sentirse realizado, y prevención de riesgos.

Valoración: Decido seleccionar a la persona debido a mi interés en su caso ya que me parece sorprendente lo que una mala atención por parte del personal médico puede influir gravemente en el curso de la enfermedad de una persona, su malestar al llegar al área de urgencias es la dificultad para respirar, nauseas, cefalea y dolor epigastrio, la valoración se realizó mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Diagnóstico: La valoración así como la hospitalización de la persona permitieron identificar los diagnósticos de enfermería primordiales así como las etiquetas de la NANDA a utilizar con la persona.

Planeación: Se priorizaron los diagnósticos tomando en cuenta cuales eran los más afectados, una vez identificados estos se entablo una relación con la persona y se elaboró un plan de cuidados tomando en cuenta las necesidades primordiales de esta.

Ejecución: Se implementó el plan de cuidados además se identificó si habían surgido nuevas alteraciones manteniendo una comunicación estrecha con la persona

durante su contacto domiciliario. Se realizaron 2-3 visitas por semana, hasta valorar un aprendizaje en la persona y sus cuidadores principales.

Evaluación: Se realizó una evaluación del plan de cuidados conforme a los avances en la recuperación de la salud o la satisfacción de las necesidades de la persona. Se verificó que fuera implementado con eficacia y si era necesario entablar nuevas pláticas educativas al familiar además de capacitarlos en cuanto al tratamiento y su rehabilitación y si habían surgido nuevas dudas en cuanto al curso de la enfermedad y cuidados en el domicilio.

La relación estrecha con familiares de la persona de llevar un monitoreo en su domicilio, haciendo hincapié en los cuidados necesarios, como lo es la dieta, ejercicio periódico y progresivo, combatir el estrés y seguir fielmente la administración de medicamentos.

IV. MARCO TEORICO

4.1. VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas, Missouri, fue la quinta de ocho hermanos. Pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C. donde defendía los derechos de los indios americanos, lo que hizo a Henderson interesarse sobre el cuidado del ser humano. Se graduó en 1920 como enfermera militar en la escuela de la armada de Washington, y se especializó como enfermera docente trabajo principalmente en la universidad de Columbia entre 1934 y 1948. Paso su adolescencia asistiendo a soldados estadounidenses heridos en la guerra y desde entonces no ha dejado de vivir para la profesión. Virginia Henderson ha sido uno de los mayores ejemplos de dedicación que hay en la historia de la enfermería, sus logros académicos le han brindado a la profesión mucho valor, para ella la enfermería no es solo la dedicación, si no la valoración del ser humano hacia los demás. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería inspirada en la influencia de otros autores.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La cual parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que satisfacer, y que son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene suficientes conocimientos para ello. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo, o ayudar a una muerte tranquila, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados.

Este modelo de enfermería es el más conocido junto con el de otras teoristas ya que es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, se centra en la función propia de la enfermera, ya que influye en que los profesionistas comprendan las necesidades del ser humano como tal y pueda ayudar a este a solucionar las necesidades no satisfechas, y que pueda llevar una vida de forma tan normal como productiva como sea posible mientras su estado de enfermedad le permita.

¹García González Ma. De Jesús, El Proceso de la Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Editorial Progreso SA de CV, México, 2004, p. 9

Su teoría ha servido para el desarrollo conceptual de nuevas teorías y modelos de enfermería, ya que en numerosas obras que ha publicado se ha discutido ampliamente la independencia e interdependencia de la enfermería con el resto de las ciencias que confluyen en la asistencia sanitaria.

Entre sus obras más famosas cabe citar: principios básicos de los cuidados de enfermería y la naturaleza de la enfermería (The Nature of Nursing)

La autora considera la salud en relación con las capacidades de la persona. Afirma que la calidad de salud, más que la vida en sí misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de la forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida. Equipara salud con independencia.

Por tanto se puede decir que la salud representa en su obra calidad de vida, requiere independencia, e interdependencia y es necesaria para el funcionamiento humano. A su vez las personas serán capaces de recuperar la salud o conservarla si tienen la voluntad y los conocimientos necesarios.

Entiende que el paciente y la familia constituyen una unidad, de manera que su concepto sobre el enfermo es la de una persona que precisa asistencia para conseguir la salud y la independencia o bien una muerte tranquila.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades humanas básicas para valorar por parte de la enfermera, la cual llevara a cabo, mediante las distintas fases, un plan de atención para mejorar las necesidades no satisfechas de la persona a su cargo.

Virginia Henderson muere a los 98 años de edad.

²Diplomados de Enfermería del servicio vasco de salud, Editorial MAD, 2ª Edición, 2006

4.2. LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Las catorce necesidades básicas según Virginia Henderson y que hoy en día influyen en el actuar enfermero son:

1. Oxigenación.

Se refiere también al control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, la humedad, hace referencia también al masaje cardiaco y al control de la oxigenación.

2. Nutrición e hidratación.

La enfermera como tal debe conocer en esta los gustos alimenticios del paciente, así como alergias, hábitos alimenticios, así como supervisar el consumo de alimentos.

3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.

La enfermera debe observar si la eliminación del paciente es normal, incluye también la hidratación o deshidratación de la piel así como protegerla de la irritación, infección, o deterioro de esta.

4. Moverse y mantener una posición adecuada.

Observar limitaciones físicas del paciente, así como matizar sobre cambios posturales, prevención de úlceras por presión, así como también la rehabilitación.

5. Sueño y descanso.

Hace referencia además del sueño al dolor y al uso de somníferos. A un correcto ritmo circadiano.

6. Usar prendas de vestir adecuadas

El uso de ropas que lo hagan sentir miembro activo de la comunidad.

7. Termorregulación

Si presenta o no infecciones, el correcto metabolismo, el uso adecuado de termorreguladores.

8. Mantener la higiene.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico, el número de baños de acuerdo a las necesidades físicas y a la voluntad del paciente, así como mantener en medida de lo posible la asepsia del paciente.

9. Evitar los peligros del entorno.

Hace referencia a la prevención de accidentes o daño que se le pueda hacer al paciente, tanto como a las personas a su alrededor o a sí mismo. La autoestima que el paciente tenga sobre sí mismo.

10. Comunicarse con otras personas.

En medida de lo permitido fomentar las buenas relaciones del paciente, facilitar las visitas durante su estancia hospitalaria, auto ayudar a la persona a comprenderse a sí mismo, así como empatía con la persona enferma y ayudarlo a aceptar su estado de enfermedad y lo que no puede ser cambiado.

11. Vivir según sus valores y creencias.

Respetar religión, sexo, raza, color y aceptar decisiones del paciente sobre sí mismo. También se incluye el secreto profesional, ser cauto con lo que el paciente comente.

12. Trabajar y sentirse realizado.

Ayudar al paciente a aceptar su rol en la sociedad y que si presenta alguna discapacidad esta no le afecte en su autoestima, ayudar a aceptar en medida de lo posible sin forzar, orientar sobre actividades que pueda realizar.

13. Participar en actividades recreativas.

Estimular al paciente sobre ejercicios y terapias, además de orientar a familiares y amigos para animarlos a atender las necesidades recreativas del enfermo.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

La orientación, el adiestramiento, o la educación forman parte de los cuidados básicos de enfermería, la enfermera lleva a cabo además su función como docente.

Las necesidades del paciente de acuerdo a Virginia Henderson deben considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.

4.3. PRINCIPALES CONCEPTOS QUE MANEJA HENDERSON

Definición de Enfermería

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

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida³.

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano. Requiere de fuerza voluntad o reconocimiento.

Cuidado y Entorno

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

Persona (paciente)

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

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz, Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

En otro orden de cosas, Henderson manifiesta que las personas sanas son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad. También habla de que la enfermera tenga formación en seguridad, en el sentido de ser capaz de proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

También se refiere a que las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

³ Raile Alligood Martha/Marriner Judith, Principios y Practicas de la Enfermería Medicoquirúrgica, Editorial Mosby, 2ª Edición, p. 70

Respecto a la relación enfermera- paciente establece tres niveles diferenciados:

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

La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

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

Por tanto se puede afirmar que Virginia Henderson es la figura más representativa del modelo de suplencia o ayuda.

Relación médico-enfermera:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen. Señala que la función de la enfermera se basa en el desarrollo del plan de cuidados del paciente. Sin embargo, la estrecha relación que existe entre el médico y la enfermera hacen que algunas funciones estén solapadas⁴.

Relación enfermera – equipo de salud:

Concibe a la enfermera como miembro del equipo sanitario en el que se trabaja con dependencia de otros profesionales sanitarios, ya que debe ayudarse conjuntamente en el desarrollo de la asistencia sanitaria.

Independencia: El nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona.

Autonomía: Capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.

Dependencia: Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

⁴Raile Alligood Martha, Modelos t Teorías en Enfermería, Editorial Mosby, 2011, España, p. 55

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Falta de fuerza: No sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones de una situación. Lo cual está determinado por el estado emocional, las funciones psíquicas y la capacidad intelectual, entre otros.

Falta de conocimientos: En relación con cuestionamientos esenciales sobre la salud y la enfermedad y sobre los recursos disponibles.

Falta de voluntad: Comprendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en la ejecución y mantenimiento de acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. La dependencia puede ser total, parcial, temporal o permanente⁵.

4.4. CUIDADO DE ENFERMERIA

Cuidado es la acción de cuidar, preservar, guardar, conservar. El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. El cuidado de los enfermos implica controlar su estado con una cierta regularidad. Si una persona está internada, el individuo que lo cuida debe estar atento para, ante cualquier complicación, llamar a un médico o al profesional correspondiente. Estos cuidados también suponen la asistencia de los enfermos (alcanzarle agua para que beba, darle de comer, bañarlo, etc.).

Es importante resaltar que los conceptos de interacción, participación y afecto han sufrido cambios en su concepción, significado y aplicación de acuerdo al momento en que los diferentes autores han planteado sus teorías, a las tendencias en salud y al desarrollo mismo de la práctica profesional⁶.

⁵ Moran Aguilar Vixtoria, Procesos de Enfermería, Uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC modelos referenciales, Editorial Trillas SA de CV, México, 2010, p.p. 294 y 295

⁶ Colliere M.F., Identificar los cuidados de Enfermería, 1993, p. 257

- **TIPOS DE CUIDADOS**

Existen dos tipos de cuidados

CARE: Los cuidados de costumbre y habituales, estos están relacionados con las funciones de conservación, y de continuidad de la vida.

CURE.: Los cuidados de curación tienen la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida.

Se divide además los cuidados de la enfermería en tres áreas que son

Funciones independientes:

Que son las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Funciones interdependientes:

Son las actividades que la enfermera desarrolla mediante una labor de equipo.

Funciones dependientes:

Son las actividades de la enfermera desarrolla de acuerdo a las ordenes médicas.

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

4.5. INFARTO AL MIOCARDIO

La trombosis coronaria aterosclerótica es la responsable del 90% de los infartos de miocardio. Lo habitual es que es vaso coronario ya este ocluido en al menos 75% como consecuencia de la enfermedad arterial coronaria.

Durante la fase aguda del infarto del miocardio, la mortalidad es aproximadamente del 25%⁷.

El infarto miocárdico suele, pero no siempre, ser causado por reducción del flujo sanguíneo en una arteria coronaria debido a aterosclerosis y oclusión completa de una arteria por un embolo o trombo. Debido a que la angina inestable y el infarto miocárdico se consideran el mismo proceso pero con diferentes puntos a lo largo de una trayectoria, puede utilizarse el término síndrome coronario agudo para estos diagnósticos. Otras causas de infarto miocárdico incluyen vasospasmo (constricción o estrechamiento repentino) de una arteria coronaria, disminución del suministro del oxígeno, (por pedida aguda de sangre, anemia, o presión arterial baja) y mayor demanda de oxígeno (por taquicardia, tirotoxicosis, o consumo de cocaína). En tales casos se presenta un desequilibrio profundo entre el suministró y demanda de oxígeno miocárdico.

La trombosis de una arteria coronaria con aterosclerosis se produce cuando la placa del vaso se rompe, lo cual permite que la sangre entre en contacto con el interior de la lesión y se coagule. El trombo inicial activa la agregación de plaquetas y estimula la cascada de la coagulación. El trombo puede ocluir en la arteria coronaria e interrumpir el flujo sanguíneo hacia la región distal, con isquemia y necrosis del tejido miocárdico no per fundido. El daño celular miocárdico comienza en la zona sub-endocardica, donde el tejido esta irrigado por las ramas más distales de la arteria coronaria. El daño puede progresar y extenderse hasta el epicardio. La necrosis del área afectada se produce aproximadamente en 6 horas. El área necrótica está rodeada con una por una zona de tejido con isquemia irreversible. En ese momento, existen 3 zonas de cambios celulares: un área de lesión, un área de isquemia y un área de infarto. El tejido isquémico y lesionado pueden cicatrizar si se le proporciona tratamiento correcto, mientras que el tejido necrótico infartado es irreversible. El área necrótica experimenta infiltración por leucocitos. Durante ese periodo, puede formarse un trombo mural sobre la región afectada dentro de la cámara cardiaca. En la semana siguiente el infarto de miocardio, se produce la degradación del tejido necrótico, con adelgazamiento de la pared neocardica⁸.

