



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE CON SÍNCOPE CARDIOGÉNICO BAJO
EL ENFOQUE TEÓRICO DE DOROTHEA OREM**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

GAMA MONTES REBECA NATZIELY

CON NUMERO DE CUENTA
310180337

ASESOR ACADÉMICO

L.E.O. BERTHA ESTRELLA ÁLVAREZ



CIUDAD DE MÉXICO, ENERO DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La enfermería es un arte a través del cual la enfermera ejerce la enfermería, proporciona asistencia especializada a personas con incapacidades tales que se requiere más que una ayuda común para cubrir las necesidades diarias de autocuidado y para participar inteligentemente en los cuidados médicos que reciben del médico.

El arte de la enfermería se practica “haciendo algo por la persona con incapacidad”, “ayudándola a hacerlo por sí mismo” y/o “ayudándola a aprender por sí mismo”. También se practica la enfermería ayudando a una persona capacitada, familiar o amigo del paciente para aprender a hacer algo por el paciente. El cuidado del paciente es así un arte práctico y didáctico.

---DOROTHEA OREM---

ÍNDICE

Agradecimientos.....	6
Dedicatoria	7
1. Introducción	8
2. Objetivos	10
2.1. Objetivo General	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. Justificación.....	11
4. Marco Teórico	12
4.1. Conceptualización de Enfermería según Dorothea Orem.....	12
4.2. Antecedentes del Cuidado	14
4.3. Formación de Enfermeras Cardiovasculares y sus Cuidados	15
4.4. Metaparadigma Enfermero de Dorothea Orem	16
4.5. Biografía	19
4.6. Teorías de Enfermería de Orem.....	20
4.6.1. Teoría del Autocuidado.....	22
4.6.2. Teoría del Déficit de Autocuidado	22
4.6.3. Teoría de los Sistemas de Enfermería.....	23
4.7. Proceso Enfermero	24
4.7.1. Concepto	24
4.7.2. Objetivo	25
4.7.3. Etapas del Proceso Enfermero.....	25
4.7.3.1. Valoración.....	25
4.7.3.2. Diagnóstico	26
4.7.3.3. Planeación.....	28
4.7.3.4. Ejecución.....	30
4.7.3.5. Evaluación.....	30
5. Aplicación del Proceso	31
5.1. Valoración	31
5.2. Diagnóstico	40
5.3. Planeación.....	42

5.3. Disminución del Gasto Cardíaco.....	42
5.3.1.1 Intervenciones de Enfermería.....	42
5.3.1.2. Ejecución.....	43
5.3.2. Deterioro del Intercambio Gaseoso	44
5.3.2.1 Intervenciones de Enfermería.....	44
5.3.2.2 Ejecución.....	45
5.3.3. Perfusión Tisular Periférica Ineficaz.....	46
5.3.3.1 Intervenciones de Enfermería.....	46
5.3.3.2 Ejecución.....	47
5.3.4. Riesgo del Déficit Nutricional	48
5.3.4.1. Intervenciones de Enfermería.....	48
5.3.4.2. Ejecución.....	48
5.3.5. Estreñimiento.....	49
5.3.5.1 Intervención de Enfermería.....	49
5.3.5.2 Ejecución.....	50
5.3.6. Intolerancia a la Actividad Física.....	51
5.3.6.1. intervenciones de Enfermería.....	51
5.3.6.2. Ejecución.....	53
5.3.7. Riesgo de lesión.....	54
5.3.7.1. Intervenciones de Enfermería.....	54
5.3.7.2. Ejecución.....	54
5.3.8. Déficit de Conocimiento.....	55
5.3.8.1 Intervenciones de Enfermería.....	55
5.3.8.2 Ejecución	56
5.4. Evaluación	57
5.5. Conclusión y Sugerencias	58
5.6. Plan de Alta	59
6. Anexos.....	61
6.1. Síncope Cardiogénico.....	61

6.2. Causas	61
6.3. Anatomía y Fisiología Cardiovascular	62
6.4. Circulación Sanguínea que Irriga el Corazón.....	64
6.5. Ciclo Cardíaco	65
6.6. Gasto Cardíaco	66
6.7. Sistema de Conducción Eléctrica del Corazón.....	66
6.8. Fisiología del Síncope Cardiogénico	67
6.9. Signos y Síntomas del Síncope Cardiogénico.....	69
6.9.1. Diagnóstico del Síncope Cardiogénico	69
6.9.2. Tratamiento del Síncope Cardiogénico	71
6.9.3. Pronostico y Complicaciones.....	71
6.9.4. Medidas Preventivas	71
7. Consentimiento Informado	74
7.1. Instrumento de Valoración.....	75
7.2 Cartel de Pulsos	80
7.3. Cartel de Generalidades de la Presión Arterial.....	81
7.4. Tabla de Signos Vitales	82
7.5.Jarra del Bien Beber	83
7.6. Plato del Buen Comer.....	84
7.7. Cartel de Síncope Cardiogénico... ..	85
7.8 Ejercicios Ergonómicos	86
Evidencias	87
7.9. Rehabilitación Cardíaca	88
7.9.1. Evidencias	89
8. Glosario	90
9. Referencias,	94

AGRADECIMIENTOS

No se me ocurre ninguna razón por la que quiera ser enfermera, pero se me ocurren mil más para dejar de serlo. En las prácticas siempre te lo ponen difícil con obstáculos y a propósito las mismas enfermeras, la vida de los pacientes depende la mayor parte de ti, al iniciar la carrera crees que es algo fácil y asombroso, simplemente inexplicable es decir como si se tratara de un juego; pero llega un momento en el que solo debes dar un paso hacia adelante y avanzar o te das la vuelta, así que decides darte por vencido y te marchas.

A veces pienso en dejarla, y darme por vencida, pero reflexiono y es cuando me doy cuenta de que soy muy afortunada de poder formar parte de la máxima casa de estudios de Latino América; pese a todos los obstáculos que enfrente y enfrento puedo decir que por ello me encanta este terreno de juego y por la misma razón puedo decir que agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y acogerme como alumna en sus instituciones, la educación y prestigio otorgados por el simple hecho de ser una alumna universitaria, así mismo a los beneficios de pertenecer a ella.

De igual manera agradezco al Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente, al personal, docente, administrativo y del servicio médico, que me brindaron el apoyo para concluir mi educación media superior, y poder llegar a este punto pese a mi enfermedad. Quiero dar mención a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por brindarme los conocimientos, materiales, campos clínicos, planes de estudio, oportunidades de lenguaje y práctica, al igual que al excelente grupo de docentes.

Por último quiero dar reconocimiento mediante este trabajo principalmente a la Licenciada Bertha Estrella Álvarez por el apoyo ofrecido en la elaboración de este trabajo, por la dedicación que me proporciono para culminarlo, así mismo por siempre ayudarme en las diferentes situaciones de mi formación para poder obtener el grado académico, de igual manera agradezco a la Doctora Carlota Mercedes Hernández Rosales, y a la Licenciada Araceli Díaz Jiménez, por compartir sus conocimientos, paciencia, habilidades, experiencias durante mi formación académica enseñándome a ejercer la enfermería con valores, humanidad, responsabilidad, respeto y sobre todo amor”.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proceso de enfermería principalmente con gran amor, respeto, admiración y orgullo a mis padres Carlos Gama Guzmán y Rebeca Montes Romero, a mis hermanos Juan Carlos, y Érika Yadira Gama Montes a mis sobrinos, que son el pilar fundamental en todo lo que fui, soy, y en todo lo que seré, por su gran apoyo incondicional y sacrificio, para darme las herramientas necesarias para ser una mujer de bien, con valores, llena de principios necesarios y coraje para enfrentar la vida, para poder llevar acabo mis logros académicos, sociales, emocionales y profesionales, por siempre creer en mi capacidad para realizar las metas, proyectos y logros que me proponga, así mismo brindarme amor, cariño, recursos y motivación para lograrlo, pese a las dificultades durante el trayecto en todo momento; para que con ello y gracias a ello pueda obtener el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

De igual manera me dedico este trabajo a mí misma, ya que sin mi esfuerzo, dedicación y perseverancia no habría llegado hasta donde estoy ahora ni de ser lo que soy en este momento, pese a los obstáculos y adversidades que se presentaron en mi vida; hago mención y dedicatoria a mi más grande amigo y compañero de vida, mi amigo fiel “Tocino”, ya que él estuvo conmigo en momentos difíciles, desvelos, problemas y guardias, el que me recuerda cada día lo que pase para que pueda seguir adelante.

Por último a los amigos, y docentes que encontré en mi trayecto como Universitaria los cuales me apoyaron y que me ayudaron a poniendo su granito de arena para completar mi formación académica.

1. INTRODUCCIÓN

El síncope es la pérdida transitoria de la conciencia, con pérdida del tono muscular que tiene una duración de pocos minutos con espontánea restitución y completa de la conciencia¹, el síncope puede ser de etiología cardiaca, neurológica o neuro-vascular. De todas las consultas de emergencia, motiva hasta el 6% de admisiones hospitalarias donde el síncope cardiogénico tiene una prevalencia del 10%, posterior a este, está el síncope reflejo con un 60% y el ortostática con el 15%; en la población general representa el 3% de los motivos de consulta en el servicio de urgencias de todo hospital de tercer nivel, así como el 6% de los internamientos de estas instituciones.²

La incidencia por grupos de edad tiene un punto máximo en la adolescencia (15%) y en los individuos de 25 a 70 años (23%) según un estudio llamado Framingham³; la finalidad de dicho estudio es la detección precoz de las enfermedades cardiacas, así como el diagnóstico de las manifestaciones en personas aparentemente sanas⁴. Al estar la persona de pie o sentado el volumen sanguíneo disminuye debido a que el retorno venoso se encuentra completamente en las extremidades podálicas y/o inferiores (piernas); disminuyendo el aporte de oxígeno hacia la parte superior del cuerpo. Debido a esto en el cuerpo genera vasoconstricción periférica, disminuyendo así la frecuencia y el gasto cardiaco, aumentando la presión arterial diastólica para compensar la disminución de estos, de tal manera que la persona tiene un estímulo anormal a nivel de la circulación sanguínea, lo que ocasiona la disminución consiguiente del estímulo simpático y aumento del tono parasimpático, lo que produce bradicardia y vasodilatación periférica, hipotensión arterial e hipoperfusión cerebral del sistema activador reticular (con una PA medio < 70 mm Hg); el resultado es el episodio de síncope cardiogénico¹.

Para este proceso de enfermería se ha seleccionado una patología poco común, seleccionada durante la formación del servicio social en el Hospital General Tláhuac. Este proceso se realizó a una paciente femenina con diagnóstico de *Síncope Cardiogénico*, bajo el enfoque de la teoría de enfermería de Dorothea Orem, con el objetivo principal de hacer conciencia sobre la enfermedad y en el autocuidado de la paciente para mejorar el estilo de vida de la misma con calidad y calidez para responsabilizar a la paciente y a su familia sobre su entorno para su autocuidado de tal manera que se actuara, guiara y enseñare para lograr el objetivo planteado.

En el primer apartado de este trabajo se describen, los antecedentes del cuidado, así mismo la teoría y el metaparadigma de la teórica Dorothea Orem del déficit de autocuidado, en el segundo apartado del mismo describiré los antecedentes del proceso de atención a enfermería y cada una de las etapas así mismo su evolución a lo largo de los años hasta llegar a aplicarlo según la teoría del autocuidado; mientras que en el tercer apartado del trabajo presentaremos el caso clínico seleccionado síncope cardiogénico con la finalidad de establecer el seguimiento del proceso de enfermería que conlleva a establecer los niveles de atención que se evalúa a la paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Realizar un Proceso de Enfermería, basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para promover, fomentar, y apoyar el autocuidado que debe tener la paciente con respecto a su diagnóstico de síncope cardiogénico, con la finalidad de hacer conciencia, promover, orientar y dar a conocer el déficit de autocuidado que padece para mejorar su estado de salud.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Desarrollar una valoración inicial o focalizada que nos permita obtener información para crear un plan de cuidado en base a los datos clínicos obtenidos.
- ❖ Aplicar un instrumento de valoración que se adecue a la teoría de Dorothea Orem en donde se pueden identificar los problemas de salud que desarrollen alteraciones en su función cardiaca.
- ❖ Realizar diagnósticos enfermeros congruentes relacionados con el estado de salud alterado de la paciente según la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.
- ❖ Identificar los factores de riesgo y condicionantes básicos que pueden afectar o intervenir en el sujeto de estudio, así mismo que la persona identifique factores de riesgo relacionados con su enfermedad, y aprenda a distinguir signos y síntomas de la misma.
- ❖ Determinar la demanda y capacidad del autocuidado en una paciente femenina con diagnóstico de síncope cardiogénico, para mejorar su calidad de vida y desarrollo personal a corto, mediano, largo plazo.
- ❖ Plantear objetivos a corto, mediano y largo plazo para propiciar orientación sobre la atención del síncope cardiogénico.
- ❖ Desarrollar un plan de cuidados basado en la teoría de Dorothea Orem sobre la teoría del autocuidado para apoyar a fomentar el cuidado en nuestro paciente, y que este sea capaz de ejercer el autocuidado propio, para mejorar la calidad de vida.

3. JUSTIFICACIÓN

Un proceso de enfermería, es la base de apoyo del profesional de enfermería para identificar de manera individualizada y específica con el fin de proporcionar cuidados a una persona que en este caso se aplica con la Teoría de Dorothea Orem del déficit del autocuidado que permite determinar cuáles son los aspectos de apoyo en la vida de la paciente para lograr la mejoría en sus diagnósticos y tratamiento con el apoyo de un profesional de enfermería y su asesoría.

La comunicación e interacción que se ven y el acercamiento propicia la confianza para destacar problemas y sus posibles soluciones inmersas en este proceso enfermero, facilita la relación enfermera paciente y el acercamiento propicia la confianza para destacar problemas y sus posibles soluciones. Es por ello que se realiza este proceso de enfermería con una paciente que presenta un diagnóstico médico poco común y que requiere gran asesoría para obtener resultados favorables para la persona afectada y para la profesional que lo realiza ya que integra sus conocimientos y adquirirá nuevos hábitos que mejoren su proceso salud enfermedad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN OREM.