⁷ Gauntlett Beare. Patricia/Myers Judith L., Enfermería Medicoquirúrgica, Editorial Mosby, 2ª Edición, p. 818

⁸ Idem, Gauntlett Beare Patricia/Myers Judith L., p. 818.

Unas cuatro semanas de la necrosis, aparece tejido de granulación que acaba convirtiéndose en una cicatriz fibrosa, blanca y fuerte. El procedimiento puede durar hasta tres meses el efecto perjudicial del suministro de sangre al miocardio depende de múltiples variables. Son factores importantes el tamaño del área dañada, la localización del infarto y la presencia de la circulación colateral.

El tamaño del infarto se refiere a la cantidad de tejido dañado durante el evento agudo. Ese es el factor más importante para determinar la intensidad del fracaso de la contracción mecánica. El daño del tejido miocárdico se puede limitar a la zona sub-endocárdica (infarto del miocardio sin onda Q) o afectar todo el grosor del musculo cardíaco (infarto con onda Q). La pared ventricular izquierda en el área afectada puede mostrar hipocinesia (disminución del movimiento), discinesia (movimiento hacia fuera) o acinesia (ausencia de movimiento). Los cambios en la contractilidad de la pared muscular pueden disminuir el volumen sistólico, con riesgo de insuficiencia cardíaca.

La localización anatómica del infarto del miocardio depende de la arteria coronaria ocluida. Los infartos de pared anterior suelen ir acompañados de insuficiencia cardíaca, pudiendo producir un cierto grado de bloqueo cardíaco. Los infartos inferoposteriores tal vez provoquen bloqueo del nódulo sinusal, disritmias auriculares o grados variables de bloqueo cardíaco⁹.

Los efectos nocivos de la disminución del flujo sanguíneo para el miocardio pueden limitarse por la presencia de circulación colateral convirtiéndose en una cicatriz fibrosa, blanca y fuerte. El proceso completo puede durar hasta tres meses.

La prevalencia de esta enfermedad varía ampliamente de unas áreas geográficas a otra; la cardiopatía isquémica continúa siendo la primer causa de mortalidad en la mayoría de los países industrializados. La incidencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad siendo máxima entre los 50 y 65 años y excepcionalmente antes de los 35.

Afecta en mayor grado al sexo masculino, de manera que en el grupo de edad inferior a 45 años es 10 veces más frecuente en los varones que en las mujeres; entre los 45 y 60 años, dos veces más en los varones y en edades superiores tienden a igualarse.

En la mujer, la menopausia y el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de enfermedad coronaria; estos últimos, que tienden a elevar la presión arterial y las lipoproteínas séricas.

Los factores de riesgo se entienden a determinados signos biológicos, estilo de vida o hábitos adquiridos. Los factores de riesgo bien establecidos son el colesterol total sérico, la hipertensión arterial, tabaquismo, la diabetes, obesidad, inactividad física y estrés¹⁰.

⁹ Idem, Gauntlett Beare Patricia Myers Judith L., p. 819.

¹⁰ Pérez Moreno Bárbara, Abordaje del Paciente con Infarto agudo de Miocardio, Editorial Formación Alcalá, 2006, p. 35

4.5.1. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL CORAZON

El corazón, musculo hueco situado en la cavidad torácica, ocupa la parte anterior del mediastino y tiene forma de pirámide triangular, de base derecha y vértice izquierdo; su eje mayor se halla dirigido de derecha izquierda, de atrás adelante y ligeramente de arriba abajo. La base esta vuelta hacia atrás y hacia la derecha, en tanto que el vértice está dirigido hacia delante y hacia la izquierda.

El corazón es de consistencia firme, esta mayor porción en su porción ventricular que la auricular y en los periodos de sístole que en los de diástole. Es de coloración rojiza y en su superficie exterior se encuentran masas adiposas que son más abundantes en las cercanías de los vasos y en los surcos coronarios. Su volumen es mayor en el hombre que en la mujer y aumenta con la edad. Lo mismo ocurre con su peso, que en edad adulta alcanza en el hombre la cifra de 270 grs. Y en la mujer de 260 grs. Su capacidad varía también con la edad y con ciertos estados patológicos y está en relación con el volumen; en su estado normal su capacidad total, comprendiendo las cuatro cavidades, oscila entre 520 y 550 centímetros cúbicos¹¹.

Late más de 100 000 veces al día para bombear unos 3784 litros de sangre al día, en una red de 100 000 kilómetros de vasos sanguíneos.

La superficie del corazón presenta diversos surcos, de los cuales los más importantes son los que separan las aurículas de los ventrículos y las aurículas y ventrículos entre sí.

El surco auriculoventricular se extiende sobre las tres caras del corazón, cruza sus tres bordes y está en un plano perpendicular al eje mayor de este órgano. Por este surco lleno de tejido adiposo, comienzan los vasos coronarios, por lo cual también recibe el nombre de surco coronario.

En razón de su forma de pirámide, presenta el corazón tres caras, posee además tres bordes, una base y un vértice.

Cara anterior o externo costal. Se haya vuelto hacia delante, a la derecha y un poco hacia arriba, y está constituido por dos segmentos, uno ventricular y otro auricular en esta se encuentra el surco auriculoventricular. En la parte superior del segmento ventricular se encuentran los orificios de la arteria aorta y ventricular.

En el segmento auricular se alojan la aorta y la pulmonar y cuyo fondo corresponde a la cara anterior de las aurículas.

Cara inferior o diafragmática. Es poco convexa de forma más o menos ovalada, inclinada hacia abajo y adelante, en su porción ventricular el surco interventricular se divide en dos partes.

¹¹ Quiroz Gutiérrez Fernando, Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa, Tomo 2, México, 2012, p. 15.

Cara lateral izquierda. Es considerada por algunos autores como Borde. Su posición ventricular es convexa y se halla vuelta hacia la izquierda y atrás. Corresponde totalmente al ventrículo izquierdo.

Bordes. El borde derecho, que separa la cara anterior de la inferior, es el más marcado y agudo. Los dos bordes izquierdos, que separan la cara izquierda de la cara diafragmática y esternocostal, son redondeos y muy poco marcados.

Base. Esta constituido solamente por las aurículas y se haya vuelta hacia atrás, hacia la derecha y ligeramente hacia arriba, siendo casi plana en sentido vertical y convexa transversalmente. Un ancho surco de concavidad derecha o surco interventricular le divide en dos segmentos. En el surco derecho se encuentra el orificio de la vena cava superior y un surco cóncavo hacia la izquierda, el cual limita por fuera la desembocadura de las venas cavas y la porción rectangular de la auricular derecha formada por el seno venoso. El segmento izquierdo lleva los orificios de las cuatro venas pulmonares.

Vértice. Una depresión, que es el resultado de la convergencia de los surcos interventriculares anterior inferior, separa en el vértice del corazón las eminencias. La del lado izquierdo corresponde al ventrículo del mismo lado, y forma en realidad el vértice proporcionalmente, pues la eminencia del lado derecho, que corresponde al ventrículo de este lado, es pequeña y poco saliente.¹²

Al corazón lo envuelve y fija en su sitio el pericardio, estructura ingeniosa cuya finalidad es mantener al corazón en su posición mediastínica al tiempo que le permite libertad de movimientos suficiente para que se contraiga fuerza y rapidez cuando surge la necesidad.

El pericardio consiste en dos porciones, fibrosa y serosa.

Pericardio fibroso externo. Está formado por tejido conectivo fibroso muy denso, evita la dilatación excesiva del corazón; es una membrana protectora resistente que redondea a esta víscera y la fija en el mediastino.

Pericardio seroso interno. Es una membrana más delgada y fina que forma una doble capa que envuelve al corazón. La capa parietal del pericardio seroso se sitúa en plano inmediatamente subyacente al pericardio fibroso, y es una capa externa. La capa visceral del pericardio seroso, también llamada pericardio, se localiza en plano profundo a la capa parietal y está unida al miocardio. Entre las capas parietal y visceral, esta una película delgada de líquido seroso que las mantiene unidas. El espacio que ocupa dicho líquido es potencial y se denomina cavidad pericárdica.

Las paredes del corazón se dividen en tres capas.

Epicardio. (Capa visceral del pericardio seroso) Es la capa delgada, trasparente y más externa de la pared cardíaca, y consiste en tejido seroso y mesotelio.

¹² Quiroz Gutiérrez Fernando, Tratado de Anatomía Humana, Tomo 2, Editorial Porrúa, 2012, p.p. 15 – 18.

Miocardio. Es el tejido muscular cardíaco, constituye la mayor parte del corazón. Sus fibras son involuntarias, estriadas y ramificantes, y este tejido está dispuesto en la forma de haces de fibras entrelazadas. Es el tejido que se encarga de contracción cardíaca, de modo que la relajación y la contracción miocárdicas ocurren en coordinación. El patrón secuencial de la contracción y la relajación de las fibras musculares individuales asegura la conducta arrítmica como un todo y permite que funcione como una bomba efectiva.

Endocardio. Es una capa delgada de endotelio sobrepuesta a otra igualmente delgada de tejido conectivo. Reviste la cara interna del miocardio y cubre las valvas (válvulas) del corazón y los tendones que las mantienen abiertas. Es continuación del embestimiento endotelial de los grandes vasos del corazón¹³.

La inflamación del epicardio, miocardio y endocardio reciben los nombres de epicarditis, miocarditis y endocarditis.

El interior del corazón está dividido en cuatro cavidades que reciben la sangre circulante. Las dos superiores son las aurículas izquierda y derecha. Cada uno tiene un apéndice, la auriculilla de la aurícula (orejuela) y aumenta el área de superficie de las dos aurículas.

El revestimiento de estas dos últimas es liso, con excepción de las paredes anteriores y el revestimiento de las auriculillas, que contiene haces musculares que se proyectan con paralelismo entre ellos y se asemejan a los dientes de un peine, los músculos peptimios que dan al revestimiento de las auriculillas un aspecto acanalado¹⁴.

Aurículas: Están separadas por una partición denominada tabique interauricular. Una característica notable de este es una depresión oval, la fosa oval, que corresponde al sitio del agujero oval, orificio de dicho tabique del corazón fetal. La fosa oval se localiza frente al orificio de vena cava inferior, de la pared tabicaria del aurícula derecha.

Aurícula derecha: Recibe sangre de todas las partes del cuerpo, excepto de los pulmones, por medio de tres venas

Las dos cavidades inferiores son los ventrículos derecho e izquierdo, separados por el tabique interventricular.

Tejido muscular de las aurículas y los ventrículos: Están separados por el tejido conectivo que también forma las válvulas. Este (esqueleto cardíaco) divide de manera eficaz al miocardio en dos masas musculares independientes. En la cara externa de la víscera, el surco coronario (aurículo ventricular) separa a las aurículas de los ventrículos; da vuelta al corazón y aloja al seno coronario y ramas circunfleja o arteria aurículo ventricular izquierda de la arteria coronaria izquierda.

¹³ Tortora Gerard J., Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Arla, 5ª Edición, México, p.p. 588 – 589.

¹⁴ Idem, Tortora Gerard J., p. 589.

Los surcos interventriculares anterior y posterior separan a los ventrículos en una superficie cardiaca. Estos surcos alojan vasos coronarios y una cantidad variable de tejido adiposo.

El grosor de las cuatro cavidades varia con forme a la presión generada en su interior. Las aurículas son de pared delgada, ya que solo necesitan el tejido muscular cardiaco suficiente para que la sangre se desplace hacia los ventrículos con la ayuda de una menor presión creada por la expansión de estos últimos y la fuerza de gravedad.

El ventrículo derecho: Tiene una capa de miocardio más gruesa que las aurículas, dado que tienen que enviar la sangre a los pulmones para que después regrese a la aurícula izquierda.

El ventrículo izquierdo: Es la cavidad más gruesa, porque es preciso que bombee la sangre a una presión muy alta por cientos de miles de vasos de cabeza, tronco y miembros.

En el corazón encontramos grandes vasos como.

Vena cava superior. Drena sangre de las partes del cuerpo de posición cefálica respecto al corazón.

Vena cava inferior. Por ella circula sangre de las situadas de manera caudal al corazón, y el seno coronario que drena sangre de la mayor parte de los vasos que irriga la pared cardiaca. Desde la aurícula derecha, la sangre pasa al ventrículo ipsilateral, que bombea hacia el tronco pulmonar (tronco de la arteria pulmonar).

Arterias pulmonares derecha e izquierda. Llevan la sangre a los pulmones respectivos, donde se realiza el intercambio de dióxido de carbono por oxígeno. A continuación, la sangre regresa al corazón por cuatro venas pulmonares que vacían su contenido en la aurícula izquierda. Desde este, la sangre pasa al ventrículo izquierdo, que bombea hacia la aorta ascendente, la cual se distribuye hacia las arterias coronarias, cayado de la aorta torácica y aorta abdominal. Estos vasos sanguíneos y sus ramas transportan la sangre a todo el cuerpo.

Arterias coronarias. Surgen del arco aórtico y tienen dos ramas iniciales importantes las arterias coronarias derecha e izquierda. La arteria coronaria izquierda se ramifica posteriormente a medida que penetra la pared del miocardio. Estas ramificaciones son la arteria descendente anterior izquierda y la arteria circunfleja izquierda. La arteria coronaria derecha y las dos ramas izquierdas se subdividen al penetrar la pared del miocardio dando lugar a muchas ramificaciones más pequeñas en la superficie del miocardio. A estos canales potenciales se les llama circulación colateral y su función consiste en auxiliar a las arterias coronarias afectadas a mantener el flujo sanguíneo al miocardio.

La función principal de estas arterias es proveer al miocardio de oxígeno suficiente para que desarrolle su trabajo eficientemente. La arteria descendente anterior izquierda tiene dos ramales importantes que transportan sangre a la pared anterior del ventrículo izquierdo y a la pared que separa a los ventrículos. La rama circunfleja izquierda va en dirección contraria y sus ramas alimentan la superficie posteriores del ventrículo izquierdo como la aurícula izquierda, la pared del corazón y (en el 45% de la gente), el nódulo sino auricular (SA). La arteria coronaria derecha y sus ramificaciones transportan sangre al ventrículo derecho, la aurícula derecha, la unión auriculoventricular y (en el 55% de la gente), el nódulo SA.

El requerimiento energético del corazón en relación con su tamaño es mayor que el de cualquier otro órgano y se puede triplicar cada vez que el sistema cardíaco vascular se sobrecarga.

Al contraerse cada una de las cavidades cardíacas, desplaza un volumen dado de sangre hacia un ventrículo o fuera del corazón con una arteria, según sea el caso. A fin de evitar el flujo retrogrado de la sangre, el corazón tiene estructuras colágenas denominadas valvas (válvulas).

Las válvulas que controlan el flujo de sangre por el corazón son cuatro.

La válvula auriculoventricular o tricúspide. Controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

La válvula mitral. Permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.

En condiciones normales, cuando los ventrículos se contraen la presión ventricular se eleva lo que cierra las valvas de la válvula auriculoventricular. Las otras dos estructuras, el músculo papilar y las cuerdas tendinosas, mantienen el cierre valvular. Los músculos papilares, ubicados en los lados de las paredes ventriculares, están conectados a las valvas de las válvulas mediante unas delgadas bandas fibrosas llamadas cuerdas tendinosas. Durante la sístole, la contracción de los músculos papilares hace que las cuerdas tendinosas se tensen lo que mantiene a las valvas de las válvulas aproximadas y cerradas.

Válvulas semilunares. Las dos válvulas semilunares están compuestas por tres valvas en forma de media luna.

Válvula pulmonar. Controla el flujo sanguíneo del ventrículo derecho a las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.

Válvula aórtica. Permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del organismo.

Las rutas definidas por las que circula la sangre por todo el cuerpo son la circulación general o sistémica y circulación pulmonar.

Circulación general o sistémica. El flujo de sangre desde el ventrículo izquierdo a los tejidos de la economía y su regreso a la aurícula derecha recibe el nombre de circulación general. Sus funciones son transportar oxígeno y nutrientes a los tejidos y extraer dióxido de carbono y otros desechos de ellos. La circulación general corresponde a toda la sangre oxigenada aunque sale del ventrículo izquierdo a través de la aorta y la desoxigenada que regresa a la aurícula derecha después de circular por los tejidos corporales. Incluidas las arterias del parénquima pulmonar. Dos de las subdivisiones de la circulación general son la circulación coronaria propia del miocardio, y la circulación porta del hígado, que va desde las vías gastrointestinales a dicha víscera. La sangre que sale del corazón por la aorta y viaja por las arterias de la circulación general es de color rojo brillante. A su paso los capilares pierden oxígeno y capturan dióxido de carbono, con lo que la sangre de las venas de la circulación general es de color rojo oscuro. El flujo de sangre desoxigenada desde el ventrículo derecho hacia los pulmones y el retorno de la oxigenada de estos órganos a la aurícula izquierda recibe el nombre de circulación pulmonar.

Circulación pulmonar. A diferencia de la aorta, la otra arteria principal del cuerpo, la arteria pulmonar, transporta sangre con bajo contenido de oxígeno. Desde el ventrículo derecho la arteria pulmonar se divide en ramificaciones derechas e izquierdas, en dirección de los pulmones, donde la sangre toma oxígeno.

Una vez en las arterias, la sangre fluye hacia las arteriolas y después hacia los capilares. Mientras se encuentra en los capilares en flujo sanguíneo proporciona oxígeno y nutrientes a las células del cuerpo y recoge los materiales de desecho. Después la sangre regresa a través de los capilares hacia las vénulas, y más tarde a venas más grandes, hasta llegar a la vena cava. La sangre de la cabeza y los brazos regresan al corazón a través de la vena cava superior, y la sangre de las partes inferiores del cuerpo regresa a través de la vena cava inferior. Ambas venas llevan esta sangre sin oxígeno a la aurícula derecha. Desde aquí, la sangre pasa a llenar el ventrículo derecho, lista para ser bombeada a la circulación pulmonar. La sangre recién oxigenada abandona los pulmones a través de las venas pulmonares y se dirige nuevamente al corazón. Ingresa al corazón por la aurícula izquierda, después llena el ventrículo izquierdo para ser bombeada a la circulación

Inervación. El corazón está inervado por las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo, que forman en el plexo cardíaco¹⁵.

¹⁵ Canby, Craig A., Anatomía basada en la resolución de problemas, Editorial Elsevier, 1ª Edición, España, 2007, p.

La inervación parasimpática procede de los nervios vagos

- Las fibras parasimpáticas preganglionares establecen sinapsis en los ganglios localizados en el plexo cardiaco o en la pared de la aurícula.
- Las fibras posganglionares inervan la musculatura auricular

La inervación simpática

- Las fibras simpáticas preganglionares se originan en las astas grises laterales de los segmentos modulares torácicos T1 – T5
- Las fibras preganglionares establecen sinapsis con ganglios localizados en los segmentos cervical y torácico superior del tronco simpático
- Las fibras preganglionares abandonan los ganglios cervicales y torácicos superiores y alcanzan el corazón a través del plexo cardiaco
-

El ciclo cardiaco. Un ciclo completo de despolarización y repolarización puede describirse electrocardiográficamente, y es representado por las ondas P-QRS-T en el electrocardiograma.

Bajo circunstancias normales el ritmo del corazón es controlado por el nódulo sino auricular (SA) conocido también como el marca paso del corazón. El nódulo SA está situado en la aurícula derecha cerca de la vena cava superior. El nódulo SA inicia el impulso que se extiende a través del corazón, y origina la contracción del miocardio, su ritmo normal de descarga es de 70-75 impulsos por minuto. El nódulo está controlado en cierta forma por una rama del sistema nervioso parasimpático, conocida como el nervio vago. La estimulación de este nervio puede causar una disminución en el ritmo de descarga del nódulo SA, mientras que la inhibición del Vago puede permitir al nódulo SA se descargue a un ritmo mayor. Otros factores, como los fármacos fiebre, la tensión, y ciertos trastornos endocrinos también pueden afectar el ritmo de descarga sino auricular.

Una vez iniciado el impulso, viaja a través de ambas aurículas por vías conectivas intermodales e interauriculares, haciendo que las aurículas se contraigan, (sístole) y descargan el resto de su contenido en los ventrículos. Entonces, el impulso llega a la unión auriculoventricular (AB) donde se retrasa brevemente, dicho retraso permite a los ventrículos llenarse completamente e impide (hasta cierto punto), la posibilidad de que el ventrículo sea estimulado por múltiples impulsos erráticos. Incluso con el retraso, el avance del impulso del nódulo SA a través de las aurículas hasta la unión AB, no debe durar más de 0.20 seg. El tiempo puede ser medido eficazmente en el electrocardiograma. Un retraso de más de 0-20 seg. Generalmente indica que hay un daño o una inflamación en la unión AB que está causando algún grado de bloqueo del corazón.

Cuando el impulso deja la unión AB, se dirige hacia abajo a través del fascículo principal que se difurca en dos ramas principales, la rama izquierda, la rama derecha, del haz de His. La rama izquierda se subdivide y forma los ramales izquierdo anterior e izquierdo posterior. El impulso sigue bajando por ellos hasta la red de Purkinje, que trasmite el impulso rápidamente a muchas partes de los ventrículos y completa la despolarización, causando contracción ventricular y expulsión de sangre de ambos ventrículos. El tiempo requerido para que ambos ventrículos se contraigan no debe ser más de 0.10 seg, en un lapso más largo generalmente indica daño o inflamación en uno o en todos los fascículos que inervan los ventrículos.

La primera onda que se observa se conoce como la onda P; representa el tiempo de activación del nódulo SA y la contracción auricular. El tiempo que toma al impulso extenderse desde el nódulo SA a través de unión AB se conoce como el intervalo P-R. La contracción de los ventrículos está representada como una onda QRS o RS (la Q es usada únicamente cuando la primera parte de este complejo desciende brevemente en una dirección negativa debajo de la línea basal antes de regresar a una configuración ascendente). El complejo RS indica la actividad y duración del tiempo de contracción de los ventrículos, ósea la despolarización de los ventrículos. La onda T representa el regreso del corazón a su estado normal de reposo después de la contracción ventricular, ósea la repolarización. El intervalo Q-T es lapso de tiempo que necesita los ventrículos para contraerse (sístole) y relajarse (diástole), y representa la despolarización y repolarización de los músculos ventriculares. El tiempo es normalmente de 0.35 a 0.44 seg.

El electrocardiograma es capaz de representar la actividad del corazón en doce o más derivaciones estándar. Rutinariamente se usan doce derivaciones: I, II, III, a-VR, a-VF, a-VL, V₁, V₂, V₃, V₄, V₅, V₆, y muestran diferentes voltajes y potenciales eléctricos. Las derivaciones pueden medir la dirección, corriente y la actividad de la contracción del miocardio, así como ayudar a determinar el ritmo, frecuencia, área de daño cardiaco y tipo de intensidad del infarto de miocardio¹⁶.

Gasto cardiaco. El corazón posee características que le permiten latir independientemente, pero su funcionamiento está regulado que ocurren resto del cuerpo. Todas las células deben recibir una cierta cantidad de sangre oxigenada cada minuto para conservarse sanas y con vida. Cuando ellas presentan gran actividad, como durante el ejercicio, necesitan más sangre, mientras que en los periodos de reposo disminuye la necesidad celular y con ello el gasto cardiaco.

¹⁶ Holland Jeanne M., Enfermería Cardiovascular, Editorial Limusa, 1ª Edición, México, p. 30 – 32.

El volumen de sangre que se expulsa del ventrículo izquierdo hacia la aorta en cada minuto recibe el nombre de gasto cardiaco. Depende del 1) el volumen de sangre que bombea el ventrículo izquierdo con cada latido y 2) el número de latidos por minuto. El volumen de sangre que se expulsa de un ventrículo durante cada sístole, recibe el nombre de volumen sistólico. En un adulto en reposo, es en promedio de 70 ml con una frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto. Por lo tanto, el gasto cardiaco de un adulto en reposo es:

$$\begin{aligned}\text{Gasto cardiaco} &= \text{volumen sistólico} \\ &\quad \times \text{latidos por minuto} \\ &= 70 \text{ ml} \times 75 / \text{minuto} \\ &= 5250 \text{ ml} / \text{min} \text{ o } 5.25 \text{ litros} / \text{minutos}\end{aligned}$$

Los factores que aumentan o disminuyen el volumen sistólico o la frecuencia cardiaca, tienden a aumentar o disminuir el gasto cardiaco¹⁷.

Volumen sistólico. El volumen real de sangre que sale de un ventrículo con cada latido depende del que entre en el durante la diástole, así como de la sangre que puede en el ventrículo después de su sístole.

Volumen diastólico terminal. El término de volumen diastólico terminal se refiere al de sangre que entra en un ventrículo durante la diástole. El 70% de la sangre que fluye de las aurículas lo hace antes de la sístole auricular, mientras que esta última desplaza a los ventrículos el 30% adicional. Durante la diástole, los ventrículos normalmente aumentan su volumen hasta 120 a 130 ml. Que es el volumen diastólico terminal. Este depende principalmente de la duración de la diástole ventricular y la presión venosa.

Volumen sistólico terminal. Es la sangre que queda en los ventrículos después de su sístole. Dado que el diastólico terminal promedia de 12 a 130 ml. Y el sistólico 70 ml. El sistólico terminal sitúa entre 50 y 60 ml (el volumen diastólico terminal menos volumen sistólico).

El volumen sistólico terminal depende principalmente de la presión sanguínea y la fuerza de la contracción ventricular.

Pulso. El pulso consiste en la expansión y el rebote elástico alternados de una arteria con cada latido cardiaco. Puede palpase en cualquier arteria situada cerca de la superficie corporal sobre algún tejido duro. La frecuencia normal es de 70 a 80 latidos por minuto.

¹⁷ Tortora Gerard J., Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Arla, 5ª Edición, México, p. 399 – 400.

Ruidos cardiacos. Los ruidos cardiacos normales, S_1 y S_2 resultan principalmente de la turbulencia en el flujo de la sangre, creada por el cierre de las valvas, y no de la contracción del miocardio. El primero de ellos, al que se describe onomatopéyicamente como ruido lubb, prolongado y resonante, de las valvas atrioventriculares, poco después de iniciada la sístole ventricular. El segundo es un ruido breve y agudo, al que se asigna el término onomatopéyico de ruido dupp, y que se deriva del cierre de las valvas semilunares, hacia el fin de la sístole ventricular.

Presión arterial. La presión sanguínea es la que ejerce la sangre sobre la pared de una arteria cuando el ventrículo izquierdo entra en sístole y diástole en ese orden.