Existen múltiples definiciones de lo que es la enfermería, de acuerdo a las diferentes perspectivas, al comparar diversas evidencias bibliográficas y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 019, establece que “la enfermería es la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes ⁵”, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece lo siguiente. “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias, comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en fase terminal⁶”.

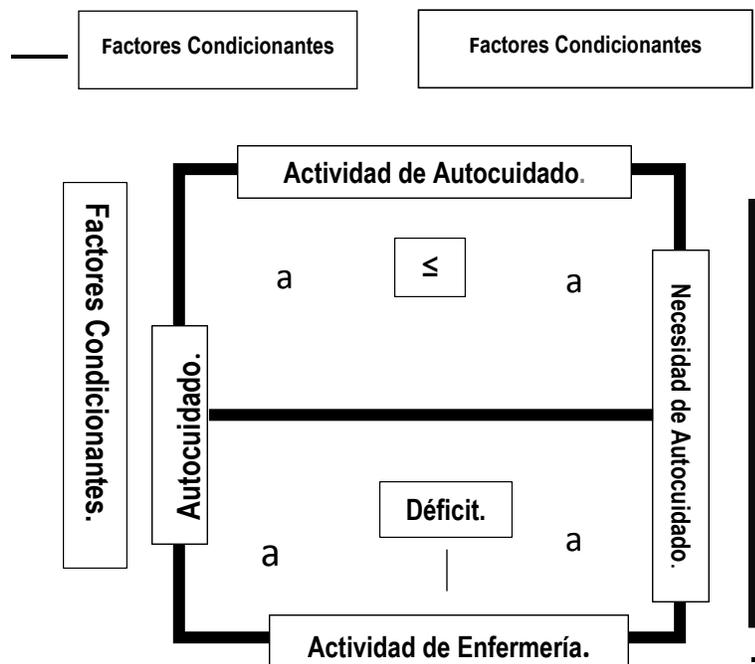
Para poder entender el término de conceptualización de enfermería de Orem, es necesario saber a qué se refiere este término, por lo que se puede decir que se refiere a la representación de una idea abstracta en un concepto⁷, El trabajo de conceptualización de enfermería por Dorothea Orem tuvo su inicio en el año de 1958, es así como considero a la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. En 1970 se formuló un concepto denominado sistema de enfermería a lo que Orem denominó un grupo de personas llamado A Y B; en donde A es el paciente legítimo donde se crea la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico por lo cual B (enfermería) establece un plan de cuidados.⁸

ENFERMERÍA		PERSONA	
Enfermera Legítima	Persona que tiene la capacidad de otorgarles el conocimiento sobre el cuidado que requieren por el término de agencia de enfermería.	Paciente legítimo	Son aquellas personas que necesitan de una enfermera para propiciar su cuidado debido a su estado de salud.
Agencia de Enfermería	Capacidad que tiene una enfermera para dar cuidados y fomentarlos para que el paciente sea capaz de valerse por sí mismo.	Autocuidado	Actividad aprendida mediante una orientación para mejorar su estado de salud o condición de vida.

El sistema de enfermería se refiere a las personas o acciones realizadas que actúan unidas como un todo, y los cambios en cualquiera de las entidades afectan al sistema, es decir son las acciones que realiza la enfermera con sus pacientes para mejorar el estado de salud.⁹

En conclusión y considerando en los cuatro aspectos que contextualiza Dorothea Orem a la enfermería nos apoyaremos en el esquema de la parte inferior. La conceptualización de enfermería está enfocada en dos aspectos para el paciente y dos para la enfermera que anteriormente plasmamos, para explicar esto nos apoyaremos en el esquema de la parte inferior donde se muestran distintos recuadros. Alrededor del cuadro central se localizan los factores condicionante a lo que se le conoce como se desencadena la enfermedad en el paciente, el paciente se encuentra en el centro del cuadro principal, donde ya hay un déficit de salud que la enfermera a capacitar con su ayuda mediante diversas actividades, con la finalidad de mejorar la salud mediante el autocuidado, por medio de dinámicas que mejoren su salud y conocimiento sobre los cuidados y mejoras en la salud que debe mejorar para su bienestar de acuerdo a las necesidades que requiera cada individuo.

9



1.1 Conceptualización de Enfermería.

4.2 ANTECEDENTES DEL CUIDADO

La historia de los cuidados se remota desde la aparición del hombre, con la necesidad de preservar la vida; el cuidado se ha visto evolucionando desde entonces por sus culturas, tradiciones, política, país y por la religión a través del tiempo, así mismo de acuerdo a las necesidades de salud, biológicas, químicas y de entorno en el que se desenvuelve y rodea a el ser humano desde la antigüedad¹⁰. El cuidado en la historia de enfermería consta de 4 etapas históricas que son doméstica, vocacional, técnica y profesional que se explican a continuación con la obra de promover la vida de Colliere de acuerdo a la evolución del mismo¹¹.

- a) **Etapa Doméstica**: Comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano, durante la civilizaciones era la mujer la única que se encargaba de las labores domésticas es decir, de los deberes de la casa y cuidado de la familia el cual se desarrolla el cuidado, utilizando elementos que le ayuden a sanar y proteger a quienes la rodean con recursos de sus alrededores. Posteriormente y al ir realizando el juego de roles los chamanes, o sacerdotes para promover la salud y la vida en esta época se hacían rituales de sanación para poder llevar acabo el cuidado.

- b) **Etapa de Vocación**: Se desarrolla a inicios de la edad media hasta el siglo XVIII en esta etapa tiene mayor influencia el cristianismo, el cual expresaba el estado de salud y de enfermedad debido a sus creencias y amor a dios, el cuidado estaba a cargo de mujeres y sacerdotes. La práctica para proporcionar cuidados “la enfermería “como más adelante se conoció no necesitaba ninguna preparación, únicamente mujeres que tuvieran la vocación, religiosidad y obediencia se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la edad moderna de la historia universal¹².

- c) **Etapa Técnica**: Comienza en el siglo XIX y XX esta se relaciona con el concepto de la salud como la lucha de la enfermedad, en esta etapa ya se tiene mayor conocimiento sobre la medicina y enfermedad así mismo de la misma enfermería, se comienza a exigir cada vez más preparación a las enfermeras, en técnicas curativas y menos preparaciones el enfermero

como persona, es entonces cuando la actividad de la enfermera se basa en atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales.

En esta época es cuando la pionera de la enfermería aparece mejor conocida como la dama de la lámpara; su pensamiento era que la función de -enfermería era poner a su paciente en las condiciones adecuadas para que este mejorara, así mismo estableció que la enfermería es una vocación¹³. Es cuando crea su propia escuela de enfermería creando 3 enfermeras distintas como son las enfermeras hospitalarias, las enfermeras de distrito (que se dedican a brindar cuidados en el hogar) y las enfermeras docentes¹⁰.

- d) **Etapa Profesional:** En el año de 1950 es cuando se considera a la enfermería como una profesión, atienden de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de salud individual y colectiva así mismo especializada y específicamente en consecuencia las enfermeras han tenido que estar renovando constantemente sus conocimientos, surge la necesidad de independizarse de otras dependencias médicas para crear su propio juicio clínico y entender los patrones de salud o necesidades afectadas del ser humano¹² Comienza a ver trabajo científico, doctrinas, especialización e investigación de enfermería dando lugar a que la práctica de enfermería tome el lugar de una profesión de enfermería a nivel universitario y así reconocido a nivel legal, profesión y social como una licenciatura.

4.3 FORMACIÓN DE ENFERMERAS CARDIOVASCULARES Y SUS CUIDADOS

La formación de las enfermeras cardiovasculares, tiene sus inicios en el Instituto Nacional de Cardiología desde el 17 de Abril de 1944. El fundador de este fue el Dr. Ignacio Chávez, quien tenía la visión de que los profesionales de salud que trabajaran en el estuvieran y dispuestos a ser capacitados, con la finalidad de especializarse en el estudio, diagnóstico, y tratamiento de enfermedades cardiovasculares¹⁴.

El doctor Chávez junto a la supervisora y jefe de Enfermeras, Sor María Guadalupe Cerisola Salcido, decidieron capacitar al personal de enfermería técnico, que se encontraba laborando en el instituto, las clases se impartían de aproximadamente 2 horas, esta preparación era diaria. Por otra parte del instituto había enfermeras religiosas denominadas de la Congregación de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, las cuales participaron en la creación de este Instituto, con lo cual se logró consolidar la profesión de enfermería en diferentes áreas institucionales, resaltando la disciplina¹⁵.

El 18 de abril de 1945, la escuela inició la formación, con un programa curricular basado en la filosofía, políticas y normas institucionales, teniendo como objetivo formar enfermeras de excelencia académica y calidad humana; en 1947 se logra la incorporación de la Escuela a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En 1966 se implementa el Curso de Especialización en Enfermería Cardiológica, con duración de un año, para enfermeras mexicanas y extranjeras; con el objetivo de formar enfermeras altamente capacitadas, para brindar atención integral a los pacientes con problemas cardiovasculares, inaugurándose el 12 de abril de 1966¹⁶.

En 1995, la Lic. Enf. Ángela Esperanza Soria Talamantes, directora técnica de la Escuela, gestiona la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia ante la UNAM, a través de la Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios, obteniéndose como resultado, la primera generación de Licenciadas en Enfermería, el 8 de noviembre del año 2000²⁴. En 1997, el Pos técnico de Enfermería Cardiológica, se reestructura como Especialidad en Enfermería Cardiovascular con incorporación a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM) ¹⁴.

4.4 METAPARADIGMA ENFERMERO DE DOROTHEA OREM.

La palabra paradigma se refiere a un ejemplo para realizar las cosas, como teorías, técnicas, normas entre otras, denominado como un modelo. Según Kuhn establece que “los paradigmas son una disciplina científica que preparan a una persona, sociedad o comunidad, con el objetivo de orientarla para la realización efectiva de un objetivo en particular; basándose en algo que ya está sustentado y justificado”¹⁷.

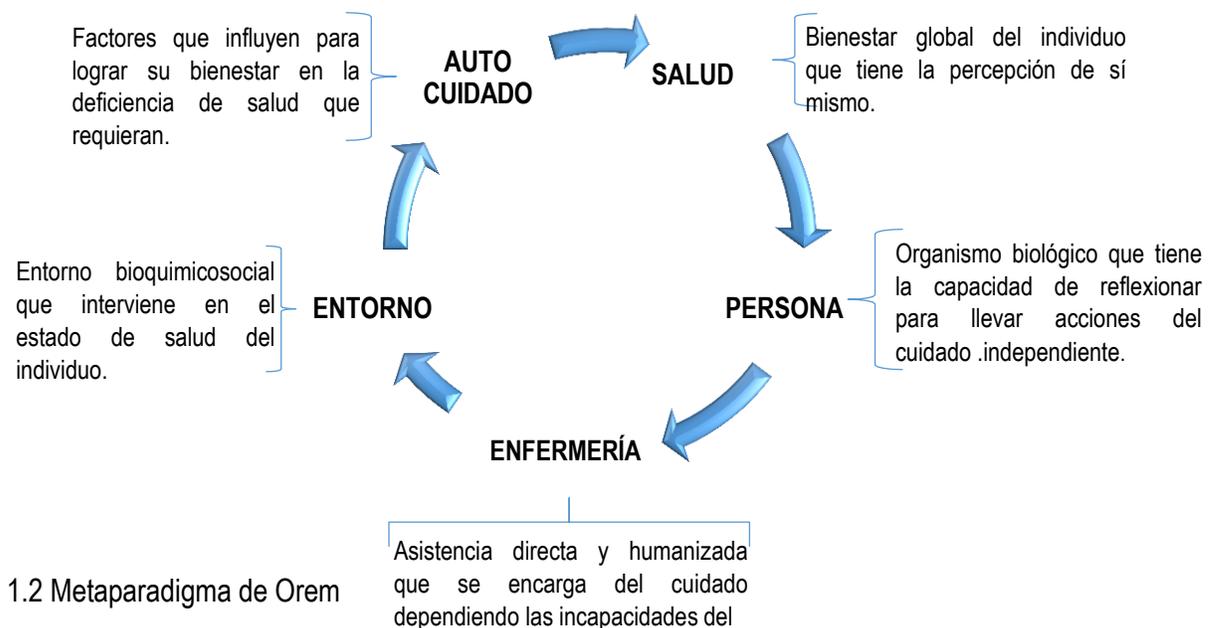
En 1990 el autor Guba establece que los paradigmas pueden describirse de acuerdo a la naturaleza del modelo que se pretenda realizar; se tomara en cuenta lo que ya se sabe del tema como la parte oncológica, por otra parte también toma la parte epistemológica, lo que se conoce del tema y por último señala que también es importante la parte metodológica, es decir la búsqueda que se pretenda realizar para conocer más del tema¹⁸. Esta última definición tiene relación con la que se encuentra en el libro fundamentos de enfermería, el autor Kozier que hace referencia a que el paradigma es un conjunto de realidades y suposiciones basados en la realidad de la existencia⁷.

Podemos concluir que el paradigma en enfermería es la base del objeto de estudio de la enfermedad, la visión que tiene cada persona, hacia el mundo en este caso a la enfermedad, para poder proporcionar los cuidados de enfermería específicos con la finalidad de mejorar la salud de la persona. Partiendo del trabajo de Kuhn y de Guba se describen 4 tipos de paradigma que explican la investigación científica; los paradigmas son re categorizados por Suzanne Kérouac en los siguientes paradigmas¹⁹.