Las presiones sistólicas y diastólicas son las registradas durante la contracción y la relajación ventriculares, en ese orden el valor promedio de la presión sanguínea es de 120/80 mm Hg.

La presión del pulso (o diferencial) es la diferencia entre las presiones sistólica y diastólica; promedia 40 mm Hg. Y brinda información del estado de las arterias¹⁸.

4.5.2. CONCEPTO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

El infarto de miocardio es un proceso agudo en el que el tejido miocárdico experimenta disminución grave y prolongada del suministro de oxígeno por interrupción o deficiencia del flujo sanguíneo coronario, lo cual da lugar a necrosis o muerte tisular. A este proceso se le suele conocer como **ataque cardiaco**.

Entre los procesos que pueden precipitar el infarto de miocardio, se incluyen espasmo arterial coronario, embolismo arterial coronario, lesiones inflamatorias de las arterias coronarias hipoxemia, anemia e hipotensión prolongada y abuso de cocaína. Los pacientes con enfermedad arterial coronaria significativa también pueden experimentar un infarto de miocardio en ausencia de trombosis cuando se impone una demanda excesiva de oxígeno sobre el miocardio, por ejemplo en caso de ejercicio o estrés grave¹⁹.

¹⁸ Tortora Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Arla, 5ª Edición, México, p. 602.

¹⁹ Gauntlett Beare Patricia/Myers Judith L., Enfermería Medicoquirúrgica, Editorial Mosby, 2ª Edición, p. 818.

4.5.3. MANIFESTACIONES CLINICAS DE INFARTO DE MIOCARDIO

Cardiovasculares. Dolor torácico se describe como intenso, opresivo, de estrangulamiento, punzante o ardiente, y se prolonga 15-30 min. Suele ser subesternal y puede irradiarse hacia el cuello, la mandíbula y el brazo, la mano y el hombro izquierdos. No se alivia con el reposo o la nitroglicerina. El dolor se percibe a veces en el epigastrio y puede confundirse con trastornos gastrointestinales, como indigestión o gastritis. La presión arterial puede estar elevada debido a estimulación simpática o disminuida debido a menor contractilidad. El déficit de pulso puede indicar una fibrilación auricular

Respiratorios. Dificultad para respirar, disnea, taquipnea y estertores.

Gastrointestinales. Náuseas y vomito

Genitourinarios. La disminución del gasto urinario puede indicar choque cardiógeno.

Cutáneos. Piel fría, pegajosa, diaforética y pálida debido a estimulación simpática por pérdida de la contractilidad, también puede haber edema

Neurológicos. Ansiedad, inquietud y mareo que indican mayor estimulación simpática o disminución de la contractilidad y la oxigenación cerebral. Los mismos síntomas también pueden indicar choque cardiógeno. Las cefaleas, trastornos visuales, alteraciones del habla, alteraciones de la función motora y mayores cambios en nivel de la conciencia pueden indicar hemorragia cerebral si la persona está recibiendo trombolíticos.

Psicológicos. Miedo con una sensación inminente o negación de que algo anda mal²⁰.

4.5.4. METODOS DIAGNOSTICOS

La exploración física normal no detecta la presencia de infarto de miocardio, por ello, siempre la historia clínica debe de ir acompañada de otras pruebas diagnósticas.

Pruebas de laboratorio.

Incluyen la valoración creatincinasa (CK) y sus isoenzimas (CKMB), mioglobina y troponina

La CKMB es una isoenzima específica para el corazón, es decir se encuentra sobre todo en las células cardíacas y por tanto solo surgen cuando estas se han dañado.

²⁰ Susane C. O'Connell, Smeltzer, Brenda G. Bare, Enfermería Medicoquirúrgica Brunner y Suddarth, Editorial Mc

Graw-Hill, 2005, p.803.

La CKMB es el índice más específico para el diagnóstico de infarto de miocardio. Comienza a elevarse en unas pocas horas y llega a su máximo a las 24 horas del infarto miocárdico

Mioglobina.

La mioglobina es una proteína en HEM que ayuda a transportar oxígeno como la enzima CKMB, la mioglobina se encuentra en el músculo cardíaco y esquelético. La mioglobina comienza a incrementarse en un lapso de 1 a 3 horas y llega a su máximo en el transcurso de las 12 horas que siguen al inicio de los síntomas. El incremento de la mioglobina no es muy específico para indicar un evento cardíaco agudo; sin embargo los resultados negativos son un parámetro excelente para descartarlo

Troponina.

La troponina es una proteína que se encuentra en el miocardio, regula el proceso del mismo. Existen tres isómeros de la troponina (C, I y T) debido a su mayor tamaño y especificidad por el músculo cardíaco, la prueba de troponina es la que se usa con mayor frecuencia para identificar un evento cardíaco. El incremento de la cantidad de la troponina sérica comienza y llega a su punto máximo en un tiempo más o menos igual que CKMB; además permite analizar su evolución localizar la necrosis y evaluar de forma aproximada su extensión.

Electrocardiograma.

Es un método diagnóstico consistente en el registro gráfico de la conducción, magnitud y duración de la corriente eléctrica generada por el corazón.

El EKG estándar consiste en 12 derivaciones diferentes que se usan para tener un registro completo de la actividad eléctrica del corazón

Ecocardiograma.

Es una técnica no invasiva que permite observar las estructuras cardíacas y estudiar su función mediante la utilización de ultrasonidos. Existen tres modalidades de aplicación para el estudio del corazón y los grandes vasos

- -Ecocardiografía modo M
- -Ecocardiografía bidimensional
- -Ecocardiografía doppler

Ergometría o prueba de esfuerzo.

La ergometría permite reproducir el esfuerzo de una forma controlada y descubrir así las posibles alteraciones del riego sanguíneo del corazón. La ergometría ayuda al diagnóstico correcto, es útil para valorar el pronóstico del enfermo y, en algunos casos, pueden ampliarse para valorar el efecto del tratamiento

Cateterismo arterial.

Permite registrar y analizar las presiones de las cavidades cardiacas y de los grandes vasos, el gasto cardiaco, la anatomía de las arterias coronarias del corazón y de los grandes vasos y el funcionalismo ventricular. Para adquirir estos datos es necesario introducir catéteres especiales en los sistemas arteriales venosos así como en las cavidades cardiacas empleando un equipo complejo

Coronariografía y Ventriculografía.

Su indicación fundamental es la cardiopatía isquémica para realizar una coronariografía es necesario colocar un catéter selectivamente en las arterias coronarias a través de una arteria periférica. La inyección manual de contraste yodado a través del catéter especifica el árbol coronario y permite analizar las lesiones de las arterias coronarias.

Gammagrama cardiaco.

Es un examen que emplea radioactivos llamados marcadores para ser visible las cámaras y los vasos sanguíneos del corazón, no es invasivo. Se inyecta un material radioactivo llamado tecnecio²¹.

²¹ Pérez Moreno Bárbara, Abordaje del Paciente con infarto agudo de Miocardio, Editorial Formación Alcalá, 2006,

p.p. 62 – 74.

4.5.5. TRATAMIENTO

Los objetivos terapéuticos son prevenir la extensión del infarto y sus complicaciones. Para limitar el tamaño del infarto es necesaria la restauración precoz del flujo sanguíneo coronario, así como mejorar el equilibrio entre suministro y demanda de oxígeno. Para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones, los pacientes suelen ser ingresados durante varios días en una unidad de cuidados cardiacos.

El tratamiento médico para controlar el dolor y limitar el tamaño del infarto incluye oxígeno, nitratos, morfina, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y reposo. Los objetivos de estos medicamentos son el controlar el dolor y prevenir las complicaciones.

La administración de oxígeno se inicia inmediatamente con 2-4l/min a través de una cánula nasal o mascarilla facial para mejorar la oxigenación del musculo cardiaco isquémico. La nitroglicerina (intravenosa, sublingual o en forma de pasta) se administra por sus efectos vasodilatadores, coronarios y periféricos, que mejoran el suministro de oxígeno y disminuyen el trabajo miocárdico al reducir la pos carga. Es habitual administrar morfina, 2-8 mg en forma de bolo intravenoso cada 5-15 minutos, como analgésico, sedante y vasodilatador periférico para aliviar el dolor, la ansiedad y disminuir el trabajo cardiaco. Pueden administrarse betabloqueadores para proteger el corazón frente a los efectos de la estimulación simpática, sobre todo si hay taquicardia e hipertensión. Se ha demostrado que los inhibidores de la ECA (enalapril) mejoran la supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardiaca leve o moderada tras el infarto de miocardio²².

²² Gauntlett Beare Patricia/Myers Judith L., Enfermería Medicoquirúrgica, Editorial Mosby, 2a Edición, p. 822.

V. DESARROLLO DEL PROCESO

5.1. PRESENTACION DEL CASO

Se trata de una persona del sexo femenino de 77 años de edad el cual acude al servicio de urgencias acompañado por un familiar por presentar dolor en epigastrio, irradiado hacia región esternal y región escapular izquierda de tipo opresivo, intensidades 8 a 10/10 de duración de 30 min, que no cedió con la administración de analgésicos acompañado de disnea de pequeños esfuerzos y náusea, confusión, palidez y diaforesis profusa.

La paciente refiere que desde el mes de Abril acudió en diferentes ocasiones al servicio de urgencias por presentar cefalea, mareo, náusea, diaforesis y lipotimia, refiriendo los médicos que se trataba de una constipación intestinal y colitis.

Se valora por médico de urgencias el cual indica toma de electrocardiograma así como estudios de gabinete y laboratorio. Se indica su ingreso a observación en terapia intermedia.

Antecedentes personales:

- **Patológicos**

Persona del sexo femenino la cual refiere haber presentado 2 infartos al corazón en el mes de mayo donde permaneció hospitalizada por 21 días en el Hospital General de Zona n°27 del IMSS.

Infarto de miocardio mayo 2013 tratamiento actual metoprolol 100 mg ½ tableta cada 24 horas, exforge 1 tableta cada 24 horas, ASA 300 mg ½ cada 24 horas, pravastatina 10 mg 2 tabletas cada 24 horas, senosidos 2 tabletas cada 3er día

Hipertensión arterial de 10 años de diagnóstico con tratamiento metoprolol ½ tableta cada 24 horas

Dislipidemia un 1 año de diagnóstico con tratamiento de pravastatina 20 mg. cada 24 horas

Colitis espástica, estreñimiento crónico en tratamiento dietético y farmacológico con senosidos 2 tabletas cada 3er día

EVC isquémico transitorio de 4 años de diagnóstico

Enfermedad acidopéptica de 5 años de diagnóstico con tratamiento con omeprazol 40 mg. cada 24 horas

Refiere intervención quirúrgica en ojo izquierdo por oclusión de lagrimal hace 52 años

Refiere intervención quirúrgica por cesárea en 1974 y cesárea más OTB en 1976

- **No patológicos**

Persona del sexo femenino de 77 años de edad el cual reside en México D.F. habita casa de ladrillo, departamento dos plantas con 5 habitaciones y 2 baños, con todos los servicios básicos, con adecuados hábitos higiénicos, zoonosis un perro y dos gatos. Cuenta con cartilla de vacunación completa, niega alergias, fracturas. Vive con esposo y tres hijos

- **Heredo Familiares**

Padres fallecidos desconoce patologías. Hermanos 6, 3 fallecidos con antecedentes en hipertensión arterial, diabetes mellitus e infartos.

5.2. VALORACION FISICA

Se trata de una persona de sexo femenino de 77 años de edad con diagnóstico SICA tipo IAM con elevación del segmento ST en cara inferior trombolisado. Dislipidemia en tratamiento médico.

Ingresa al servicio de urgencias con dolor de epigastrio, irradiado hacia región esternal y región escapular de tipo opresivo, intensidad 8 de 10/10 de duración de 30 min que no cedió con administración de analgésicos acompañado de disnea de pequeños esfuerzos y náuseas, presentando con síncope con recuperación inmediata sufriendo contusión en región orbicular derecha, posteriormente presenta confusión bradipsiquia, palidez y diaforesis profusa.

- **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente consciente, tranquila, orientada en la tres esferas, palidez de turgumentos +, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado, canoso, con pupilas normoreflexicas, narinas permeable, conductos auditivos normales, utiliza anteojos para presbicia, utiliza placa dental completa, cuello sin alteraciones, tráquea central, pulsos carotideos rítmico, tórax normolineo, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos disminuidos, abdomen globoso a expensas de pedículo adiposo, distendido, doloroso a la palpación, perístalsis disminuida, estreñimiento, genitales no valorados, extremidades superiores sin edema, extremidades inferiores con edema +.

Peso al momento de la entrevista 80 kg

Talla: 1.45

FC: 92

T/A: 130/80

Tú 36.6 pc

Labs. Glucosa 106, Cr 0.8, Na 130, K 4.6, Leu. 8.7, Hb 15.9, Plt 240000, TP 12.4, INR 1.3, TPT 31

Electrocardiograma en el que se observa supra desnivel del ST mayor a 2 MM en DII, DIII Y AVF, se realizó trombolisis con tecnopase 50 mg IV DU presentando hipotensión que amerito manejo con dopamina durante 2 días (durante hospitalización).

Fecha de realización del proceso de atención de enfermería:

Agosto del 2013

• **IDENTIFICACIÓN.**

NOMBRE: M.R.S.V.T

EDAD: 77 AÑOS

SEXO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/1936

ORIGINARIO DE: LIBRES, PUEBLA

NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: HIJA

OCUPACIÓN: HOGAR

DIRECCION: PUCCINI N°98 INT 2 COL. VALLEJO, MEXICO D.F.

TELÉFONO: 55-37-00-68

5.3. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON

Alimentación.

Necesita ayuda para comer: si ___ no _+__

Horario de los alimentos: 9:00, 15:00 y 21:00 horas

Alimentos y bebidas preferidos: consume de todos los alimentos

Alimentos y bebidas rechazados: ninguno

Intolerancia a algún alimento: ninguno

Preparación de alimentos:

La paciente refiere que ella preparar sus propios alimentos lo hace con adecuada higiene, lava frutas y verduras, cuece adecuadamente los alimentos y utiliza agua de garrafón.

La paciente refiere que su apetito no ha disminuido y que le provoca tristeza el tener que llevar una dieta baja en grasas, carbohidratos, carnes rojas y baja en sal.

Se le brinda orientación sobre el tipo de alimentos que debe de consumir, y de qué manera los puede elaborar para tener más variedad de platillos.

Eliminación.

Número de veces que orina al día: 4 a 5 veces

Evacua 1 vez al día

Características de evacuación: de consistencia semi-pastosa y dura de color café

Urinaria: refiere el color de la orina amarillo, a veces un poco concentrada

La persona refiere sentirse incomoda cuando se encuentra con estreñimiento por la distensión abdominal, flatulencias y esfuerzo al evacuar.

Reposo y sueño.

Hábitos para dormir: la persona refiere dormir bien durante la noche y sentirse descansada al otro día. Por lo regular duerme 7 horas diarias, y durante el día duerme 1 hora por las tardes.

Vestido.

Se viste solo o con ayuda: sola

Cambio de ropa: total 1 vez al día

Características en la limpieza y cuidado de la ropa: En general la persona se observa con adecuados hábitos higiénicos, ropa limpia, y correcto cuidado de placa dental.

Refiere bañarse todos los días, se lava las manos antes y después de entrar al baño o de comer, corte de uñas constante, refiere que la higiene es primordial para un adecuado estado de salud.

Temperatura.

Ventilación en la recámara del paciente es adecuada, así como la iluminación. La temperatura hormonal es normal y bien hidratada

Su temperatura axilar: 36.6° al momento de la entrevista

Movilidad y postura.

Puede tomar una posición libremente escogida: si + no _____ ¿por qué? _____

Necesita de algún dispositivo ortopédico para moverse: no

Refiere presentar dolor en miembros inferiores y disminución a la marcha lo que le causa incomodidad ya que ella quisiera caminar y realizar sus actividades físicas como anteriormente lo hacía.

Oxigenación.

Respira por nariz si + no ___ fumadores en casa si alteración al respirar (características) solo en caso de dolor se asocia con insuficiencia cardiaca, presencia de cianosis (zonas) ungueal +

La paciente refiere que va sola cuando sus recorridos son cerca de su domicilio ya que en dos ocasiones presento desmayos y fue llevada a su domicilio por vecinos y por lo tanto los familiares no le permiten salir sola para recorridos largos.

Comunicación.

Persona con la que tiene más comunicación: hijas

Su familiar es: alegre + tímido ___ agitado ___ agresivo ___ independiente + dependiente ___

Problemas auditivos y/o visuales: disminución de agudeza visual, astigmatismo y presbicia.

Problemas de lenguaje: ninguno

Realización.

En las actividades de deportes o distracción: participa_+__ se aísla ____,

Pertenece a algún grupo social: grupo de la tercera edad

Se siente a gusto con su actividad laboral: La disminución en su ritmo de vida causan un tanto de frustración ya que ella tiene miedo de ser dependiente de los demás y perder su autonomía

Trabaja en: Hogar

Recreación.

Preferencias respecto a

Juego y deportes: No realiza ningún deporte pero le gusta mucho convivir con su familia y amistades. Pertenece a un grupo de la tercera edad.

Personas: Sus personas favoritas es su familia

Televisión: Le gusta mucho ver noticias, programas culturales, le gusta mucho escuchar música y está aprendiendo a utilizar la computadora para comunicarse con sus hijos que no viven en la ciudad.

Seguridad.

Programación de visitas (quien y cuando): familiares permanentes.

Se le brinda orientación sobre prevención de caídas.

Algún miedo en la persona: su mayor miedo es el de morir o el de estar enferma en cama y depender de sus familiares.

Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses: si

La paciente desea ir a vivir a Nayarit con 2 de sus hijos, ya que ella se siente útil, mimada, libre y bien de salud al encontrarse con ellos, refiere que en la ciudad se siente muy estresada.

Alguna enfermedad contagiosa en quienes le rodean: no

Algún medicamento tomado en casa y forma de proporcionarlos: si, toma metoprolol 10 mg ½ tableta cada 24 horas, exforge 1 tableta cada 24 horas, ASA 300 mg ½ tableta cada 24 horas, pravastatina 10 mg 2 tabletas cada 24 horas y los senosidos 2 tabletas cada 3er día.

Aprendizaje.

La persona se siente consiente de su estado de salud, se le brinda información acerca de su enfermedad, y se le resuelven dudas sobre su tratamiento.

Religión.

Religión e importancia para su recuperación: Católico.

La paciente es creyente católica y tiene mucha fe y devoción, pero ella esta consiente de su enfermedad y de que si ella falleciera va a tener la tranquilidad y la paz necesaria, ya que confía en Dios, en su familia y los médicos.

5.4. VALORACION DE LA DEPENDENCIA POR NECESIDADES

CAUSA DE LA DEPENDENCIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	DEPENDIENTES			INDEPENDIENTES	
			FUERZA	CONOCIMIENTO	VOLUNTAD		
OXIGENACION	<p>1.- ALTERACIÓN DE LA OXIGENACION R/C ALTERACIÓN CARDIACA Y CIRCULATORIA MANIFESTADO POR DISNEA, FATIGA, DIFICULTAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS</p> <p>2. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL DESEQUILIBRIO ENTRE EL SUMINISTRO Y LA DEMANDA DE OXÍGENO EN EL MIOCARDIO.</p>	<p>QUE LA PERSONA MANTENGA UNA OXIGENACION Y CIRCULACION SANGUINEA ADECUADA EN SU ORGANISMO</p>	X				
			X				

NUTRICION	1.-ALTERACION EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEVIDO R/C A UN DESEQUILIBRIO ENTRE LA INGESTA CALORIC Y GASTO ENERGETICO M/P OBESIDAD.	QUE LA PERSONA LOGRE UNA ADECUADO NIVEL DE NUTRICION		x		

ELIMINACION	1.- ALTERACION DE LA ELIMINACION; RELACIONADO CON EL GRADO LIMITADO DE ACTIVIDAD M/P DESTENCION ABDOMINAL, ESTREÑIMIENTO DE HECES DURAS Y SECAS	QUE LA PERSONA LOGRE UNA ADECUADA ELIMINACION INTESTINAL	X			
MOVERSE						X
DESCANSO Y SUEÑO	1.- DEPRIVACION DEL SUEÑO R/C CAMBIOS EN LAS ETAPAS DEL SUEÑO, INCOMODIDAD Y DOLOR	QUE LA PERSONA LOGRE EN MEDIDA DE LO POSIBLE UN ADECUADO NIVEL DE SUEÑO -DESCANSO	X			

TERMORREGULACION						X
HIGIENE						X
SEGURIDAD	<p>1.- DOLOR RELACIONADO CON EL DAÑO DEL TEJIDO MIOCÁRDICO DEBIDO AL APOORTE SANGUÍNEO INADECUADA.</p> <p>2.- DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO R/C AFECTACION VENTRICULAR, ISQUEMIA Y ARRITMIAS</p> <p>3.- RIESGO DE CAIDAS F/R ANTIHIPERTENSIVOS, DIURETICOS, ANEMIA, DISMINUCION DE LA FUERZA EN EXTREMIDADES INFERIORES.</p> <p>4.- TEMOR R/C SEPARACION DEL SISTEMA DE SOPORTE DE UNA SITUACION POTENCIALMENTE ESTRESANTE (HOSPITALIZACION) M/P INFORMES DE SENTIRSE ASUSTADO.</p>	<p>QUE LA PERSONA DISMINUYA EL DOLOR EN MEDIDA DE LO POSIBLE</p> <p>FOMENTAR LA FUNCION CIRCULATORIA ADECUADA</p> <p>QUE LA PERSONA NO PRESENTE CAIDAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA Y EN SU HOGAR</p> <p>BRINDAR A LA PERSONA INFORMACION SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO PARA DISMINUR SU ESTRÉS EMOCIONAL</p>	X			X

				X		
COMUNICACIÓN						X
CREENCIAS Y VALORES	1.- SUFRIMIENTO MORAL R/C PERDIDA DE AUTONOMIA, CONFLICTO ENTRE LAS PERSONAS QUE TOMAN LA DECISIÓN M/P EXPRESION DE ANGUSTIA (FRUSTRACION)	QUE LOS FAMILIARES COMPRENDAN LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DE LA PERSONA SIEMPRE Y CUANDO ESTOS SEAN POR SU BIENESTAR.		x		
TRABAJAR Y REALIZACIÓN	1.- DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL R/C ENFERMEDAD FISICA M/P AFRONTAMIENTO INADECUADO. 2.- DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR R/C CON ENFERMEDAD M/P FALTA DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACION FAMILIAR	ORIENTAR A LOS FAMILIARES PARA QUE BRINDEN APOYO AL PACIENTE PARA MEJORAR SU ROL EN LA FAMILIA. PACIENTE Y FAMILIA TENDRAN LOS RECURSOS PARA HACER FRENTE FISICA Y EMOCIONALMENTE A PROCESOS DE ENFERMEDADES CRONICAS			X X	
ACTIVIDADES RECREATIVAS	1.- DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS R/C ENTORNO DESPROVISTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS M/P AFIRMACIONES DEL PACIENTE DE QUE SE ABURRE.	EXPLICAR A LA PERSONA INFINIDAD DE ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR SIN NECESIDAD DE			x	

		RECURSOS ECONOMICOS.				
APRENDIZAJE	1.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C MALA INTERPRETACION DE LA INFORMACION M/P VERBALIZACION DEL PROBLEMA.	BRINDAR A LA PERSONA LOS CONOCIMIENTOS BASICOS DE SU ENFERMEDAD Y QUE ESTE LOS COMPRENDA Y RESOLVER DUDAS.		x		

5.5. PLAN DE ATENCION

5.5. PLAN DE ATENCION

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	CUIDADO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>1.-ALTERACION DE LA OXIGENACION R/C ALTERACION CARDIOACA Y CIRCULATORIA M/P POR DISNEA, FATIGA, DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS</p>	<p>QUE LA PERSONA MANTENGA UNA OXIGENACION Y CIRCULACION SANGUINEA ADECUADA EN SU ORGANIZAMO.</p>	<p>1.- MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • T° • FC • FR • T/A • SAT DE O2 <p>2.-AUMENTAR LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE SEGÚN INDICACION</p> <p>3.- BUSCAR RESPUESTAS ANORMALES AL AUMENTO DE ACTIVIDAD</p>	<p>1.- LOS SIGNOS VITALES SON INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO, YA QUE EXPLICAN DE MANERA INMEDIATA CAMBIOS EN ESTE.</p> <p>2.- UNA PROGRESION GARDUAL DE LA ACTIVIDAD DIRIGIDA SEGÚN LA TOLERANCIA DEL PACIENTE AUMENTA EL FUNCIONAMIENTO FISIOLÓGICO Y REDUCE LA HIPOXIA DEL TEJIDO CARDIACO</p> <p>3.- LAS RESPUESTAS ANORMALES INDICAN INTOLERANCIA AL AUMENTO DE ACTIVIDAD</p>	<p>LA PACIENTE REFIERE RESPIRAR MEJOR Y QUE EN CASO DE DIFICULTAS DE RESPIRAR CON REPOSO DISMINUYE SUS MOLESTIAS.</p>

		<p>4.-PLANIFICAR ADECUADOS PERIODOS DE DESCANSO SEGÚN EL PROGRAMA DE LA PACIENTE</p> <p>5.-ENSEÑAR A LA PACIENTE A CONTROLAR SU RESPUESTA A SUS ACTIVIDADES</p>	<p>4.-LO PERIODOS DE DESCANSO PROPORCIONAN AL ORGANISMO INTERVALOS DE DISMINUCION EN EL GASTO ENERGETICO.</p> <p>5.- GRACIAS AL AUTOCONTROL SE PUEDE DETECTAR LOS PRIMEROS SIGNOS Y SINTOMAS DE HIPOXIA.</p>	
<p><i>2.- INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C CON EL DESEQUILIBRIO ENTRE EL SUMINISTRO Y LA DEMANDA DE OXIGENO</i></p>	<p>1.- PROMOVER EN LA PERSONA E INCENTIVARLO A REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS SEGÚN SUS PROPIAS LIMITACIONES.</p>	<p>1.- VALORACION DE SIGNOS VITALES</p> <p>2.- FOMENTAR EL EJERCICIO</p>	<p>1.-LOS SIGNOS VITALES SON INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO, YA QUE EXPLICAN DE MANERA INMEDIATA CAMBIOS EN ESTE.</p> <p>2.- EL EJERCICIO PERMITE LOGRAR UNA CONDICION OPTIMA DE DESARROLLO DE LA OXIGENACION Y DEL SISTEMA</p>	<p>GRACIAS A LA AYUDA DEL FAMILIAR Y DEL PERSONAL DE ENFERMERIA LOGRO REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS COMO CAMINAR, BAÑO E INCORPORASE A SU VIDA DIARIA SIN PROBLEMAS DE OXIGENACION</p>