- **Paradigma de la Categorización:** Tiene sus orígenes en el siglo XII con la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios; su principal representante fue Florence Nightingale, debido a la participación en la guerra de Crimea, donde ella se da cuenta que los cuidados de enfermería requieren de mejorar el entorno de la persona como la observación, experiencia, estadísticas, administración higiene y nutrición⁷. Se establece que el cuidado necesita de una formación formal para aprenderla, así nace la primera escuela de enfermeras¹⁹.
- **Paradigma de la Integración:** Entre 1950 y 1975 después de la Segunda Guerra Mundial se crea la necesidad de crear un sistema de seguridad social, donde se orienta que el cuidado va dirigido a mantener la salud, se crean medios de comunicación para fomentar el cuidado, de igual manera comienzan las teorías de enfermería como la de Maslow²⁰. El cuidado de Enfermería se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones como culturales, sociales, psicológica para actuar con la persona para responder sus necesidades debido a ello se determina que la salud y la enfermedad son contextos diferentes y no intervienen entre sí.

- **Paradigma de Transformación:** Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina, metaparadigma es un conjunto de conceptos globales centrados en las actividades de cuidado fomentados en el siglo xx; el termino emana de dos palabras griega que significan ≈con≈, y paradigma que significa ≈patrón o modelo” El meta paradigma cambiara y se ira modificando dependiendo de la experiencia profesional y científica de cada teórica; ²¹ el meta paradigma consta de 4 palabras claves que son:

- ❖ **Paciente:** Receptor de los cuidados ya se un individuo o por grupos.
- ❖ **Entorno:** Causas internas y externas que afectan el estado de salud del paciente.
- ❖ **Salud:** El grado de bienestar de una persona.
- ❖ **Enfermería:** Actividades y orientación que la enfermera realiza para mejorar el estado de salud del paciente.



1.2 Metaparadigma de Orem

4.5 BIOGRAFÍA

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007)



Nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C.

A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSN.

Durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital⁷.

Permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana durante 8 años, donde buscó mejorar la calidad de enfermería.

En 1969 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*.

Publicó el libro *Nursing: concepts of practice* durante el año de 1971 de igual manera edita su primer libro con el propósito de dar a conocer sus teorías. John Hopkins Hospital utiliza por primera vez en 1973 su teoría para orientar a las nuevas generaciones de enfermeras tituladas.

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Decidió dar fin a su Carrera profesional en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias²².

Recibió el premio Alumni Asociación Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos²².

4.6 TEORÍAS DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM

La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958²³. Que fueron inspiradas por diferentes teóricas de la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers la cual define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Los requisitos de autocuidado están relacionados con las teorías de autocuidado debido a que con cada patrón afectado y de acuerdo con la ayuda y apoyo de enfermería que requiera la persona se dividen en los diferentes grupos de autocuidado. Es necesario comprender el concepto principal en el que la teoría de Orem se basa, el concepto principal el autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades²⁴.

4.6.1 TEORÍA DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem lo define al autocuidado como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, con el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar²¹.

Existen factores y condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida,

estado de salud (físico y psicológico). Para lograr el propósito de mantener un bienestar global, todos los seres humanos tienen requisitos básicos y comunes que son:

• **Requisito de Autocuidado Universal:** Estos son parte vital en el cuerpo, apoyan en el desarrollo y maduración cuando se proporcionan de manera efectiva, se clasifican en⁸:

1. Mantenimiento del aire, agua y alimentos suficientes.
2. Provisión de cuidados asociados para la eliminación urinaria e intestinal.
3. Equilibrio entre la actividad y el reposo.
4. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
5. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
6. Ser normal.

• **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo:** Son expresiones especializadas en los procesos de desarrollo del ser humano, existen dos tipos de autocuidado en este requisito que son:

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos del mismo desarrollo.
2. Provisión de los cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar el desarrollo humano⁷.

- Deprivación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Fracaso de una individualización saludable.
- Pérdida de familiar, amigos etc.
- Pérdida de posesiones.
- Cambios de residencia.
- Alteración en el estado de salud.
- Condiciones como; enfermedad terminal, muerte etc.

- Buscar y asegurar asistencia médica.

• **Requisitos de Autocuidado de Desviación a la Salud:** Son alteraciones de salud o enfermedad que crean otro tipo de demanda, como su nombre lo dice son muy comunes en personas con algún tipo de patología o están sufriendo algún tipo de accidente, para los que existe un diagnóstico y se inicia tratamiento médico WDE2.²⁵ Se puede decir que este requisito conduce a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándose el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria.²⁶

- Mantener conciencia sobre el estado de salud y enfermedad
- Llevar a cabo las medidas prescritas.
- Mantenerse atento a los efectos iatrogénicos.
- Aceptar el estado de salud enfermedad y así mismo los cuidados.
- Aprender a vivir con la enfermedad y con el tratamiento.

4.6.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem la considera como el núcleo central del modelo, en ella se imparte la relación que existe con el “requisito o necesidad” y la “agencia”. El término “déficit de autocuidado” se refiere a la relación entre agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico²⁷.

Es así como denomina “agencia” a la capacidad que tiene una persona de realizar cosas y/o acciones, a esto se le conoce como autocuidado, cuando una persona tiene algún tipo de limitación para realizar sus actividades se refiere a un “déficit de autocuidado”. De esto dependen los

siguientes conceptos escritos por Orem de acuerdo a las necesidades del paciente y el actuar de enfermería.

- a) **Agente de Autocuidado**: Es la propia persona, ya que el cuidado es independiente y propio de acuerdo a las necesidades.

- b) **Agente de Cuidado Dependiente**: Persona madura que reconoce los requisitos de autocuidado a los que no es capaz de responder.

- c) **Agencia de Autocuidado**: Este es de forma deliberada, se refiere al acto de conocer y realizar actividades para el cuidado de la salud.

- d) **Agente de Autocuidado Terapéutico**: Cuando entra en contacto una persona con conocimientos específicos del área de la salud, por que la persona no puede, no puede cuidarse por sí solo¹⁸.

La acción o agencia de enfermería únicamente tendrá lugar y validez cuando la demanda de cuidado del individuo exceda sus habilidades, capacidades, conocimientos, y esta puede intervenir cuando el paciente reconoce que necesita ayuda para cumplir con alguno de sus requerimientos, esta acción está ligada a la tercera teoría de Orem. La teórica considera la demanda de autocuidado terapéutico como el conjunto de acciones de autocuidado para satisfacer los requerimientos de autocuidado conocidos⁹.

4.6.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Esta teoría se divide en tres subtemas, posteriormente se explicaran cada uno de ellos. Estos pueden ser utilizados de acuerdo a la evolución del paciente, teniendo siempre presente la capacidad de las personas para mantener su estado de autocuidado⁹.

Apoyo Educativo	Parcialmente Compensatorio	Totalmente Compensatorio
Realiza el autocuidado.	Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.	Realizar el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado.
Quien hace el cuidado, aprende cuidados básicos haciendo uso de sus recursos disponibles	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Capacita al personal de sus alrededores para aprender aspectos básicos del cuidado.
Dejar hacer al otro.	Hacer con el otro.	Hacer por el otro.

4.7 PROCESO ENFERMERO

4.7.1 CONCEPTO

El proceso de enfermería es un proceso sistematizado, estandarizado e individualizado para obtener información del individuo, familia y comunidad, con el fin de identificar, planear, ejecutar cuidados de enfermería²⁸. El proceso enfermero valora las necesidades de la persona de manera integral para poder desarrollar actividades, competencias, e intervenciones de acuerdo al estado de alteración o bienestar de la persona; este se fundamenta en la práctica profesional de enfermería, de una manera organizada y por etapas que permita desarrollar un plan de cuidados para mejorar el estado de salud del paciente²⁹.

Según Rosalinda Alfaro “el proceso de atención a enfermería es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que las personas reciban el mejor cuidado de enfermería posible”²⁸. El proceso enfermero consta de 5 etapas consecutivas que ayudan a proporcionar información para realizar un plan de cuidados que se adecue a las necesidades de salud alteradas en la persona.

4.7.2 OBJETIVO

- ❖ Administrar cuidados de enfermería individualizados, organizados de acuerdo con el enfoque de una teórica de enfermería, para una persona, familia o comunidad que necesiten orientación, apoyo y enseñanza sobre el cuidado de su salud, para responder ante una alteración real o potencial de la misma.

4.7.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

4.7.3.1 Valoración:

Primera etapa del proceso de enfermería en esta se pretende identificar datos significativos con relación al estado de salud de la persona, en esta también pueden participar los familiares³⁰ existen diferentes tipos de valoración son:

- ❖ **Valoración Básica o Inicial:** Es la obtención directa de datos al paciente mediante un instrumento de valoración, aquí obtenemos datos subjetivos es decir, datos que refiere el paciente como síntomas, ocupación, actividades que realiza, etc.

- ❖ **Valoración Continua o Focalizada:** Son preguntas relevantes, que tienen la finalidad de dar a conocer datos heredofamiliares, personales, antecedentes quirúrgicos que permitan conocer más a fondo la enfermedad y estado de salud del paciente.

- ❖ **Valoración Física:** Puede ser céfalo-caudal o por aparatos y sistemas que pueden ayudar a identificar las alteraciones de salud del individuo que se localizan por percusión, palpación, persecución y auscultación. A través de ella obtenemos datos objetivos que son perceptibles por el personal de enfermería que pueden observar y son cuantificar.

4.7.3.2 Diagnóstico:

Segunda etapa del proceso de enfermería, en ella se analiza la información obtenida en el instrumento de valoración, se analiza para emitir un juicio clínico y pensamiento crítico sobre el estado de salud del paciente, de acuerdo a sus necesidades potenciales, reales, bienestar y de riesgo que alteren el estado de salud o enfermedad en el paciente; y así crear un diagnóstico enfermero³¹. En 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).³²

El Diagnóstico enfermero proporciona una base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son la responsabilidad de la enfermera. El diagnóstico enfermero actúa de manera directa entre la enfermera y el paciente, ya que permite evaluar la condición integral del paciente, trata el problema y enfatiza la prevención el riesgo; los diagnósticos se dividen en: ²⁹

- **Diagnóstico Real:** Se trata del padecimiento, o malestar que surge en la persona o paciente; se compone de 4 aspectos enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. Se forma mediante el formato PES:

Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico²⁸.

Ejemplo: Dolor crónico *relacionado con* su proceso degenerativo muscular *manifestado por* alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

- **Diagnóstico de Riesgo o potencial:** Es el juicio clínico que la enfermera determina para la vulnerabilidad que persona tiene. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Riesgo de déficit nutricional *relacionado con* ingesta de alimentos con bajo aporte nutricional.

- **Diagnóstico de Bienestar:** Es el juicio clínico de la enfermera; sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar, el enunciado de estos consta de una única parte que es un problema de salud (etiqueta). La etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.

Ejemplo: Conocimientos sobre la enfermedad, y tratamiento manifestado por disposición para el aprendizaje en su proceso de salud-enfermedad.

- **Diagnóstico Posible:** Se conocen como problemas de salud sospechoso, que se necesitan confirmar. El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología

Etiqueta diagnóstica, descripción concreta del problema, precedida por el término "Posible":

Ejemplo: Posible alteración del rol parental.

Etiología, se reflejan los datos que llevan a la enfermera a sospechar la existencia del diagnóstico.

4.7.3.3 Planeación:

Tercera etapa del proceso enfermero, en ella el personal de enfermería planea las actividades, conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería, es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo²⁷. Pheneful define esta etapa como "el establecimiento de un plan de acción para promover las etapas de realización y de acciones que se llevan a cabo para crear un beneficio en la persona"²⁸.

Cuando existen más de una necesidad o patrón alterado es importante priorizar cual problema influye más en el paciente, dependiendo del nivel de gravedad se tomará el diagnóstico principal para desarrollar el plan de cuidados, enfocándose en el mismo de acuerdo a los siguientes puntos³³.

- Protección de la vida.
- Prevención y alivio de sufrimiento.

- Prevención y correcciones de las disfunciones.
- Búsqueda de bienestar.
- Protección de la vida.
- Prevención y alivio de sufrimiento.
- Prevención y correcciones de las disfunciones.
- Búsqueda de bienestar.

Se puede decir que de acuerdo con la planeación realizada las actividades de enfermería pueden dividirse en:

- ❖ **Actividades autónomas o interdependientes.** Es decir actividades y procedimientos que la enfermera puede realizar por conocimiento propio y que no se necesita autorizar por otra rama de la medicina.
- ❖ **Intervenciones interdependientes:** Son actividades que el personal de enfermería que se realizan principalmente por orden médico o supervisión del mismo.
- ❖ **Actividades de colaboración o interdependientes:** Aquellas en el que el personal de enfermería necesita de otras áreas del mismo equipo de colaboración hospitalaria³⁴.

Durante la planeación, la enfermera debe de plantearse objetivos en las tres esferas del tiempo, corto, mediano y largo plazo, para obtener más beneficios en el estado de salud de la persona.

- **Corto Plazo:** Resultados de nuestra planeación de manera favorable que se pueden observar en horas o días.
- **Mediano Plazo:** Logros o mejorías en el estado de salud de la persona.
- **Largo Plazo:** Logros progresivos de efectos de corto plazo.

4.7.3.4 Ejecución:

Cuarta etapa del proceso, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. Se realiza el plan de cuidados creados en la planeación, son todas aquellas intervenciones que el personal de enfermería realiza para mejorar la condición de salud de las personas²⁹.

4.7.3.5 Evaluación:

Se considera la última etapa del proceso; es la evaluación final que realiza la enfermera en turno, de acuerdo a las intervenciones que se realicen a las personas sana o enferma durante el plan de cuidados, en esta etapa el personal de enfermería puede evaluar el proceso del paciente, es decir es la comparación del inicio del proceso con el final del mismo.²⁹

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

5.1 VALORACIÓN



NIVERSIDAD NACIONAL AUTNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRIIA
(L.E.O)



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: <u>PH María Luisa</u>	SEXO: <u>Mujer</u>	RELIGION: <u>Católica.</u>	F. DE NAC. <u>30 /Nov /</u>
<u>1967</u>	EDO. CIVIL: <u>Casada</u>	EDAD: <u>52 años</u>	OCUPACION: <u>Hogar</u>
ESCOLARIDAD: <u>Secundaria</u>	LUGAR DE ORIGEN: <u>Puebla</u>	LUGAR DE RESIDENCIA: <u>Ciudad de México</u>	
DOMICILIO: <u>no autoriza</u>	TEL. <u>No autoriza,</u>	SERVICIO: <u>Medicina Interna</u>	

I. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO

ESTRUCTURA FAMILIA

FAMILIARIDAD	EDAD	ESCOLARIDAD	APOYO
Padre	84 años	Primaria	Moral
Madre	79 años	Secundaria	Moral.
Esposo	61 años	Nivel Técnico	Económico y Moral
Hija	16 años	Preparatoria	Moral

Enfermedades Familiares Cercanos: La paciente refiere tener antecedentes heredofamiliares, en los cuales menciona tener abuela materna finada con diabetes tipo II desde el nacimiento e hipertensión, hipertensión en madre, padre finado con cáncer de páncreas y glaucoma.

Paciente consiente, orientada, en sus tres esferas, cráneo normo céfalo, cara simétrica, con resequedad ocular, ojos simétricos con buena respuesta pupilar, pupilas isocoras, escleras blancas, saco lagrimal no palpable, nariz simétrica sin alteraciones ni malformaciones, buena hidratación de cornetes, mucosa oral deshidratada, piezas dentales completas con buena higiene bucal, conductos auditivos, limpios, cuello simétrico sin anomalías, glándula tiroides no palpable, ruidos cardiacos disminuidos en intensidad y ritmo 54 pulsaciones por min, dolor precordial.

II. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

La paciente consta de un mecanismo respiratorio independiente, la cual refiere ser fumador pasivo por parte de su esposo, el cual fuma 7 cigarrillos al día, desde hace 6 años. Refiere tener problemas de respiratorios después de presentar el síncope, menciona calmarse y respirar profundo para controlarlo.

Presenta tórax normo lineo con buenos movimientos torácicos, mamas simétricas, pezón bien formado, buenos movimientos de amplexión y amplexación, ruidos cardiacos disminuidos 16 x min, 18 respiraciones por min, no hay presencia de soplos sin fenómenos agregados.

Habita en casa propia de materiales perdurables de concreto, sementó y tabique, el cual consta de 4 recamaras, con 9 ventanas, en el cual habitan 4 personas con 2 perros, 8 pájaros, y 6 peces.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

Refiere buen aporte de líquidos, de agua purificada y embotellada ½ Lt aproximadamente por día, sus líquidos preferidos son el café negro y el refresco preferentemente coca cola, refiere tener buena alimentación de acuerdo a sus conocimientos y necesidades

3. Alimentación y nutrición

Teniendo el siguiente horario de alimenticios.

Desayuno	Comida	Cena
10:00Hrs	18:00Hrs	22:30Hrs
Café.	Carne o pollo, o algo capeado con huevo,	Café
Pan.	Sopa de pasta o arroz.	Pan
	frijoles	
	Coca-cola	

Los alimentos preferidos de la paciente es el durazno, naces, cacahuates y mariscos, refiere que sus alimentos desagradables son el atole de vainilla, jocoque y mixiotes, no refiere alergias a alimentos ni medicamentos ni intolerancia, menciona consumir alimentos de bajo contenido nutritivo 2 días a la semana, menciona ella preparar los alimentos, y balancear la comida de acuerdo a las necesidades de su familia.

Consumo del grupo de alimentos por semana

Proteínas (carne, leche, huevo, quesos, otros):	<ul style="list-style-type: none"> • Carne 3 de 7, • Leche 3 de 7, • Huevo 1 de 7, • Queso 4 de 7, • Pescado 1 de 30 • Crema 7 de 7 • Mariscos 1 de 30
---	---

Vitaminas (frutas y verduras)	<ul style="list-style-type: none"> • Fruta 1 de 7 • verdura 4 de 7
Carbohidratos (Pan, tortillas, azucares, harinas, otros):	<ul style="list-style-type: none"> • Pan 7 de 7, • tortillas 7 de 7, • azucares 7 de 7 • harinas 7 de 7

4.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN.

La señora María Luisa comenta tener control de su aparato urinario, también señala las características de la orina menciona que son inoloras, de color amarillo fuerte, depura 5 veces al día con 500 ml por micción, no hay dolor al miccionar, su actividad intestinal es controlada una vez al día, de características duras y muy fétidas, presenta constante estreñimiento por el cual toma laxantes constantes y yogurt de ciruela pasa.

Abdomen depresible a la palpación con ruidos peristálticos presentes no doloroso, genitales íntegros de acuerdo a sexo y edad, miembros inferiores edema, llenado capilar 3 segundos.

Primera menarca a los 12 años niega enfermedades de transmisión sexual inicia vida sexual activa a los 19 años de edad, con un número de 3 parejas sexuales actualmente con vida sexual activa, Papanicolaou, colposcopia y mamografía, hace 1 año, sin alteraciones A. 0, G.1, P.1, C.0 fecha de ultima menstruación 12 de junio de 2018, refiere cirugía por miomatosis uterina hace 11 años.

Manifiesta que se tiene cambio de ropa externa cada tercer día, y de ropa interior diario, al mismo tiempo que su higiene bucal consta de dos cepillados uno por la mañana y otro por la noche, el lavado de manos es cuando come y al ir al sanitario, se realiza manicure cada 8 días y su transpiración es incolora e inolora.

Se realiza estudio general de orina y se verifica el ultimo papanicolau realizado donde se encuentran los siguientes datos relevantes.

CODIGO	FACTOR	VALOR	UNIDADES	RANGO
EGO	Glucosa	negativo	m/dl	70-100 mg/dl
EGO	Densidad	1.030		1.005-1.031
EGO	PH	6.6		5.5-6.5
EGO	Proteínas	Negativo		
EGO	Leucos	0-1	m/dl	7.7
EGO	Eritrocitos	0-1		
EXUDADO VAGINAL	Tricomonas	Negativo	Bacterias	Negativas
EXUDADO VAGINAL	Levaduras	Negativo	Células epiteliales	Negativas

5.- PROCESOS DE ACTIVIDAD Y DESCANSO.

La señora María Luisa comienza sus actividades diarias a las 7 am, tiende la cama, realiza labores de limpieza doméstica, desayuna, se baña, se va con sus amigas, lleva la tanda, va al mercado, regresa hace de comer, ve la televisión, come, ve la tele, se lava los dientes y se duerme de las 21 hrs. a la 7 am.

Las actividades que ella realiza son de manera Independiente y en algunos aspectos considera que si sabe realizar autocuidado. En caso de necesitar apoyo de autocuidado o de alguna actividad en caso necesario su esposo y su hija la apoyan a realizarlo.

No realiza ninguna actividad que le ayude a mejorar el estado su estado de salud, descansa al terminar sus actividades domésticas, tres horas aproximadamente, presenta un EVA de 6/10, sin

datos de ulcera por presión, buenos arcos de movilidad, le cuesta trabajo conciliar el sueño y por ello ve la televisión.

6.- PROCESOS DE INTERACCION SOCIAL.

Menciona que su relación interpersonal con la comunidad es buena, debido a que mucha gente la conoce ya que tiene muchos años viviendo en su colonia, prefiere convivir con sus amistades, aunque le gusta estar sola, con quien comparte los problemas y preocupaciones es con su hija ya que es muy desconfiada.

7.- PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA LA VIDA Y FACTORES DE BIENESTAR HUMANO.

Se siente capaz de enfrentar alguna situación de riesgo, ya que cuenta con todas las partes y sentidos de su cuerpo para enfrentarlos, habita en una casa propia de materiales perdurables, de cemento, concreto, y tabique, cuenta con todos los servicios de salud e higiénicos como agua, luz, internet, drenaje, pavimento, gas y luz, no cuenta con elementos en su hogar que le permitan tener inseguridad, es muy precavida para evitar riesgos en su hogar, cierra las puertas con llave, cierra las llaves del gas y agua antes de dormir y salir, siempre vigila su entorno en caso de ver algo raro llama a un personal capacitado, desconoce medidas universales en caso de desastres naturales. No necesita ayuda para realizar actividades de autocuidado ya que no tiene ninguna limitación.

8.- PROMOCION DE LA ACTIVIDAD HUMANA.

Las actividades humanas favorecen una condición de vida con el mejor bienestar posible, su familia, el bienestar de su familia, la paciente considera que su estabilidad económica afecta el poder seguir tratando sus problemas de salud, se apoya en que su religión favorecerá para mejorar su salud, no tiene un concepto sobre la vida, ya que manifiesta que vive día a día y que todo lo que ocurre en su vida es un reto.

III. REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO RELATIVOS AL DESARROLLO.

Etapa del ciclo vital en el que ocurrió el evento:

La situación de salud afectada es una condición congénita por lo cual el problema ha estado presente en toda su vida más sin embargo esta se desarrolla con el tiempo. Esta situación la desconocía como problema de salud hasta que se manifestó en su edad de adulta mayor cuando se encontraba realizando actividades del hogar y hasta la fecha.

Las condiciones que favorecen el desarrollo de este ciclo vital son el problema de circulación para proporcionar una adecuada oxigenación. Para mejorar su condición actual es necesario realizar actividad que favorezca su oxigenación

IV. REQUISITOS DE DESVIACION A LA SALUD.

a. Desviación actual (Inicio de la situación actual)

Paciente femenina de 52 años de edad, es ama de casa, recibe atención médica en el Hospital General Tláhuac de la secretaria de salud, por presentar un síncope, al ingresar al servicio presenta signos y síntomas de hipotensión arterial, glicemia capilar de 65 mg/dl T/A 90/50mmHg, bradicardias, dolor precordial Eva 8/10 FR 16 x min, y 45 latidos x min. Al recuperarse presenta taquicardia de 156 x min con dificultad respiratoria.

La paciente no ha recibido información médica, lo cual la tiene asustada, por ello se considera que debe de saber su padecimiento, para identificar las causas y el tratamiento que debe llevar para continuar con su vida, refiere beber mucha agua y tomarse los medicamentos para que la den de alta lo más pronto posible, ya que le preocupa dejar a su hija y animales solos, considera que necesita más apoyo médico para dar un diagnóstico certero sobre su estado de salud y refiere sentir no haber tenido avances.

b. Desviación de los estilos de vida.

- ✓ **Aire:** Dificultad respiratoria por síncope; El día de la entrevista la Sra. María Luisa, presenta tórax normo lineo con buenos movimientos torácicos, mamas simétricas, pezón bien formado, buenos movimientos de amplexión y ampliación, ruidos cardiacos disminuidos, 16 respiraciones por min, no hay presencia de soplos sin fenómenos agregados. Refirió en la consulta a su ingreso hospitalario ella había presentado los siguientes signos y síntomas: hipotensión (90/50mmHg), bradicardia y cambio brusco a taquicardia (oscilatoria entre 45 lat/min y posteriormente se valoró una FC de 156 lat /min.), dolor precordial intenso, EVA de 6/10, FR 30/min.

- ✓ **Alimentación:** Deficiente ya que no come de acuerdo al aporte alimenticio que necesita. Su consumo predominante son bebidas azucaradas y gaseosas así como, de alimentos sólidos consume en su mayoría carnes rojas 5/7, lácteos 7/7, pan 7/7, tortilla 7/7, harinas 7/, Azucares 7/7.

- ✓ **Eliminación:** Su eliminación urinaria es de cinco veces al día aproximadamente. Refiere tener dificultad para las evacuaciones, son escasas, duras y muy espaciadas, abusa de laxantes sin indicación médica.

- ✓ **Movilidad y marcha:** Riesgo de sufrir alguna lesión a consecuencia del síncope. La señora María Luisa comienza sus actividades diarias a las 7 am, tiende la cama, realiza labores de limpieza doméstica, desayuna, se baña, se va con sus amigas, lleva la tanda, va al mercado, regresa hace de comer, ve la televisión, come, ve la tele, se lava los dientes y se duerme de las 21 horas. a la 7 am. Las actividades que ella realiza son de manera Independiente y en algunos aspectos si sabe realizar autocuidado. En caso de necesitar apoyo de autocuidado o de alguna actividad en caso necesario su esposo y su hija la apoyan a realizarlo.

No realiza ninguna actividad que le ayude a mejorar el estado su estado de salud, descansa al terminar sus actividades domésticas, tres horas aproximadamente, presenta un EVA de 6/10, cuando realiza actividades de un esfuerzo como trapear, barrer, o lavar, cuando se agita sin datos de ulcera por presión, buenos arcos de movilidad, le cuesta trabajo conciliar el sueño y por ello ve la televisión.

- ✓ **Actividades y descanso:** No realiza ninguna actividad que le ayude a mejorar el estado su estado de salud, descansa al terminar sus actividades domésticas, tres horas aproximadamente, presenta un EVA de 6/10, sin datos de ulcera por presión, buenos arcos de movilidad, le cuesta trabajo conciliar el sueño y por ello ve la televisión.

- ✓ **Interacción Social:** Menciona que su relación interpersonal con la comunidad es buena, debido a que mucha gente la conoce ya que tiene muchos años viviendo en su colonia, prefiere convivir con sus amistades, aunque le gusta estar sola, con quien comparte los problemas y preocupaciones es con su hija ya que es muy reservada.

IV. EXPLORACION FISICA.

Peso: __57 KG__ Talla: __1.50 CM__ FC __52/m__ FR __16/m__ T/A __85/70mmHg__
Temp. __36.7°C

- ✓ **PREVENCION DE RIESGOS PARA LA VIDA Y FACTORES DE BIENESTAR HUMANO:**
Habita en una casa propia de materiales perdurables, de cemento, concreto, y tabique, cuenta con todos los servicios de salud e higiénicos como agua, luz, internet, drenaje, pavimento, gas y luz, no cuenta con elementos en su hogar que le permitan tener inseguridad. No necesita ayuda para realizar actividades de autocuidado ya que no tiene ninguna limitación.