			MUSCULOESQUELETICO Y QUE NO SE VEAN AFECTADOS YA QUE EL EJRCICIO REGULA LA REPIRACION Y PERMITE QUE LOS MUSCULOS NO SE ATROFIEN PERDAN ELASTICIDAD Y FAVORECEN LA MOVILIZACION	
3.- ALTERACION DEL MATENIMIENTO DE LA SALUD DEBIDO A UN DESEQUILIBRIO ENTRE LA INGESTA CALORICA Y EL GASTO ENERGETICO R/C CON LA OBESIDAD	QUE LA PERSONA LOGRE UN ADECUADO NIVEL DE NUTRICION	1.- VALORACION DE LOS SIGNOS VITALES 2.- ENSEÑAR A LA PACIENTE LO ESCENCIAL DE UNA DIETA NUTRITIVA Y EQUILIBRADA 3.- INFORMAR A LA PACIENTE DE LOS RIESGOS DE LA OBESIDAD	1.- LOS SIGNOS VITALES SON INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO, YA QUE EXPLICAN DE MANERA INMEDIATA CAMBIOS EN ESTE 2.- SE PUEDE LOGRAR UNA PERDIDA Y MANTENIMIENTO DE PESO CON UNA DIETA BAJA EN GRASAS Y ALTA EN HIDRATOS DE CARBONO Y FIBRA. 3.- LA OBESIDAD ES UN RIESGO PARA LA SALUD DE MUCHOS SISTEMAS. LA OBESIDAD PRODUCE UN AUMENTO DE LA RESISTENCIA PERIFERICA, A SU VEZ	LA PERSONA REALIZA UNA DIETA EQUILIBRADA E HIPERSODICA QU E HA CONDUCTIDO A LA DISMINUCION DE PESO, CANSANCIO Y MEJORO SU MOVILIDAD FISICA

			AUMENTA EL EFUERZO CARDIACO Y ATENCION ARTERIAL	
4.- ALTERACION DE LA ELIMINACION, R/C EL GRADO DE LIMITACION DE ACTIVIDAD M/P DISTENCION ABDOMINAL, ESTREÑIMIENTO DE HECES DURAS	QUE LA PERSONA LOGRE UNA ADECUADA ELIMINACION INTESTINAL	<p>1.- VALORACION DE LOS SIGNOS VITALES</p> <p>2.- VALORAR EL PATRON USUAL DE DEFECACION</p> <p>3.- MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO CON MEDICAMENTOS SENOCIDOS</p> <p>4.- MANEJO DE LA NUTRICION.</p>	<p>1.- LOS SIGNOS VITALES SON INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO, YA QUE EXPLICAN DE MANERA INMEDIATA CAMBIOS EN ESTE.</p> <p>2.- EL TENER UNA VIGILANCIA Y CONTROL DEL CODIGO DE EVACUACIONES Y SU FRECUENCIA. ADEMÁS DE LA DIETA NOS PERMITE VALORAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO INTESTINAL</p> <p>3.- EL ESTREÑIMIENTO ES LA REDUCCION DE LA FRECUENCIA NORMAL DE EVACUACION INTESTINAL ACOMPAÑADA DE ELIMINACION DIFÍCIL O INCOMPLETA DE HECES DURAS Y SECAS. LOS SENOCIDOS AL LLEGAR AL COLON ACTUAN COMO</p>	LA PERSONA A LOGRADO UNA ADECUADA ELIMINACION INTESTINAL, YA QUE IDENTIFICO LAS MEDIDAS QUE PREVIENE Y TRATAN EL ESTREÑIMIENTO GRACIAS A LA DIETA Y LA MOVILIDAD FISICA

		<p>IRRITANTE LOCAL, AUMENTANDO LA FRECUENCIA DE LOS MOVIMIENTOS DEL INTESTINO GRUESO ASI COMO LA MOVILIZACION DEL AGUA Y ELECTROLITOS, ACTUAN SOBRE LA BOMBA SODIO, POTASIO INHIBIENDOLA Y COMO CONSECUENCIA INHIENDO LA APSORCION DEL AGUA A NIVEL DE LA MUCOSA COLONICA LO QUE AUMNTA LA SECRECION DE FLUIDOS HIDRATANDO LAS HECES</p> <p>4.- ES RECOMENDABLE UNA DIETA RICA EN FIBRA Y ABUNDANTES LIQUIDOS YA QUE PROPORCIONAN LA HIDRATAACION ADECUADA A NIVEL INTESTINAL Y ESTO EVITA HECES DURAS DIFICILES DE EVACUAR</p>	
	<p>5.-REALIZAR EJERCICIO FISICO (DEAMBULACION)</p>	<p>5.- UNA ACTIVIDAD FISICA HABITUAL FAVORECE EL MOVIMIENTO A NIVEL</p>	

<p>5.- DEPRIVACION DEL SUEÑO R/C CAMBIOS EN LAS ETAPAS DE SUEÑO, INCOMODIDAD Y DOLOR</p>	<p>QUE LA PERSONA LOGRE EN MEDIDA DE LO POSIBLE UN ADECUADO NIVEL DE SUEÑO Y DESCANSO.</p>	<p>1. DETERMINAR EL NIVEL DE ANSIEDAD, UTILIZAR TECNICAS DE RELAJACION.</p> <p>2. MANTENER EL ENTORNO TRANQUILO</p> <p>3. PROPORCIONAR ALIVIO DEL DOLOR POCO ANTES DE ACOSTARSE Y COLOCAR AL USUARIO EN POSICION COMODA PARA DORMIR</p> <p>4. OBSERVAR LOS PATRONES DE ELIMINACION, INVITAR AL USUARIO A DISMINUIR LA INGESTA DE LIQUIDOS POR LAS TARDE/NOCHE</p>	<p>INTESTINAL Y EL MANTENIMIENTO DE UN BUEN TONO MUSCULAR ESTO FAVORECE A NO TENER DIFICULTADES PARA EVACUAR</p> <p>1. EL USO DE TECNICAS DE RELAJACION PARA FOMENTAR EL SUEÑO SE HA DEMOSTRADO QUE SON EFICACES.</p> <p>2. LA EXPOSICION A NIVELES ALTOS DE RUIDO REGISTRAN UNA MALA CALIDAD DE SUEÑO</p> <p>3. LAS POSICIONES INCOMODAS Y EL DOLOR SON FACTORES COMUNES DEL TRANSTORNO DEL SUEÑO</p> <p>4. EL AUMENTO DE LA INGESTA DE AGUA POR LA NOCHE AUMENTA LA NICTURIA LA CUAL PROVOCA EL DETERIORO DEL SUEÑO</p>	<p>LA PERSONA REFIERE QUE HA DORMIDO BIEN Y QUE CONTINUAMENTE DUERME 7 HORAS APROX. Y QUE NO HA PRESENTADO DOLOR</p>
---	--	---	---	--

		5. INDICAR AL USUARIO QUE LA TOMA DE DIURETICOS SEA POR LA MAÑANA, A MENOS QUE ESTE CONTRAINDICADO	5. LA INGESTA DE DIURETICOS POR LA TARDE/NOCHE AUMENTA LA NICTURIA Y PROVOCA EL DETERIORO DEL SUEÑO	
6.-DOLOR R/C EL DAÑO DE TEJIDO MIOCARDICO DEBIDO AL APORTE SANGUINEO INADECUADO	QUE LA PERSONA DISMINUYA EL DOLOR EN MEDIDA DE LO POSIBLE	<p>1.- INFORMAR A LA PACIENTE QUE NOTIFIQUE CUALQUIER EPISODIO DEL DOLOR INMEDIATAMENTE</p> <p>2.- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SEGÚN PRESCRIPCION</p> <p>3.- YA PASADA LA FASE AGUDA DEL DOLOR QUE EL USUARIO EXPLIQUE QUE LO DESENCADENO (FISICO O EMOCIONAL)</p> <p>4.- INFORMAR AL PACIENTE QUE DESCANSE EN UN EPISODIO DE DOLO</p>	<p>1.- POR LO REGULAR SE NECESITA MENOS CANTIDAD DE MEDICAMENTO SI SE ADMINISTRA AL PRINCIPIO DE UN EPISODIO DEL DOLOR</p> <p>2.- UN DOLOR INTENSO Y PERSISTENTE QUE NO DESAPARECE CON ANALGESICOS ES INDICATIVO DE INFARTO O COMPLICACION DEL MISMO</p> <p>3.- LA EXPLICACION PUEDE REDUCIR LA TENSION DEL PACIENTE ASOCIADA AL TEMORT O LO DESCONOCIDO</p> <p>4.- LA ACTIVIDAD AUMENTA LAS NECESIDADES ORGANICAS DE OXIGENO</p>	LA PERSONA REFIERE DISMINUCION DEL DOLOR. CON UNA ESCALA DE EVA DE 0.

	<p>5.- SI ES POSIBLE OBTENER UN ELECTROCARDIOGRAMA EN UN EPISODIO DE DOLOR</p>	<p>5.- LA MONITORIZACION CARDIACA PUEDE AYUDAR A DIFERENCIAR UNA ANGINA DEL LA EXTENSION DE UN INFARTO</p>	
	<p>6.- REDUCIR LAS DISTRACCIONES EXTERNAS LO MAXIMO POSIBLE</p>	<p>6.- LA ESTIMULACION EXTERIOR PUEDE ACELERAR LA FRECUENCIA CARDIACA Y PUEDE AGRAVAR LA IPOXIA DEL TEJIDO DEL MIOCARDIO, LO QUE AUMENTA EL DOLOR</p>	
	<p>7.- EXPLICAR Y AYUDAR CON MEDIDAS ANALGESICAS NO INVASIVAS (CAMBIOS POSTURALES, DISTRACCION, MASAJES Y EJERCICIOS DE RELAJACION</p>	<p>7.- ESTAS MEDIDAS PUEDEN AYUDAR A EVITAR QUE LOS ESTIMULOS DOLOROSOS ALCANZEN LOS CENTROS CEREBRALES MAS ALTOS MEDIANTE EL REEMPLAZO DE LOS MISMOS POR OTROS ESTIMULOS. LA RELAJACION REDUCE</p>	

			LA TENSION MUSCULAR, LA FC Y PUEDE MEJORAR EL VOLUMEN SISTOLICO Y AUMENTA LA SENSACION DE CONTROL DEL PACIENTE SOBRE EL DOLOR	
7.- DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO R/C LA AFECTACION VENTRICULAR, ISQUEMIA Y ARRITMIAS	FOMENTAR LA FUNCION CIRCULATORIA ADECUADA	1.- VALORACION DE SIGNOS VITALES 2.- CONTROLAR LA PRESION ARTERIAL	1.- LOS SIGNOS VITALES SON INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO, YA QUE EXPLICAN DE MANERA INMEDIATA CAMBIOS EN ESTE 2.- LA HIPERTENSION PUEDE AUMENTAR EL TRABAJO MIOCARDICO, MIENTRAS QUE LA HIPOTENSION PUEDE DISMINUIR LA PERFUSION CORONARIA. SE PUEDE SEGUIR DISMINUCION DE LA PRESION DEL PULSO DESPUES DE UN INFARTO, LO CUAL CONSTITUYE UN INDICADOR UTIL DE	LA PACIENTE MUESTRA ESTABILIDAD HEMODINAMICA CON SV NORMALES, SIN PALPITACIONES, RESPIRANDO NORMALMENTE Y TRANQUILA

		<p>3.- EVALUAR FRECUENCIA RESPIRATORIA Y SONIDOS RESPIRATORIOS</p> <p>4.- EVALUAR COLOR Y TEMPERATURA DE LA PIEL Y PULSOS PERIFERICOS</p> <p>5.- VALORAR LA PRESENCIA DE EDEMA PERIFERICO EN TOBILLOS Y REGIONES TIBIALES</p> <p>6.- PERMANECER ALERTA A CAMBIOS A NIVEL DE CONSCIENCIA, INQUIETUD O CONFUSION</p>	<p>DISMINUCION DE GASTO CARDIACO</p> <p>3.- LA DIFICULTAD RESPIRATORIA Y LOS ESTERTORES PUEDEN INDICAR FRACASO VENTRICULAR IZQUIERDO, EDEMA PULMONAR O EMBOLIA PULMONAR</p> <p>4.- PROPORCIONA UN INDICIO DE ADECUACION DE LA PERFUSION PERIFERICA</p> <p>5.- APARECE SI EXISTE FRACASO VENTRICULAR</p> <p>6.- EL CAMBIO EN EL NIVEL DE CONSCIENCIA ES UNO DE LOS PRIMEROS SIGNOS EN EL DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO</p>	
--	--	--	--	--