- ✓ **PROMOCION DE LA ACTIVIDAD HUMANA:** Las actividades humanas favorecen una condición de vida con el mejor bienestar posible, su familia, el bienestar de su familia, la

paciente considera que su estabilidad económica afecta el poder seguir tratando sus problemas de salud, se apoya en que su religión favorecerá para mejorar su salud, no tiene un concepto sobre la vida, ya que manifiesta que vive día a día y que todo lo que ocurre en su vida es un reto.

Etapa del ciclo vital en el que ocurrió el evento:

La situación de salud afectada es una condición congénita por lo cual el problema ha estado presente en toda su vida más sin embargo esta se desarrolla con el tiempo. Esta situación la desconocía como problema de salud hasta que **se manifestó en su edad de adulta mayor** cuando se encontraba realizando actividades del hogar y hasta la fecha.

IV. REQUISITOS DE DESVIACION A LA SALUD.

c. Desviación actual (Inicio de la situación actual)

Paciente femenina de 52 años de edad, es ama de casa, recibe atención médica en el Hospital General Tláhuac de la secretaria de salud, por presentar un síncope, al ingresar al servicio presenta signos y síntomas de hipotensión arterial, glicemia capilar de 65 mg/dl T/A 90/50mmHg, bradicardias, dolor precordial Eva 6/10 FR 16 xmin, y 45 latidos x min. Al recuperarse presenta taquicardia de 156 x min con dificultad respiratoria y dolor precordial 7/10

La paciente no ha recibido información médica, lo cual la tiene asustada, por ello se considera que debe de saber su padecimiento, para identificar las causas y el tratamiento que debe llevar para continuar con su vida, refiere beber mucha agua y tomarse los medicamentos para que la den de alta lo más pronto posible, ya que le preocupa dejar a su hija y animales solos, considera que necesita más apoyo médico para dar un diagnóstico certero sobre su estado de salud y refiere sentir no haber tenido avances.

5.2 DIAGNÓSTICOS.

Se realizó el análisis de los datos de la historia clínica y de la entrevista realizado a la señora María Luisa donde se encontraron alterados los requisitos universales de alimentación, eliminación, interacción social, y autocuidado.

A continuación, se enlistan los diagnósticos identificados por el personal de enfermería, estructurados con el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) según su nivel de jerarquización.

- 1 Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la frecuencia cardíaca manifestada por diaforesis, bradicardia e hipotensión.
- 2 Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en los signos vitales manifestado por disnea, hipotensión, bradicardia y taquicardia.
- 3 Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con disminución de los pulsos manifestado por cambios en la presión arterial 86/70mmHg y FC de 52/min.
- 4 Riesgo de déficit nutricional relacionado con ingesta de alimentos con bajo aporte nutricional.
- 5 Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimenticios manifestado por disminución de los ruidos peristáltico, distensión abdominal.
- 6 Intolerancia a la actividad física relacionado con alteración cardiovascular manifestada por disnea, cianosis, taquicardia, bajo aporte de oxígeno.
- 7 Riesgo de caídas relacionado con imprevistos cardiogénicos.
- 8 Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, y tratamiento manifestado por disposición para el aprendizaje en su proceso de salud-enfermedad.

5.3. PLANEACIÓN.

Diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardíaca manifestado por diaforesis, bradicardia e hipotensión.

Objetivo: Orientar al paciente y a sus familiares sobre el mantener estabilidad en el gasto cardiaco y con ello evitar complicaciones y mayor daño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Monitorizar la tensión arterial en ambos brazos tres veces en Intervalos de 30 min. En los diferentes cambios de posición que realice el paciente, utilizar preferentemente Baumanómetro manual.</p>	<p>La comparación de las tensiones ofrece un cuadro más completo del grado de afectación vascular. La hipotensión grave, significa que el corazón, cerebro y algunos órganos del cuerpo no reciben el suficiente oxígeno por lo cual la tensión arterial oscila por debajo 90/60mgHm</p>
<p>Observar presencia y calidad de pulsos periféricos y centrales.</p>	<p>Se pueden observar, palpar pulsos carotídeos yugular, radial, femoral aumentados, por otra parte, los pulsos pediales y poplíteos se encuentran reducidos reflejando los efectos de la vasoconstricción (incremento de la resistencia vascular sistémica y congestión venosa).</p>
<p>Auscultar tonos cardíacos y ruidos respiratorios.</p>	<p>El tono cardíaco S4 se ve disminuido en pacientes con hipotensión debido a hipertrofia auricular, el desarrollo de este indica hipertrofia ventricular y alteración funcional. La presencia de crepitaciones y estertores puede indicar congestión pulmonar secundaria a insuficiencia renal en desarrollo o crónica</p>

Observar cambios en la coloración de la piel, hidratación, temperatura, y llenado capilar.	La presencia de palidez y piel fría o húmeda, así mismo el retraso del llenado capilar pueden estar relacionados con vasoconstricción o reflejar una descompensación Cardíaca o disminución del gasto.
Proporcionar un ambiente tranquilo, minimizar la actividad y ruido ambiental.	Ayuda a disminuir la estimulación simpática, ayuda a la relajación, evitando entrar a un nivel que afecte al sistema nervioso y evite estrés para evitar disminución del gasto cardíaco.
Mantener las restricciones de actividad de alto impacto, ayudar al paciente a realizar actividades de bajo impacto según las necesidades que requiera.	Reduce el estrés físico y la tensión que afectan a la presión arterial y evolución para una hipotensión.
Enseñar técnicas de relajación y de distracciones	Reducen los estímulos estresantes y ayudan a la relajación manteniendo una T/A estable.
Monitorizar la respuesta a la medición para controlar la T/A	La respuesta a la farmacoterapia consiste en varios fármacos (diuréticos, inhibidores de la enzima antagonistas de la ECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina, relajante de músculo liso, y bloqueadores alfa, beta y canales de calcio) depende tanto de factores individuales como de los efectos sinérgicos de los fármacos. Debido a los factores secundarios a las interacciones de los fármacos o a la motivación del paciente para tomar medicación hipotensora.

EJECUCIÓN: Con ayuda de un familiar se le indica y enseña donde localizar los pulsos del cuerpo, así mismo mediante constante práctica, aprenderán a tomar la tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, nos apoyaremos con el anexo 7.2 y 7.3 con la finalidad de poder identificar los cambios de la misma, con la actividad y reposo, se le hace mención de los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo humano al presentar estrés y una actividad física de alto impacto.

Diagnóstico: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en los signos vitales manifestado por disnea, hipotensión, bradicardia y taquicardia.

Objetivo: Favorecer a través del reposo relativo y otros cuidados la perfusión tisular del organismo para evitar daño a corazón y resto de función circulatoria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Oxigenoterapia por puntas nasales al 3%	Fomentar la entrada de oxígeno al cuerpo para favorecer la circulación sanguínea y la oxigenación, para órganos Diana.
Evaluar la frecuencia y profundidad respiratoria. Observar el uso de músculos accesorios, respiración con labios fruncidos, e irritabilidad al hablar.	Es útil para evaluar el grado de insuficiencia respiratoria y la cronicidad del proceso patológico.
Fomentar la Hidratación	Al tener buen aporte de líquidos la función cardiaca se estabiliza, requiere vigilar el balance hídrico con el que pueda atenderse alguna descompensación en el gasto cardiaco.

<p>Orientar sobre actividad de bajo impacto</p>	<p>Con ello se pretende producir un proceso de oxidación en los músculos del cuerpo para incrementar el aporte de oxígeno y así favorecer la circulación sanguínea.</p>
<p>Inspeccionar la piel en busca de presencia de cianosis</p>	<p>La presencia de palidez es iniciativa de la disminución de la perfusión periférica, secundaria a un gasto cardíaco inadecuado, vasoconstricción y anemia. En la HF resistentes al tratamiento se puede producir cianosis las regiones declive pueden presentar un color azul o morado a medida que aumenta o disminuye la congestión venosa.</p>

EJECUCIÓN: Mediante la jarra del buen beber se ubicada en el anexo .7.5 orienta el tipo de líquidos que favorecen su hidratación para ayudar en el funcionamiento de la circulación, así mismo se le orienta de qué manera puede ingerirlos, sin ningún inconveniente, mediante carteles con ejercicios ergonómicos localizados en el anexo 7.8 se le dará una explicación sobre actividades de bajo impacto que puede realizar con el fin de evitar la estancación del retorno venoso, y así poder oxigenar el cuerpo, para mantener un ritmo cardiaco y presión arterial estable.

Diagnóstico. Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con disminución de los pulsos manifestados por cambios en la presión arterial 85/70mmHg, FC de 45/min disminución de los pulsos, alteración en el ritmo y gasto cardiaco.

Objetivo: Orientar en acciones el aporte de oxígeno vigilando y manteniendo una frecuencia cardiaca estable para mejorar la circulación a nivel corporal.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Comprobar la presencia de dolor a la palpación en pantorrillas, disminución de los pulsos pedios, tumefacción enrojecimiento local o palidez de extremidades.	La disminución del gasto cardiaco, la estasis y reposo constante en cama aumenta el riesgo de tromboflebitis.
Masaje circulatorio.	Ayudar a favorecer el retorno venoso, evitando que la circulación se quede estancada en alguna zona del cuerpo principalmente en los miembros podálicos también denominados miembros inferiores.
Vendaje compresivo en miembros pélvicos.	Favorecer el retorno venoso para oxigenar al cuerpo.

<p>Monitorización sobre la diuresis, observando la cantidad y concentración.</p>	<p>El riñón responde a una disminución del gasto cardíaco reteniendo agua y sodio. La diuresis suele disminuir durante el día ya que el líquido se traslada a los tejidos, pero puede aumentar en la noche al volver a la circulación cuando el paciente se encuentra en estado de reposo.</p>
<p>Elevar las piernas con ángulo de 45°; evitar la presión debajo de las rodillas, estimular los ejercicios activos, pasivos (punta talón) poco a poco incrementar la actividad física dependiendo de la evolución del paciente.</p>	<p>Disminución de la estasis venosa y puede reducir la incidencia de formación de trombos y émbolos.</p>

EJECUCIÓN: Se tuvo oportunidad de orientar a la Sra. María Luisa y explicarle como puede valorarse signos vitales, los valores y conceptos como lo muestra el anexo 7.4, con el fin de que ella misma y empezar a detectar alteraciones que le requieren periodo de descanso. De igual manera se hizo demostración de cómo realizar el masaje circulatorio y el vendaje compresivo, para favorecer su circulación en donde su familiar estuvo observando cómo realizarlo.

Diagnóstico: Riesgo de déficit nutricional relacionado con ingesta de alimentos con bajo aporte nutricional.

Objetivo: Brindar información sobre temas del buen comer y beber que ayuden a disminuir la desnutrición y una posible complicación gastrointestinal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Orientación sobre los hábitos alimenticios.	Que el paciente conozca los beneficios sobre una buena alimentación, de igual manera que conozca los riesgos, de un ayuno prolongado relacionado con la baja de la presión arterial.
Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente	Crear un plan alimenticio de acuerdo a los alimentos de su agrado con la finalidad de motivar al paciente a comer en un horario correcto.
Crear un ambiente agradable durante la comida.	Mediante un ambiente tranquilo y motivándolo mediante diferentes actividades (platicar, música, observando el televisor) y al colocar la comida frente a él, la motivación para ingerir alimentos resultara favorable.

EJECUCIÓN: Se le enseñara a balancear sus alimentos de acuerdo a su peso, talla e índice de masa corporal, para ello se le enseñara a mezclar el plato del buen comer como se muestra en el anexo 7.6; se le creara un plan alimenticio con todos los grupos de alimentos con la finalidad de proporcionar sus alimentos preferidos, con la finalidad a comer en sus horas, tiempo y cantidad adecuada.

Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con cambios en los hábitos alimenticios manifestado por disminución de los ruidos peristáltico, distensión abdominal.

Objetivo: Mejorar la motilidad gastrointestinal, para evitar la dificultad y esfuerzo a la evacuación que compliquen la estabilidad cardiovascular.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Recomendar dieta de líquidos blancos y de alta en fibra	Ayudar a agilizar la motilidad gastrointestinal.
Estimular la motilidad gastrointestinal (masaje del arco cólico) y mantener una vigilancia constante que evite complicaciones en la eliminación intestinal.	Aumentar la motilidad gástrica e intestinal
Realizar actividad física activa, como deambulación, que favorezca el peristaltismo.	La deambulación estimula el peristaltismo, facilitando la motilidad de las heces fecales y con ello que haya estancamiento y procesos infecciosos o de distensión abdominal.

<p>Auscultación de ruidos abdominales y palpación de región abdominal, antes y después de la alimentación.</p>	<p>Con la finalidad de comprobar movimientos intestinales incluyendo frecuencia, consistencia, forma volumen del abdomen.</p>
<p>Evaluar la consistencia fecal.</p>	<p>Observar y cuantificar las evacuación, consistencia, color y olor, debido a que en ella se manifiestan signos y síntomas de algunas otras enfermedades, gastrointestinales.</p>

EJECUCIÓN: Con los ejercicios de estriación y ergonómicos se pretende trabajar y mejorar la actividad gastrointestinal, de igual manera se pretende que al mejorar la alimentación y su hidratación se permita mejorar el depósito de evacuación, Se entregara folleto para que en continúe practicándolos como se muestra en el anexo 7.8.

Diagnóstico: Intolerancia a la actividad física relacionado con alteración cardiovascular manifestada por disnea, cianosis, taquicardia, bajo aporte de oxígeno.

Objetivo: Favorecer a través una vigilancia estrecha la actividad eléctrica y fisiológica del corazón, para controlar y completar las actividades de la vida cotidiana.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Valorar la respuesta del paciente a la actividad, observándola frecuencia cardíaca de los superiores a 20 pulsaciones por arriba de los valores en reposo, un fuerte incremento de la actividad (aumento de la presión sistólica de 40 mmHg o de la presión diastólica de 20 mmHg; disnea o dolor precordial; fatiga y debilidad diaforesis; mareos o síncope)	Los parámetros señalados ayudan a valorar las respuestas fisiopatológicas al estrés por actividad y, de existir, son indicativos de sobre esfuerzos.
Educar al paciente en técnicas de conservación de energía, como, por ejemplo, a la hora de ducharse utilizar una silla, asistir a deambulación acompañada, realizar sus actividades de manera lenta y sin estrés.	Las técnicas de conservación de energía reducen el gasto energético, ayudando así a equilibrar el aporte y demanda de oxígeno.

<p>Estimular una actividad, autocuidado progresivo cuando se tolere. Proporcionar ayuda según su necesidad</p>	<p>Un incremento gradual de la actividad previene una elevación súbita del trabajo cardiaco. Ayudar solo en caso necesario a fomentar la autonomía en la realización de actividades.</p>
<p>Valorar otros factores desencadenantes que causen cansancio y agotamiento en el paciente; p.ej., tratamiento, dolor, y fármacos</p>	<p>El cansancio es el efecto de algunos medicamentos como; b – bloqueadores, sedantes y tranquilizantes. El dolor y las terapias estresantes también consumen energía y causan cansancio</p>
<p>Revisar los signos vitales antes e inmediatamente después de realizar algún tipo de actividad física, especialmente si el paciente consume vasodilatadores, diuréticos o b-bloqueadores.</p>	<p>La actividad puede producir una hipotensión ortostática, debido al esfuerzo cardiaco que tiene el corazón a realizarlos afectando así la circulación.</p>
<p>Evaluar una aceleración de la intolerancia a la actividad física.</p>	<p>Puede indicar incremento de la descompensación cardíaca en vez de un sobre esfuerzo cardiaco.</p>

Documentar la respuesta cardiopulmonar a la actividad. Observar taquicardias, arritmias, disneas, sudoración, palidez.	La insuficiencia / incapacidad miocárdica para aumentar el volumen de latidos durante la actividad física puede causar un aumento inmediato de frecuencia cardíaca y de la demanda de oxígeno, agravando la debilidad y el cansancio.
---	---

EJECUCIÓN: Mediante la explicación de cómo realizar los ejercicios ergonómicos y de rehabilitación cardíaca(anexo 7.8 y 7.9), observar la respuesta ante, durante y después de estos, al momento de agitarse o no controlar la respiración y el aumento de la frecuencia cardiaca reposar en áreas con las piernas en posición litotomía para mejorar la circulación sanguínea, o en dado caso colocarse en posición fetal durante algunos minutos, mientras los síntomas de agitación, y alteración en la frecuencia cardíaca disminuyen.

Diagnóstico: Riesgo de lesión relacionado con bajo aporte de oxígeno

Objetivo: Informar a la paciente y al familiar sobre los datos que se deben identificar como signos y síntomas del síncope para evitar cualquier tipo de daño y prevenir riesgos cuando la paciente ande sola o requiera apoyo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Orientación de signos y síntomas	Dar a conocer los factores, que desencadenan el síncope cardiogénico.
Deambulaci3n asistida	Cuando la paciente comience con la sintomatología, estar acompañada de un familiar para evitar lesi3n
Medidas de seguridad: Traer consigo una tarjeta de identificaci3n de datos personales para tenerla al alcance en eventos inesperados.	Dar a conocer los datos personales, así mismo signos y síntomas diagnóstico médico en caso de presentar alguna emergencia.
Orientar a la paciente sobre qué acciones tomar cuando se encuentre sola para evitar una lesi3n al caer.	Prevenir alg3n tipo de accidente o incidente, que dañen su estado físico, y emocional.

EJECUCI3N: Enseñar al paciente a distinguir signos y síntomas del pre síncope, valorando su presi3n arterial, pulsos y frecuencia respiratoria, de igual manera ayudar en la elaboraci3n de un gafete de identificaci3n en caso de emergencia, capacitar a sus familiares sobre medidas preventivas para evitar una lesi3n en la cabeza.

Diagnóstico: Déficit de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento manifestado por disposición para el aprendizaje en su proceso de salud-enfermedad.

Objetivo Brindar la orientación con respecto a los cuidados y variantes que tendrá su vida con la finalidad de que haga adaptaciones en sus actividades diarias.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Describir la función cardíaca. Incluir información, explicar las diferencias entre los distintos síncope, hipotensión e hipertensión.</p>	<p>El conocimiento del proceso de la enfermedad y sus expectativas puede facilitar el cumplimiento de las pautas terapéuticas prescrita.</p>
<p>Reforzar la importancia de cumplir el régimen terapéutico y acudir a las visitas de seguimiento</p>	<p>La falta de cumplimiento del plan terapéutico es un motivo frecuente fallo de la terapia. Por tanto la evaluación continua con la cooperación del paciente es fundamental para el éxito y control del tratamiento. El cumplimiento suele mejorar cuando el paciente comprende los factores causales y las consecuencias de una intervención correcta y el mantenimiento de la salud.</p>
<p>Solucionar problemas con el paciente para identificar de qué forma puede introducir cambios de estilo de vida adecuados para reducir los factores de riesgo modificables</p>	<p>La modificación de patrones de conductas “cómodas/habituales”, puede ser muy difícil y estresante. El apoyo y la guía pueden mejorar el éxito del paciente para realizar sus tareas.</p>

<p>Reforzar los fundamentos del tratamiento. Incluir a miembros de la familia, amigos etc. en el aprendizaje en caso apropiado, especialmente para tratamientos complicados como gestión de tecnologías como un tratamiento domiciliario es decir la toma constante de signos vitales.</p>	<p>El paciente puede pensar que, después del alta, puede alterar el tratamiento cuando se encuentre mejor y sin síntomas que puede aumentar el riesgo de síntomas relacionados con la enfermedad. Comprender el tratamiento, medicación, actividades de cuidado que requieran y las restricciones puede favorecer para el control de síntomas.</p>
<p>Ayudar a preparar el programa de ejercicios caseros y de bajo impacto; así mismo hacer mención de la importancia de mantenerse activo sin agotarse y la necesidad de reposo entre actividades, con la finalidad de mejorar su estado de salud física.</p>	<p>Favorece el mantenimiento del tono muscular y la función de los órganos y crea una sensación de bienestar general. El exceso de actividad física y sobre esfuerzo puede debilitar aún más e corazón exacerbando la insuficiencia, por lo que precisa el ajuste del programa de ejercicios</p>
<p>Describir la importancia de la restricción de sodio. Ofrecer una lista de los alimentos que más contienen sodio que se recomienda evitar. Fomentar la lectura del etiquetado de fármacos y alimentos</p>	<p>La ingesta de más de 3g/día de sodio puede afectar los efectos de los diuréticos. La mayoría de las fuentes habituales de sodio son la sal común y evidentemente los alimentos salados, aunque las sopas y verduras enlatadas, los embutidos y los derivados lácteos pueden contener concentraciones elevadas en sodio.</p>

EJECUCIÓN: Con ayuda de diversos folletos, carteles y actividades, se pretende que se mejore las condiciones de vida necesarias para poder vivir con la enfermedad así mismo aprender a vivir con ella.

5.4 EVALUACIÓN

Se observaron los datos obtenidos de la Sra. María Luisa desde su entrevista y tratamiento intrahospitalario y se han ido realizando las actividades de cuidado obteniendo finalmente ocho diagnósticos a los cuales se les plantearon objetivos para su cuidado específico.

A continuación, se mencionará el logro de cada objetivo, sus factores de apoyo para el logro de los mismos o sus limitantes para mantener el cuidado de la paciente.

El diagnóstico disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la frecuencia cardíaca m/p diaforesis, bradicardia e hipotensión podemos concluir que no tuvo un porcentaje de 20 % mejoría, debido a que la disminución del pulso es imprecisa, a las valoraciones se encontraba estable, más sin embargo cuando presentaba un episodio de síncope esta baja de manera excesiva.

Del diagnóstico deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en los signos vitales manifestado por disnea, hipotensión, bradicardia y taquicardia. Podemos mencionar que hubo un 20% de mejoría debido a que realizando los ejercicios antes mencionados se oxigena el cuerpo, ocasionando que el corazón de la paciente se acelere favoreciendo su respiración y así mismo su ritmo cardíaco.

La Perfusión tisular periférica ineficaz se mantuvo en un porcentaje estable de 60% debido, a que, por la edad, complexión, y estatura, mantiene presión normo tensas de 100/70mmHg.

El estreñimiento mejoro a un 20 % debido a que, con la orientación de una buena alimentación, realizando actividad física de bajo impacto, como caminatas asistidas, y ejercicios punta talón, mejoro la motilidad gastrointestinal. Se sugirió que realice esos programas con regularidad para evitar volver a presentar el problema.

El riesgo de contra algún tipo de lesión sigue siendo latente, debido a que como los episodios de síncope son ocasionales e imprevistos, solo se sugirieron medidas de auxilio para evitar complicaciones mayores: si hay premonición en que se presentara evitar salir, traer siempre consigo una ficha de identificación para referir siempre un imprevisto a un familiar, evitar zonas de riesgo, etc.

Por ultimo en el diagnóstico de déficit de conocimientos sobre la enfermedad, y tratamiento manifestado por disposición para el aprendizaje en su proceso de salud-enfermedad, se continúan practicando las medidas preventivas que se brindan en las intervenciones de enfermería, refiere continuar con pulsaciones fuertes, sudoración fría, y dolor precordial al realizar mucho esfuerzo físico, pero gracias a la rehabilitación cardíaca y a los ejercicios ergonómicos, logra controlar los síntomas, el proceso de eliminación ha mejorado aunque en ocasiones es un poco deficiente; acude con regularidad a sus valoraciones, tiene disponibilidad de aprender cosas nuevas sobre su proceso salud enfermedad.

5.5 CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

La paciente continua con problemas de la eliminación debido a que no se apega al plan alimenticio recomendado, continua no ingiriendo líquidos, ni dieta en fibra, refiere a que es por falta de tiempo.

Se ha hecho énfasis a la familia para que se mantenga la vigilancia, la comunicación es relevante, de esta manera la paciente tiene que hacer conciencia y no vivir en duelo sino identificar sus áreas de oportunidad para mejorar su vida y tener una mejor calidad de vida en base a los cuidados que requiere.

Los sincopes son persistentes no tienen reversibilidad, por lo cual debe acudir a valoración 1 vez cada 6 meses, en caso de presentar dolor precordial, o los sincopes aumenten en duración deberá notificarse al médico. Se le debe concientizar que ya el problema está presente y que debe adecuar su vida a esta nueva situación como ocurre en el cambio de adolescencia a adultez en donde ya los cambios ocurridos no dan marcha atrás.

Se le sugiere en el plan de alta los cuidados a realizar en acompañamiento con su familia ya que, no se sabe si algún miembro de la familia pueda desencadenar alguna alteración igual y es conveniente ya estén en conocimiento de la sintomatología y tenerlo presente para prevenir cualquier situación en la paciente y en su familiares.

5.6 PLAN DE ALTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
(L.E.O)



- Para mejorar el aporte de oxígeno se le brinda orientación sobre ejercicios de respiración y a su vez se le brindan ejercicios de pausas activas para favorecer el sistema circulatorio y así mejorar el aporte de oxígeno a órganos diana.
- Mediante folletos y esquemas se orienta sobre el padecimiento del síncope cardiogénico y se da a conocer las causas y consecuencias de los mismos, así mismo los diferentes tratamientos para controlar y detectar la misma enfermedad.
- Orientar sobre el consumo de agua, para regular los órganos y tejidos del cuerpo ocasionando un mejoramiento de la nutrición, orientándole que bebidas puede ingerir y cuales afectan el aporte de electrolitos el sistema circulatorio.
- Se proporciona información sobre buenos hábitos alimenticios, mediante un tríptico se explican los diferentes grupos de alimentos, para conocer y mejorar su digestión mediante la combinación de grupos alimenticios; así mismo se recomienda realizar ejercicios como caminata, pausas activas con la finalidad de mejorar el funcionamiento gastrointestinal.
- Mediante la orientación de los grupos alimentación y sobre la pirámide del buen comer y jarra del buen beber, mediante los ejercicios y orientación se pretende mejorar las condiciones de funcionamiento gastrointestinal.

- Se pretende que mediante las intervenciones de enfermería que favorezcan las condiciones de su patología y al estar más tranquila debido al control de los signos y síntomas de la misma mejoren sus actividades de descanso y sueño.
- Se le informa que pese a la patología, y siguiendo las indicaciones médicas y el plan de cuidados de enfermería pueda realizar su vida normal y sin ningún inconveniente.
- Se brindara orientación sobre medidas de seguridad para evitar lesiones, es decir cargar un gafete de identificación con número de seguridad social, nombre, alergias para poder identificar a la paciente en algún episodio de síncope.
- Como anteriormente lo habíamos mencionado y mediante los folletos anteriores se le menciona que actividades pueden favorecer su estado de salud, siguiendo las indicaciones del médico y enfermera.

6. ANEXOS

6.1 SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

Para entender el concepto del síncope cardiogénico es necesario definir ambas palabras por separado, así mismo diferenciar el síncope del pre síncope. El pre síncope se refiere a un episodio antes de que ocurra el síncope por lo que se puede decir que; es el episodio brusco de enturbiamiento de la conciencia e inestabilidad, del que el paciente se recupera rápidamente sin llegar a la pérdida completa de la conciencia³⁵

Existen infinidad de conceptos sobre la palabra síncope, de acuerdo con el diccionario de la real academia española define como síncope: (del latín, syncope) como la pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad, debida a la suspensión súbita y momentánea de la acción del corazón.³⁶ Se define también como la pérdida transitoria de la conciencia, del tono postural debido a hipoperfusión cerebral global transitoria, de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea y completa.³⁵

El Doctor López Merino en su libro conocido como las bases de la medicina interna “define al síncope como la pérdida de conocimiento y del tono postural de aparición brusca y corta duración que se resuelve espontáneamente sin secuelas neurológicas”³⁷. Mientras que podemos definir el concepto de cardiogénico o cardiovascular al concepto de alteración a nivel del sistema cardiovascular.