		<p>7.- CONTROLAR INGESTA Y SALIDAS Y DENSIDAD DE LA ORINA</p> <p>8.- INSTRUIR AL PACIENTE PARA QUE NO CRUZE LAS PIERNAS MIENTRAS ESTE EN LA CAMA O SENTADO</p> <p>9.- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS SEGÚN LO ORDENADO</p>	<p>7.- LA DISMINUCION DE LA DIURESIS, CON AUMENTO DE LA DENSIDAD DE LA ORINA PUEDE REFLEJAR DESCENSO DE LA PERFUSION RENAL</p> <p>8.- DISMINUYE LA PERFUSION DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, CON AUMENTO DEL RIESGO DE FORMACION DE TROMBOS</p> <p>9.- AUMENTA EL SUMINISTRO Y DISMINUYE LA DEMANDA DE OXIGENO DEL MIOCARDIO</p>	
<p>8.- RIESGO DE CAIDAS F/R ANTIHIPERTENSIVOS, DIURETICOS, DISMINUCION DE FUERZA EN EXTREMIDADES INFERIORES</p>	<p>EVITAR EN LO POSIBLE QUE NO PRESENTE CAIDAS EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA COMO EN SU DOMICILIO</p>	<p>1.- DETERMINAR EL RIESGO DE CAIDAS A TRAVES DEL USO DE HERRAMIENTAS COMO LA ESCALA DE RIESGOS DE CAIDAS</p>	<p>1.- LOS RIESGOS PARA PRESENTAR CAIDAS INCLUYEN HISTORIA RECIENTE DE CAIDAS, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y ALTERACION DE LA MOVILIDAD</p>	<p>ANTE LA INFORMACION OTORGADA SE EXPLICO LOS METODOS PARA LA PREVENCION DE CAIDAS Y ESTO MINIMIZO LA INCIDENCIA</p>

		<p>2.- IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS DE CAIDAS COLOCANDO UNA NOTA</p> <p>3.- REVISAR LA MEDICACION PARA DETERMINAR SI HAY AUMENTO EN EL RIESGO DE CAIDAS</p> <p>4.- SI EL PACIENTE PRESENTA MAREOS AL INCORPORARSE DEBEN ENSEÑARSE METODOS PARA DISMINUIR ESTOS MAREOS</p> <p>5.- VALORARA LA PRESENCIA DE FACTORES</p>	<p>2.- ESTO ES IMPORTANTE PARA ALERTAR AL EQUIPO DE ENFERMERIA DEL ELVADO RIESGO DE CAIDAS</p> <p>3.- LA POLIFARMACIA O LA TOMA DE MAS DE CUATRO MEDICAMENTOS, SE HA ASOCIADO CON UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE CAIDAS</p> <p>4.- VIGILAR DE CERCA AL PACIENTE RESPECTO A LA APARICON DE MAREOS MIENTRAS AUMENTA SU ACTIVIDAD. PUEDE DETECTARSE HIPOTENSION POSTURAL</p> <p>5.- SE OBSERVO QUE LOS FACTORES DE RIESGO INCLUYEN LA</p>	
--	--	---	--	--

		<p>ADICIONALES QUE LLEVAN A UN AUMENTO DEL RIESGO DE CAIDAS</p> <p>6.- INSTRUIR AL PACIENTE Y A SU FAMILIA A CORREGIR LOS PELIGROS E IDENTIFICARLOS</p> <p>7.- INDICAR AL PACIENTE QUE UTILIZE ZAPATO COMODO Y ANTIDERRAPANTE</p>	<p>HISTORIA MEDICA (ALTERACION CARDIOLOGICA); USO DE MEDICACION, HISTORIA DE CAIDAS</p> <p>6.- LA MODIFICACION DEL ENTORNO DEL HOGAR HA DEMOSTRADO SER EFECTIVAS EN LA DISMINUCION DE NUMERO DE CAIDAS</p> <p>7.- LOS ZAPATOS FIRMES BRINDAN AL USUARIO UN MEJOR EQUILIBRIO Y LE PROTEJEN DE LA INESTABILIDAD EN LAS SUPERFICIES IRREGULARES</p>	
<p>9.-TEMOR R/C LA SEPARACION DEL SISTEMA DE SOPORTE DE UNA SITUACION POTENCIALMENTE ESTRESANTE (HOSPITALIZACION) M/P INFORMES DE MANTENERSE ASUSTADA</p>	<p>BRINDAR A LA PERSONA INFORMACION SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EMOCIONAL</p>	<p>1.- VALORAR EL ORIGEN DEL MIEDO</p> <p>2.- HACER DESCRIBIR AL PACIENTE EL</p>	<p>1.- LA CAPACIDAD PARA EXPERIEMNTAR MIEDO ES ADAPTATIVA, PERMITIENDO LA RESPUESTA RAPIDA Y ENERGICA A UNA AMENZA O MIEDO INMINENTE</p> <p>2.- ESTO SIRVE COMO HERRAMIENTA DE VALORACION PARA</p>	<p>LA PACIENTE IDENTIFICO, VERBALIZO Y DEMOSTRO LAS CONDUCTAS QUE REDUCEN EL MIEDO Y COMPRENDIO LA SITUACION DE SALUD POR LA QUE ATRAVIESA Y ESTO INFLUYO PARA DISMINUIR SU TEMOR A</p>

		OBJETO DE SUS TEMORES	ENTENDER MEJOR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y BRINDAR MEJORES CUIDADOS Y ADQUIRIR PRACTICA PROFESIONAL PARA FUTURAS EVALUACIONES	SITUACIONES FUTURAS
		3.- DISCUTIR LA SITUACION CON EL PACIENTE E INTENTAR DISTINGUIR ENTRE AMENZAS REALES E IMAGINARIAS	3.- LA ACTIVACION DEL MIEDO OCURRE ANTES DE HACER UN ANALISIS CONGNITIVO CONSCIENTE DEL ESTIMULO	
		4.- PROPORCIONAR AL PACIENTE MASAJES PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD	4.- EL MASAJE ES EFECTIVO PARA DISMINUIR LA ANGUSTIA Y EL DOLOR	
		5.-UTILIZAR TECNICAS DE CONTACTO TERAPEUTICO Y TACTO CURATIVO	5.- LAS ENFERMERAS PUEDEN OFRECER CONTACTO TERAPEUTICO, MOMENTOS DE TRANQUILIDAD O DIALOGAR CUANDO SE DESEAN SENSACIONES DE CALMA Y RELAJACION	

		6.- ANIMAR A LA REALIZACION DE EJERCICIOS PARA MEJORAR LAS ESTRATEGIAS FISICAS Y LOS NIVELES DE MOVILIDAD PARA DISMINUIR EL MIEDO A CAER	6.- MEJORAR LAS ESTRATEGIAS FISICAS Y LOS NIVELES DE MOVILIDAD CONTRARESTAN EL MIEDO OBSESIVO DURANTE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES	
10.- SUFRIMIENTO MORAL R/C PERDIDA DE AUTONOMIA, CONFLICTO ENTRE LAS PERSONAS QUE TOMAN LA DECISIÓN M/P EXPRESION DE ANGUSTIA Y FRUSTACION	QUE LOS FAMILIARES COMPRENDAN LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL PACIENTE, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS SEAN POR SU BIENESTAR	1.- PROPORCIONAR, RAZONAR Y ACLARAR LA INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO, LAS OPCIONES DEL TRATAMIENTO Y EL TRATAMIENTO 2.- DAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES OPORTUNIDAD DE COMPARTIR SENTIMIENTOS Y PREOCUPACIONES CON RESPECTO A LA TOMA DE DECISIONES	1.- EL PACIENTE Y LA FAMILIA NECESITAN INFORMACION CONCRETA Y EXACTA PARA PODER UNA DECISIÓN INFORMADA 2.- EL CONFLICTO ES MAYOR CUANDO LA DECISIÓN TIENE POSIBLES IMPACTOS NEGATIVOS O EXISTEN OPINIONES ENCONTRADAS. LA ANSIEDAD Y EL TEMOR TIENEN UN IMPACTO NEGATIVO SOBRE LA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES. PROPORCIONAR OPORTUNIDADES PARA COMPARTIR SENTIMIENTOS Y PREOCUPACIONES PUEDE MITIGAR LA ANSIEDAD	AL PACIENTE LE HA TOMADO TIEMPO PARA COMPRENDER SU SITUACION ACTUAL; LA DEPENDENCIA Y PERMITIR QUE OTRAS PERSONAS (SU FAMILIA) TOMEN DECISIONES POR ELLA AFECTO AL MOMENTO SU VIDA, EN ESTE MOMENTO ACEPTO A COMPARTIR LA TOMA DE DECISIONES PARA SU BENEFICIO

		<p>3.- ASEGURARSE QUE LA PACIENTE Y LA FAMILIA ENTIENDAN CLARAMENTE LO QUE IMPLICA CADA MODALIDAD EN EL TRATAMIENTO</p> <p>4.- RESULTA ADECUADO DECIR A LA PACIENTE QUE NO TIENE QUE SOPORTAR DECISIONES TOMADAS POR OTROS SINO QUE ELLA PUEDE ELEGIR. INFORMAR A LA FAMILIA A NO SUBESTIMAR LA CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES DE LA PACIENTE</p> <p>5.- DAR MAYOR TIEMPO POSIBLE PARA LA TOMA DE DECISIONES</p>	<p>3.- LAS DECISIONES INFORMADAS APOYAN EL DERECHO DE AUTODETERMINACION DE LA PERSONA</p> <p>4.- CADA PERSONA TIENE DERECHO A TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES Y ESPERAR UN RESPETO POR PARTE DE LOS DEMAS</p> <p>5.- LA TOMA DE DECISIONES INFORMADA Y EFICAZ, PRECISA TIEMPO PARA CONSIDERAR A FONDO UNA ALTERNATIVA</p>	
<p>11.- DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL R/C ENFERMEDAD FISICO M/P AFRONTAMIENTO INADECUADO</p>	<p>ORIENTAR A LOS FAMILIARES PARA QUE BRINDEN APOYO A LA</p>	<p>3.-TRABAJAR CON EL PACIENTE PARA ALCANZAR OBJETIVOS Y ALCANZAR EL ROL DESEADO</p>	<p>1.- LA CAPACIDAD PARA REPRESENTAR EL ROL SE VE FACILMENTE IMPEDIDA</p>	<p>LA PACIENTE ESTA CONSCIENTE DEL ROL QUE</p>

	<p>PACIENTE PARA REFORZAR SU ROL EN LA FAMILIA</p>	<p>4.- APOYAR LAS PRACTICAS RELIGIOSAS DE LA PACIENTE</p>	<p>POR LA ENFERMEDAD. ES IMPORTANTE VER SI EL PACIENTE SE SIENTE O NO CAPAZ DE FUNCIONAR EN SU ROL HABITUAL</p> <p>2.- EL CAMBIO DE CONDUCTA FACILITA UNA SENSACION PERSONAL DE CONTROL</p> <p>3.- EN EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS VALORADOS, LAS PERSONAS ADAPTAN SU MUNDO A LAS NECESIDADES Y PROYECTOS AUTOGENERADOS, EN LUGAR DE ADAPTARSE ELLAS MISMAS A UN MUNDO DETERMINADO</p> <p>4.- LA RELIGION TIENE IMPORTANCIA AYUDANDO A LA PACIENTE A AFRONTAR LA ENFERMEDAD Y LOS RESULTADOS DE LA MISMA</p>	<p>DESEMPEÑA EN SU FAMILIA, SABE QUE ELLA ES EL EJE DE LA MISMA, Y SABE QUE HABRA MODIFICACIONES EN SU FAMILIA PERO MIENTRAS ELLA PUEDA MANTENERSE AL FRENTE LO SEGUIRA REALIZANDO, A PESAR DE SU ENFERMEDAD.</p>
--	--	---	---	---

<p>12.- DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR R/C ENFERMEDAD M/P FALTA DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACION FAMILIAR</p>	<p>LA PACIENTE Y FAMILIA TENDRAN LOS RECURSOS PARA HACER FRENTE FISICA Y EMOCIONALMENTE A PROCESOS DE ENFERMEDADES CRONICAS</p>	<p>1.-ESTABLECER UN PLAN DE CUIDADOS CON LA PACIENTE Y LA FAMILIA BASADO EN LA NECESIDADES DEL PACIENTE Y LAS CAPACIDADES DEL CUIDADOR</p> <p>2.- EVALUAR LAS PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA, ESPECIALMENTE DEL CUIDADOR PRIMARIO SOBRE LA ATENCION A LARGO PLAZO</p> <p>3.- ESTIMULAR LAS RELACIONES SOCIALES CON FAMILIARES Y AMIGOS AUNQUE SEA POR TELEFONO</p>	<p>1.- EN LAS ENFERMEDADES CRONICAS ES IMPORTANTE FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA, ESTRATEGIAS NUTRICIONALES, ADAPTACION A LA VIDA, MANTENIMIENTO DE UNA ACTITUD POSITIVA Y EL APOYO INTERPERSONAL</p> <p>2.- LAS CARACTERISTICAS DEL CUIDADOR QUE SE ASOCIARON CON EL ABANDONO DEL CUIDADO SON LA DISMINUCION DE SUS ACTIVIDADES SOCIALES, EL CANSANCIO Y LAS ACTIVIDADES LABORALES</p> <p>3.- EL APOYO TELEFONICO ES CONSIDERADO COMO IMPORTANTE PARA LAS PERSONAS QUE CUIDAN Y PARA QUE LA PACIENTE PUEDA MANTENERSE COMUNICADO CON</p>	<p>POCO A POCO SE HA NORMALIZADO LA ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HOGAR, YA QUE LA FAMILIA SE ESTABILIZO EMOCIONALMENTE Y SE DIVIDERON LAS ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE LA PACIENTE Y LA LIMPIEZA, PARA MEJORA DE LOS MISMOS</p>
--	---	--	---	---