6.2 CAUSAS

- A. **Origen Cardiogénico:** Son las alteraciones del sistema eléctrico del corazón, que puede originar bradicardias o taquicardias, da pauta a problemas cardiacos que comprometen la circulación de la sangre a través del corazón.

- B. **Hipotensión Ortostática:** Originada por el consumo de algunos fármacos por hipovolemia en el organismo, trastornos neurológicos (medula espinal y degeneración del sistema autónomo).³⁸

- C. **Trastornos en los Reflejos que Mantienen la Presión Arterial y la Frecuencia Cardíaca:** Debido a estímulos fisiológicos con hiperrespuesta ejemplo; tos soplar en instrumentos de viento, debido a una hipersensibilidad del seno carotídeo; e hiperrespuesta del sistema parasimpático, lo que ocasiona una hipotensión y bradicardia por segundos.³⁸

6.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA CARDIOVASCULAR.

El complejo sistema cardiovascular tiene por función originar y mantener la circulación sanguínea del cuerpo humano. Está integrado por el corazón, que actúa como una bomba aspirante e impelente y es el encargado de crear el impulso necesario para que la sangre, a través de un sistema adecuado de distribución, irrigue los tejidos.

El corazón es un órgano hueco, y musculo móvil, encargado de llevar sangre al cuerpo; su ubicación se encuentra en el mediastino medio; pesa aproximadamente de 250 - 300 gramos, su dirección es de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda en forma de un cono invertido. Consta de dos cámaras superiores que son llamadas aurículas, una derecha donde llegan la vena cava superior y la vena cava inferior, que traen la sangre de todo el cuerpo, comunica con el ventrículo derecho por un orificio donde está la válvula tricúspide, que tiene dos valvas; y la otra denominada aurícula izquierda recibe la sangre procedente de los pulmones a través de las venas pulmonares, comunica con el ventrículo izquierdo por un orificio donde está la válvula mitral, que tiene tres.³⁹

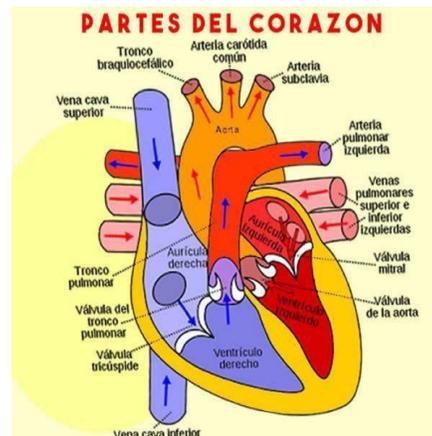
Al igual y dos cámaras inferiores denominadas ventrículos, uno derecho donde Ventrículo recibe la sangre de la aurícula derecha y de él sale la arteria pulmonar que lleva la sangre a los pulmones, en la arteria pulmonar está la válvula pulmonar, que evita que la sangre regrese al ventrículo; el

ventrículo izquierdo, recibe la sangre de la aurícula izquierda y de él sale la arteria aorta, que lleva la sangre a todo el cuerpo. En la arteria aorta está la válvula aórtica, que evita que la sangre regrese al ventrículo.³⁹

Su configuración consta de una cara anterior llamada cara esternal donde se encuentra el surco interventricular anterior, una cara inferior o diafragmática donde está el surco interventricular posterior y un surco áurico ventricular donde se encuentra el surco coronario.

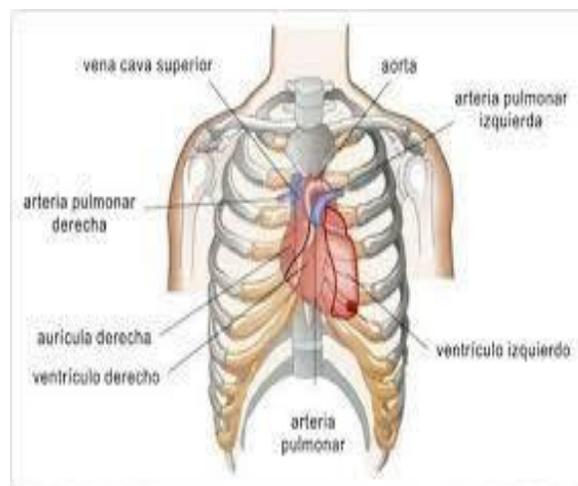
1.3 Partes del corazón.

En el esquema se puede apreciar las partes del corazón así mismo las principales venas y arterias que originan la circulación sanguínea.⁴⁰



Es importante mencionar que el área precordial o mejor conocida como el área cardiaca se encuentra en:

- Cuadrante superior derecho del tórax donde se ubica el 3 cartílago costal derecho.
- Cuadrante superior izquierdo del tórax 2 espacio intercostal izquierdo.
- Cuadrante inferior derecho donde se encuentra el 5° espacio intercostal.



- Su localización se encuentra a 8 cm del diafragma

1.4 Ubicación del corazón dentro del tórax. ³⁸

6.4 CIRCULACIÓN SANGUÍNEA QUE IRR

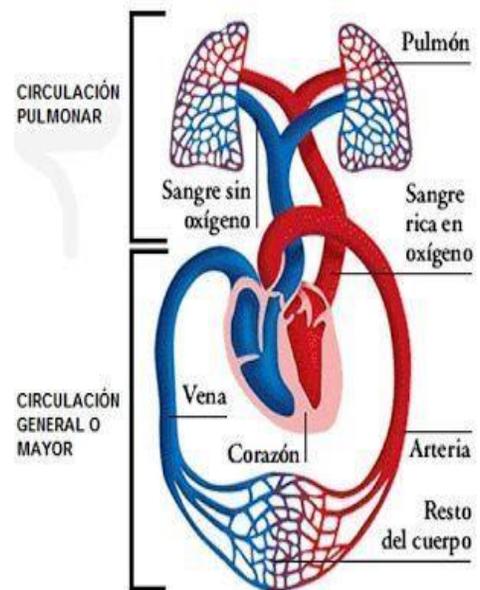
Vasos que se originan del corazón	Función
Arteria cava	Existe una vena cava superior o descendente, que recibe la sangre de la mitad superior del cuerpo, y otra inferior o ascendente, que recoge la sangre de los órganos situados debajo del diafragma. Ambas desembocan en la aurícula derecha del corazón
Arteria pulmonar	El ventrículo derecho bombea la sangre pobre en oxígeno a la arteria pulmonar, que la transporta a los pulmones. La cavidad inferior izquierda (el ventrículo izquierdo) bombea la sangre rica en oxígeno a la aorta, que la transporta al resto del organismo

<i>Vasos que Desembocan en el Corazón</i>	<i>Función</i>
Vena cava superior.	La circulación sanguínea llega a las extremidades podálicas del cuerpo.
Vena cava inferior.	Todas las extremidades inferiores.
Seno coronario	Lleva la sangre del corazón a la aurícula derecha.
4 venas pulmonares.	Desembocan en la aurícula derecha

Dentro de los vasos sanguíneos mencionados anteriormente con la entrada y salida de la sangre a través del corazón y al suceder la descarga eléctrica del corazón da paso a los diferentes tipos de circulación. La circulación en el ser humano es doble porque en su recorrido la sangre establece dos circuitos el mayor o sistémico y el menor también denominado pulmonar que se describirán a continuación y en la imagen 1.5 mostrara a escala.

Circulación mayor: Está constituido por sangre oxigenada (color rojo), comienza su recorrido desde el ventrículo izquierdo y baja por la arteria Orta del ventrículo izquierdo. Es aquí donde se origina el intercambio gaseoso; convirtiendo así la sangre carboxigenada y esta regresa por las venas cava superior e inferior a la aurícula derecha del corazón

Circulación menor: Es cuando la sangre carboxigenada sale del ventrículo derecho del corazón, que por la arteria pulmonar llega a los pulmones, es ahí donde se realiza el intercambio alveolar o hematosi, filtrando el dióxido de carbono y filtrándolo a oxígeno. Esta sangre purificada regresa por las venas pulmonares a la aurícula izquierda del corazón, dando origen al ciclo cardíaco propiamente.



1.5 Circulación Sanguínea.³⁸

6.5 CICLO CARDÍACO

Se le nombra ciclo cardíaco a la contracción (sístole) y relajación rítmica del (diástole) por minuto del corazón, la cantidad de ciclos cardíacos está dada por el número de latidos del corazón en un minuto. La secuencia sístole-diástole se realiza con un ritmo, conocido como ritmo cardíaco, y con una frecuencia, la frecuencia cardíaca normales de reposo, es de unos 70 latidos por minuto, El ritmo se mantiene estable excepto en condiciones patológicas (arritmia). Como veremos en el apartado de patología, cuando aumenta la frecuencia cardíaca se habla de taquicardia y cuando disminuye hablamos de bradicardia.⁴⁰

6.6 GASTO CARDÍACO

El gasto cardíaco se define como el volumen de sangre, en litros, que expulsa el corazón en un minuto (L/min) hacia la Orta que es igual a totalidad de sangre del cuerpo, esta va de la mano con el retorno venoso (cantidad de sangre que entra en las aurículas y determina la fuerza de contracción) ; latidos por minuto.³⁹

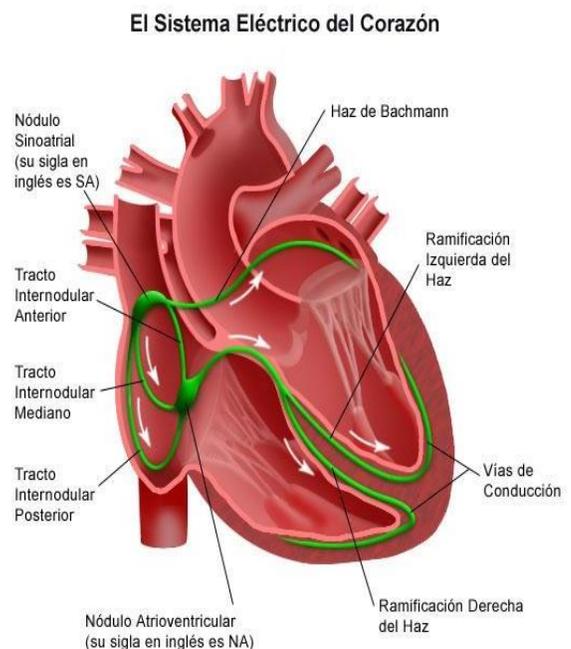
6.7 SISTEMA DE CONDUCCIÓN ELECTRICA DEL CORAZÓN

Tiene la finalidad de poner en funcionamiento al musculo cardiaco mediante actividad eléctrica (por impulsos) que ayuda a circular, para irrigar la sangre a través de venas y arterias a todo el cuerpo humano. El corazón en la aurícula derecha, cerca de la vena cava superior se encuentra el nodo sinusal, que tiene la finalidad de ser el marcapasos natural del corazón para que este pueda oxigenar al ser humano; en la imagen 1.6 podremos observar la conducción del sistema eléctrico.

Para poder entender el sistema eléctrico debemos de explicar cada una de sus estaciones o bases principales, para ello comenzaremos a describirlas a continuación:

En el Nodo Sinusal (NS), se encuentra en la aurícula derecha cerca de la vena cava superior el cual conoce como el marcapasos natural del corazón, tiene la finalidad de producir el ritmo cardíaco lo que da origen a los latidos cardíacos.

1.6. Ciclo Eléctrico del Corazón.³⁹



El Nodo Atrioventricular (NA), se encuentra al otro lado de la aurícula derecha, cerca de la de la válvula aurioventricular. Sirve como una puerta eléctrica a los ventrículos; que ocasiona un retraso en el paso de los impulsos eléctricos a los ventrículos, con la finalidad de que las aurículas hayan expulsado toda la sangre a los ventrículos antes que se contraigan.

El NA recibe estímulos del NS conduciéndolo a través de dos ramas denominadas Haz de His el cual se divide en rama derecha y rama izquierda las cuales conducen los impulsos hacia el ápice del corazón es decir la punta dirigiendo así la energía a las ramas de Purkinje subiendo la señal hacia el miocardio ventricular.³⁹

6.8 FISIOLÓGÍA DEL SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

El síncope cardiovascular corresponde a la tercera causa más frecuente de síncope. Se produce generalmente por arritmias o alteraciones estructurales (alteraciones miocárdicas, valvulares o pericárdicas) que disminuyen bruscamente o impiden el aumento del gasto cardiaco y producen finalmente hipoperfusión cerebral.⁴¹ Los síncope se producen por una hipoperfusión cerebral transitoria secundaria a una disminución de la presión arterial sistémica. Generalmente la consciencia se pierde cuando la presión arterial sistólica cae por debajo de 60-70 mmHg; a presión arterial sistémica depende del gasto cardiaco y de las resistencias vasculares periféricas, por lo que una disminución en uno de ellos, o en ambos, puede ocasionar un síncope⁴².

El reconocimiento temprano de una cardiopatía estructural u otras causas cardiogénicas, es importante para prevenir muerte o lesión súbita; la mayoría de los síncope tiene en común la disminución de gasto cardiaco.² El gasto cardiaco puede disminuir de forma transitoria por tres causas:

1. Cardiovasculares: Causadas por arritmias o enfermedad cardiaca estructural.
2. Disminución del retorno venoso: Principalmente se originaba acumulación venosa

3. Reflejo cardíaco-inhibitorio: Produce bradicardia. Las resistencias periféricas pueden ser por una actividad refleja inapropiada.