		4.- IDENTIFICAR PERSONAS QUE PUEDEN APOYAR EN EL MANTENIMIENTO DE LA CASA EN AUSENCIA DE FAMILIARES	ALGUIEN Y NO SENTIR SOLEDAD 4.- EL MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA EN EL HOGAR RESULTAN CONFORTABLES A LA VISTA Y A LA COMODIDAD	
13.- DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS R/C ENTORNO DESPROVISTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS M/P AFRIMACIONES DE LA PACIENTE QUE SE ABURRE	EXPLICAR A LA PERSONA LA CANTIDAD DE ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN REALIZAR SOLA O EN COMPAÑIA	1.- INVITAR A LA PACIENTE A REALIZAR TERAPIA OCUPACIONAL 2.- INVITAR A LA PACIENTE A COMPARTIR SENTIMIENTOS SOBRE SU SITUACION DE INACTIVIDAD 3.- FOMENTAR UNA COMBINACION DE ACTIVIDADES FISICAS Y MENTALES	1.- LA TERAPIA OCUPACIONAL SE BASA EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE LA VIDA (VESTIRSE, BAÑARSE, ETC.) 2.- LA SENSACION DE PERDIDA ES CUANDO EL INDIVIDUOP ES INCAPAZ DE DEDICARSE A SUS ACTIVIDADES NORMALES 3.- PROPORCIONAR ACTIVIDADES QUE SEAN DIVERTIDAS COMO, LECTURA, CINE, PASEOS AL AIRE LIBRE, ETC.	LA PACIENTE HA DECIDIDO IR A RADICAR A BUCERIAS, NAYARIT YA QUE PARA ELLA ES IMPORTANTE SENTIRSE UTIL, ADEMAS DE LA TRANQUILIDAD CON LA QUE SE VIVE ALLA Y LAS MUCHAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR A NIVEL DEL MAR

		<p>4.- ELABORAR UN HORARIO DE LA PACIENTE PARA QUE REALICE DESEOS PERSONALES COMO ASEO, RELAJACION O ACTIVIDADES RECREATIVAS</p> <p>5.- INVITAR A FAMILIARES Y AMIGOS A PASART TIEMPO CON LA PACIENTE U ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD</p>	<p>4.- EL AUMENTO DEL CONTROL POR PARTE DE LA PACIENTE FOMENTA EL AUMENTO DE LA AUTOESTIMA</p> <p>5.- SIMPLEMENTE ESTAR DISPONIBLE PARA LA PACIENTE COMO UN SER HUMANO PRÓXIMO ES IMPORTANTE Y UTIL</p>	
<p>14.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADOS CON MALA INTERPRETACION DE LA INFORMACION MANIFESTADA POR VERBALIZACION DEL PROBLEMA</p>	<p>BRINDAR A LA PACIENTE LOS CONOCIMIENTOS BASICOS DE SU ENFERMEDAD Y QUE ESTA LOS COMPRENDA Y RESOLVER DUDAS</p>	<p>1.- OBSERVAR LA HABILIDAD Y DISPOSICION DE LA PACIENTE POR APRENDER</p>	<p>1.- ES NECESARIO UNA EVALUACION PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE DE UNA PERSONA. EL APRENDIZAJE ES MEJOR CUANDO LA PACIENTE ESTA MOTIVADA Y ATENTA A LOS PUNTOS MAS IMPORTANTES DE SU ENFERMEDAD</p>	<p>EL PROPORCIONAR A LA PACIENTE INFORMACION CLARA Y PRECISA DE SU ENFERMEDAD TANTO COMO LOS CUIDADOS Y COMPLICACIONES DE LA MISMA CON UN LENGUAJE APROPIADO A FAVORECIDO QUE</p>

		<p>2.- AL ENSEÑAR HAY QUE CONTEMPLAR LAS CAPACIDADES Y HABILIDADES DE LA PACIENTE</p> <p>3.- USO DEL LENGUAJE FACIL DE ENTENDER AL DAR INFORMACION A LA PACIENTE</p> <p>4.-REPETIR Y REFORZAR LA INFORMACION QUE SE OTROGA A LA PACIENTE</p> <p>5.- HABLAR ACERCA DE LOS CAMBIOS SALUDABLES DEL ESTILO DE VIDA QUE PROMUEVAN EL</p>	<p>2.- PARA LOS PACIENTES CON UN BAJO NIVEL CULTURAL LOS MATERIALES DE APRENDIZAJE DEBEN SER CORTOS Y TENER ILUSTRACIONES CULTURALMENTE ADECUADAS</p> <p>3.- UN ALTO PORCENTAJE DE ADULTOS NO SON CAPACES DE COMPRENDER EL LENGUAJE COMPLEJO UTILIZADO EN LA ATENCION SANITARIA</p> <p>4.- LA COMPRESION DE INFORMACION ES ESCENCIAL PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS. LAS SESIONES BREVES ENFOCAN LA ATENCION EN LA INFORMACION ESCENCIAL</p> <p>5.- DEBEN REALIZARSE MAYORES ESFUERZOS</p>	<p>ENTIENDA SU ENFERMEDAD COMO TAL Y RECONOCIDO LA NECESIDAD DE LLEVAR A CABO SU TRATAMIENTO MEDICO CON Estricto APEGO</p>
--	--	---	---	--

		BIENESTRA DEL ADULTO MAYOR	TANTO PARA MEJORAR LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LA SALUD, COMO PARA AUMENTAR LAS INTERVECCIONES ORIENTADAS A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES	
--	--	-------------------------------	--	--

5.5. PLAN DE ALTA

Se le brindan a la persona y familia los datos de alarma y se dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes. Se le explica que el tratamiento farmacológico es de suma importancia así como el porqué de cada medicamento y la toma de estos en los horarios correctos.

CUIDADOS ESPECIFICOS POS- HOSPITALARIOS

Se explica la importancia del tratamiento farmacológico y la importancia de llevarlo a cabo adecuadamente, los síntomas disminuirán. Se le reitera, la importancia del tratamiento farmacológico además de llevar una dieta adecuada baja en grasas y rica en fibra, así como realizar una actividad física de acuerdo a su capacidad y el manejo del estrés le ayudaran a llevar un adecuado nivel de vida.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Dolor intenso opresivo de duración de 15 a 30 minutos, subesternal y que se puede irradiar a la mandíbula y el brazo, la mano y el hombro izquierdos. El dolor se percibe a veces en el estómago y puede confundirse con un problema gastrointestinal.
- Diaforesis (sudoración), palidez, náuseas, vómito, debilidad, palpitaciones y ansiedad.
- Dificultad respiratoria.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

- Disritmias (taquicardia, bradicardia),
- Rotura miocárdica
- Perforación septal
- Tromboembolismo
- Pericarditis

MEDICAMENTOS

- Metoprolol 100mg ½ tableta cada 24 hrs.
- ASA 300mg 1 tableta cada 24 hrs.
- Pravastatina 10mg 2 tabletas cada 24 hrs.
- Senosidos 2 tabletas cada tercer día.
- Exforge 1 tableta cada 24 hrs.

MANEJO DIETETICO

Se recomienda la dieta mediterránea, ya que se ha asociado con menor incidencia en eventos cardiovasculares.

- Abundantes verduras, frutas, cereales, papas, frutas secas
- Aceite de olivo como principal fuente de grasa
- Productos lácteos bajos en grasa (queso, yogurt, etc.)
- Incluir pollo y pescado en cantidades moderadas
- **No incluir carnes rojas, embutidos y grasas**

PROGRAMA DE EJERCICIOS (acompañada de otra persona o familiar)

- Ejercicios de flexibilidad y movimientos amplios con duración de 10 minutos previos a la caminata
- Caminar por 10 minutos por 2 semanas he incrementar 5 minutos cada semana hasta llegar a 30 minutos
- Descanso posterior a cada etapa de ejercicio

Nota: suspender inmediatamente ante algún síntoma de alarma.

MANEJO DEL ESTRÉS

- Buscar actividades con familiares o amigo y/o terapias de relajación, ya que esto favorece la disminución del estrés
- Se informa y se platica con los familiares para que vigilen el estado emocional de la paciente y que si observan un aumento del estrés o ansiedad esto se puede asociar con un problema de depresión, esto aumenta la morbi-mortalidad entre un 15% a 45%
- Se sugiere que si se detectan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión, solicitar intervención psicológica o psiquiátrica

CONCLUSIONES

Para el profesional de enfermería son importantes los conocimientos científicos y la práctica clínica que se nos brindan mientras estamos en formación académica y que ponemos en práctica en el ámbito laboral, con estas herramientas fundamentales podemos realizar nuestro trabajo como enfermeras y desempeñarnos profesionalmente en beneficio a los pacientes a los cuales asistimos. La importancia de la trayectoria de grandes teóricas y enfermeras que han luchado a través del tiempo para engrandecer nuestra profesión, basándose en el método científico por medio de la práctica de enfermería, esto ha repercutido en su totalidad en la enfermería actual, ya que todo esto hace posible brindar atención de enfermería no solo a personas con grandes necesidades física, psicológicas y sociales sino también a las familias y comunidades.

El humanismo es algo que caracteriza a nuestra profesión y es de vital importancia continuar así, ya que esto nos diferencia de otras profesiones dedicadas a la salud, pues nosotros estamos en contacto tanto físico como emocional con el paciente y es de esa forma que podemos realizar planes de cuidado específicos para diferentes patologías.

La elaboración de un plan de cuidado relacionada con la enfermedad de la paciente, infarto de miocardio, logra identificar cuáles son los factores alterados dando prioridad al mayormente afectado para lograr en medida de lo posible disminuir su malestar en el momento de la valoración. Realizar un plan de cuidados de infarto de miocardio me deja una gran preocupación, ya que al ver la cantidad de diagnósticos que pueden ser integrados dentro de este plan por todas las afectaciones, limitaciones y complicaciones que presentan los pacientes.

Es importante que la enfermera tenga un adecuado conocimiento acerca de las diferentes etapas del proceso de atención, ya que permite a esta identificar lo más pronto posible las intervenciones de enfermería y así poder implementar dicho plan.

SUGERENCIAS

Es importante que el personal de enfermería, así como el equipo multidisciplinario encargado de resguardar la salud de las personas, nos demos cuenta de la enorme responsabilidad que tenemos en nuestras manos, el humanismo es una característica que nosotros como enfermeras no podemos dejar a un lado nunca; a veces estamos tan inmersos en nuestras actividades o problemas personales que dejamos de darle la importancia adecuada a nuestras intervenciones con los pacientes y no les brindamos el tiempo y atención necesaria, para orientarlos, resolver sus dudas, escucharlos y explicarles correctamente el cómo llevar a cabo cada indicación, y esto ocasiona muchas veces el reingreso posterior del paciente días después de su alta, con la misma afección y/o con complicaciones mayores.

En el ámbito laboral es muy común que el personal de enfermería cuente con sobrecargas de trabajo, pero esto no debe de ser impedimento para realizar nuestras actividades adecuadamente en beneficio de la salud de nuestros pacientes.

Por lo tanto debemos tratar a nuestros pacientes como deseamos ser tratados.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ackley J. Betty/ Ladwig B. Gail, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 7ª Edición, Elseiver Mosby, España, 2007, 1316 p.
2. Carpenito J. Linda / Moyot, Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración, Editorial Mc Graw – Hill Interamericana, 4ª Edición, España, 2005, 1101 p.
3. Moran Aguilar Victoria, Modelos de Enfermería, Editorial Trillas, México, 1993, 196 p.
4. Moran Aguilar Victoria, Procesos de Enfermería, Uso de los lenguajes NANDA, NIC Y NOC modelos referenciales, Editorial Trillas SA de CV, México, 2010.
5. Raile Alligood Martha / Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías de Enfermería, Elseiver España, 7ª Edición, 2011, 797 p.
6. Gauntlett Beare Patricia / Miers Judith, Principios y Prácticas de la Enfermería Medicoquirúrgica, 2ª Edición, Editorial Mosby España.
7. Quiroz Gutiérrez Fernando, Tratado de Anatomía Humana Tomo 2, Editorial Porrúa, México, 2012, 525 p.
8. Nuevo Manuel de Enfermería, Editorial Océano, 2009, 1200 p.
9. Susane C. O'Conell, Smeltzer, Brenda G. Bare, Enfermería Medicoquirúrgica Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw – Hill, 2005, 1372 p.
10. Craig A. Canby, Anatomía basada en la resolución de problemas, Editorial Elseiver, Madrid España, 1ª Edición, 2007, 318 p
11. Holland Jeanne M., Enfermería Cardiovascular, Editorial Limusa, México, 1ª Edición, 276 p.
12. Tortora Gerard J., Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Arla, 5ª Edición, México, 993 p.
13. Pérez Moreno Bárbara A., Abordaje del Paciente con Infarto Agudo de Miocardio, Editorial Formación Alcalá, España, 2006, 193 p.
14. Colliere M.F., Identificar los cuidados de Enfermería, 1993, 257 p.
15. García González Ma. De Jesús, El proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Editorial Progreso SA de CV, 2004.
16. Guía de Práctica Clínica, Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica, Valvulopatías y Grupos Especiales, Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal, 2010.