Al estar una persona de pie o sentado el flujo sanguíneo se detiene lo que ocasiona que los ventrículos del corazón tengan una reducción del flujo sanguíneo esto provoca la disminución sanguínea-cerebral, esta obstrucción sanguínea ocurre normalmente durante la realización de actividad física, esto quiere decir que no aumenta el gasto cardíaco normalmente con el ejercicio. Ocasionando así bradiarritmia, taquiarritmias; que son las encargadas de disminuir el gasto cardíaco ocasionando riesgo sanguíneo cerebral, los pacientes que padecen bradiarritmias, son aquellos pacientes que padecen de una obstrucción cardíaca.⁴³

1. Arritmogénica: Las taquicardias y bradicardias extremas, provocan disminución crítica de gasto cardíaco y del flujo sanguíneo cerebral. Pueden darse en pacientes sin patología cardíaca estructural.
2. Bradiarritmias: El síncope es causado por bloqueos auriculoventriculares completos, donde el marcapasos natural, es decir el Nodo Sinusal (NS) provoca una frecuencia cardíaca insuficiente que es incapaz de mantener el gasto cardíaco. (causa principal del paciente)
3. Taquiarritmias que se clasifican en ;
 - ✓ Ventriculares: Tienen mayor incidencia en adultos, son muy mal toleradas, provocando síncope y alto riesgo de parada cardíaca.
 - ✓ Supra ventriculares: Frecuentes en la edad pediátrica, tienen baja incidencia de síncope.
4. Patología Estructural: Aparecen síncope cuando la demanda circulatoria sobrepasa la capacidad limitada del corazón para aumentar el gasto cardíaco. Hay que tener en cuenta que en la patología cardíaca estructural el mecanismo del síncope puede ser multifactorial, incluyendo arritmias o reflejo inadecuado de vasodilatación.⁴⁴

6.9 SIGNOS Y SINTOMAS DEL SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

Se puede definir como signo a las manifestaciones objetivas, que clínicamente se pueden medir y observar; mientras que un síntoma son las manifestaciones subjetivas, que medicamente no se pueden observar, ni medir pero que el paciente refiere acorde a la enfermedad que presenta. El propósito de saber estas definiciones, se prende conocer que existen síntomas y signos pre, durante del evento sincopal.³

Durante el pre-síncope la mayoría de los pacientes que pasan por este episodio manifiestan, Debilidad muscular, dolor precordial, sensación de desmayo, nauseas, cefalea, diaforesis, y mareo. Por otra parte el síncope ocasiona Hipotensión ortostática, perdida del tono muscular, midriasis, movimientos tónicos, disminución de la frecuencia cardíaca.

6.9.1 DIAGNÓSTICO

Como primer punto para poder diagnosticar esta enfermedad es necesario iniciar una valoración médica y de enfermería, con la finalidad de conocer antecedentes heredofamiliares, patologías agregadas, así mismo las características, signos y síntomas que presenta antes y posterior al evento, de igual manera es importante preguntar que estaba realizando en el momento de que se presentara la partida del conocimiento. De inicio se dará pauta a los exámenes sanguíneos donde se valoraran componentes sanguíneos alterados por debajo por arriba del valor normal del cuerpo en ellos se evaluara la hemoglobina, THS, electrolitos, creatina.

- ✓ **Electrograma: (ECG):** A través de pequeños electrodos colocados en la parte anterior del tórax se obtiene la actividad eléctrica del corazón con la finalidad de descartar o localizar arritmias.

- ✓ **Estudio Holtter:** Tiene la finalidad de tener registrado la actividad eléctrica del corazón por 24 horas, este únicamente se requiere si se sospecha que el síncope es de origen cardiaco debido a los resultados del electrocardiograma.

- ✓ **Prueba de Esfuerzo Graduada (PEG):** Está indicado para la medición de la frecuencia cardiaca, presión arterial, aparición de los síntomas y aparición de arritmias. Está indicada cuando el síncope está relacionado con la actividad física y hay sospecha de enfermedad coronaria.⁸

- ✓ **Ecocardiografía:** Está indicada en pacientes con arritmia con la finalidad de descartar una cardiopatía estructural.

- ✓ **Prueba de inclinación:** Esta indicado cuando puede tratarse de un síncope es causado por hipotensión postural, o hipersensibilidad del seno carotideo.

- ✓ **Monitor Ambulatorio:** Se realiza un registro del ritmo y frecuencia cardíaca.

- ✓ **Medición del Volumen Sanguíneo:** Determina si el volumen de sangre que presenta la persona es el adecuado para su edad, sexo, peso y altura.

- ✓ **Test de Hemodinámica:** Determinar si el flujo sanguíneo y la presión sanguínea dentro de los vasos cuando el músculo cardíaco está funcionando es la adecuada.

- ✓ **Pruebas de reflejos autonómicos:** en este caso, se suelen emplear diferentes test para determinar y controlar la presión arterial, el flujo sanguíneo, el ritmo cardíaco, la temperatura de la piel y la sudoración ante ciertos estímulos.

6.9.2 TRATAMIENTO

El tratamiento depende de lo que se encuentre en los estudios y considere el medico por ejemplo; en el caso de una bradiarritmia se colocara un marcapasos, si es una taquiarritmia se cambiaran válvulas para mejorar el gasto cardiaco del corazón. Mientras que en el ámbito farmacológico si son arritmias se trataran con bloqueadores de los conductos de sodio, beta bloqueadores, bloqueadores de los conductos de potasio y bloqueadores del calcio; en dado caso que el síncope sea causado por taquiarritmias y afecte el sistema de conducción el corazón es necesario una intervención quirúrgica para la colocación de un marcapasos.

6.9.3 PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

En pacientes en quienes el síncope continúa siendo de origen desconocido (a pesar de estudios apropiadamente dirigidos), se encuentran razonablemente bien, con un índice de mortalidad a 1 año de 6 %.

La incidencia de muerte súbita en pacientes cardiacos es también mucho más alta que en los otros sincopes. Los índices de recurrencia en los 3 grupos son similares: hasta el 15% por año. Las recurrencias no predicen un incremento en mortalidad, aunque se asocian con aumento en la morbilidad (por ejemplo; fracturas y lesiones de tejidos blandos).

El síncope recurrente de origen desconocido continua siendo un problema difícil de tratar. Los pacientes con múltiples episodios a traumáticos, y corazones estructuralmente anormales, tienen más posibilidad de presentar enfermedad psiquiátrica o síncope neuro-cardiogénico, y menor de presentar anomalías electrofisiológicas en los EEF. Los registradores de eventos con memoria de asa (para descartar bradi- y taquiarritmias), la prueba de la mesa inclinada, y la evaluación neuro-psiquiátrica, son probablemente los mejores medios para evaluar adicionalmente a los pacientes.

Los pacientes con síncope desconocido tienen un pronóstico excelente. Necesitan que se les brinde seguridad, pero también se recomienda un seguimiento cercano y reevaluación episódica. En el paciente con enfermedad cardíaca de fondo, o síncope de origen desconocido, se necesita un seguimiento intensivo y reevaluación periódica. Estos pacientes no son raros y la terapéutica debe dirigirse a las causa probable (como taquicardia ventricular sostenida inducida por EEF). Sin embargo, la terapéutica empírica (como la mediación anti arritmia par a suprimir ectopia ventricular) no carece de riesgos significativos y no puede recomendarse como un procedimiento general.

6.9.4 MEDIDAS PREVENTIVAS

El síncope cardiogénico es un trastornó en el cual la sangre venosa de los miembros inferiores, no regresa adecuadamente al corazón, debido a una alteración en el sistema de conducción eléctrica del mismo ocasionando un estancamiento de la misma para oxigenar al cuerpo en general. Al existir escaso retorno sanguíneo se puede decir que el corazón late en seco, esto significa que el corazón tiene una frecuencia cardíaca inferior de los parámetros normales que son de 60 a 100 x min; bajando así la presión arterial llegando poca sangre al cerebro.

Por tanto el cerebro se encarga de producir más adrenalina, para acelerar el corazón, con la finalidad de aumentar la entrega de sangre y así mismo nivelar la presión arterial. En este momento hay taquicardia y sudoración fría; cuando esta medida no es suficiente se desencadena la reducción de la frecuencia cardiaca a veces hasta cero, por lo que no llega sangre al cerebro y este ocasiona el síncope, a veces con convulsiones cuando un traumatismo a nivel de la cabeza.

Para ello las medidas preventivas para fortalecer la circulación eléctrica del corazón y el retorno sanguíneo es que cuando el paciente comienza a tener síntomas de síncope es necesario acostarse y levantar los pies en posición litotomía para favorecer a circulación. Además de seguir las siguientes medidas.

- ✓ Tener un control abundante de líquidos máximo 3 litros de agua por día en el cual deberán incluir algunos tipos de energizantes debido a la composición de electrolitos.
- ✓ Realizar ejercicios aeróbicos de alto impacto para favorecer la circulación eléctrica del corazón y la circulación como natación, zumba, etc.
- ✓ Deberá ingerir líquidos antes, durante y después de la actividad física para mantener la hidratación, favoreciendo la circulación.
- ✓ Siempre que esté de pie la persona, deberá de realizar ejercicios ergonómicos como levantamiento de punta talón, para favorecer el retorno de los miembros inferiores al corazón y este a la cabeza.
- ✓ Deberá de dormir un mínimo de 6 horas y un máximo de 8 horas.
- ✓ Deberá tomar un desayuno con serial leche y fruta a media mañana, una fruta con suficientes líquidos. Al medio día la comida, a media tarde una fruta y por la noche la merienda.
- ✓ Rehabilitación: Acostado en una colchoneta se levantara varias veces de forma rápida, para acostumbrar al aparato del equilibrio a los movimientos bruscos. Entre más movimientos ejercicios realice más favorable será su recuperación.
- ✓ En caso de tomar algún medicamento siempre lo tomara de acuerdo a las indicaciones.
- ✓ Cualquier duda consultarla con el médico, en caso de alguna emergencia acudir al área de urgencias en el hospital.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
(L.E.O.)
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)



Ciudad de México a 10 de 09 de 2018.

Yo María Luisa por medio de la presente y por voluntad propia, aceptó la realización de una entrevista con fines académicos por el pasante de la Lic. Enfermería y Obstetricia Rebeca Natziely Gama Montes, en la cual se proporciona información personal para el fin que ella pueda desarrollar adecuadamente. Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objetivo del proceso de la entrevista y la realización.

De igual forma manifiesto que recibí información de la forma en que se utilizara dicha información y su publicación con fines académicos y prácticos. Así mismo, se me ha informado que tengo derecho de recibir los resultados de dicha entrevista o una copia de la misma.

Doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por la Lic. L.E.O. Bertha Estrella Álvarez, quien será la asesora de este trabajo de titulación y quien maneja la información con toda discreción como corresponde en estos trabajos y a la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que realizara la entrevista.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y aceptó su contenido.

FIRMA DEL PACIENTE

AVISO LEGAL: La información contenida en este documento será para el uso exclusivo de la realización de un PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.) por L.E.O Rebeca Natziely Gama Montes, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Resguardando la identidad de la entrevista.

7.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
(L.E.O)



GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA

MODELO DE DOROTHEA E. OREM

DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE _____ SEXO: _____ RELIGION: _____

FECHA DE NAC.: _____ EDO. CIVIL: _____ EDAD: _____

OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TEL.: _____ SERVICIO: _____

5 FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO

ESTRUCTURA FAMILIAR

Enfermedades Familiares cercanos:

Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión: _____ Cáncer: _____

Crisis Convulsivas _____ Corazón: _____ Otras: _____

6 REQUISITOS UNIERVASALES DE AUTOCUIDADO.

1.- Mantenimiento DE un aporte suficiente de aire.

Mecanismo de respiración Independiente _____ Dependiente: _____

Alteraciones presentadas: fumador: _____ pasivo: _____ activo: _____

No. de cigarrillos al día: _____ Tiempo: _____

No. de habitaciones diferentes a la cocina y el baño: _____

No de ventanas por habitación: _____

Existen animales en su domicilio: _____

Se han presentado alguna vez problemas de respiración: _____
¿Cómo se han resuelto? _____

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua: _____
¿Qué cantidad de agua consume? garrafón: _____ filtro: _____ hervida _____
Líquidos para bebida de preferencia: _____

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
Horario de alimentación y tipo de alimentos diarios.

Desayuno	Comida	Cena
Hrs	Hrs	Hrs

Consumo del grupo de alimentos por semana:
Proteínas (carne, leche, huevo, quesos, otros): _____

Vitaminas (frutas y verduras) _____

Carbohidratos (Pan, tortillas, azúcares, harinas, otros): _____

Grasas (aceite vegetal, grasa animal, margarina, mantequilla, etc.) _____

Alimentos preferidos _____

Alimentos desagradables: _____

Alimentos que producen alergias: _____

Alimentos que producen intolerancia: _____

Consumo de alimentos de bajo contenido nutritivo: _____

¿Quién se encarga de preparar los alimentos? _____

¿Cómo es el consumo de alimentos por el agente de cuidado? _____

4.- PROCESOS DE ELIMINACION.

Tiene control de su actividad urinaria _____ ¿Cómo practica esta técnica? _____
Características de la orina (color, olor, cantidad, horario) _____

Presenta alguna molestia al orinar: _____ si la hay ¿Cómo la resuelve?
_____ ¿Tiene control de la actividad intestinal? _____ ¿Cuántas
veces al día evacua? _____

Características de la actividad intestinal: _____

Presenta alguna molestia al evacuar _____ Si la hay como la resuelve
_____ Cada cuando se baña _____

Cambio de ropa interior _____ Cambio de ropa externa : : : : : _____

_____ Cepillado dental: _____ Lavado de manos al día _____

Corte de uñas: _____ características de la transpiración: _____

5.- PROCESOS DE ACTIVIDAD Y DESCANSO.

¿Cuáles son sus actividades del día? _____

¿Cómo las realiza? _____

¿Quiénes son las personas que le brindan apoyo? _____

Realiza actividades que mejoren su condición actual? _____

¿Cuáles? _____

¿Qué tipo de actividad prefiere realizar? _____

¿Cuál es su horario de sueño diario? _____

¿Practica algún tiempo de descanso en el día? _____

Tiempo _____ Su descanso le da una sensación de satisfacción
_____ ¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño? Ne algún recurso que favorezca sobre
_____ ¿Cuándo no puede dormir tiene algún recurso que favorezca su
sueño? _____

Realiza alguna actividad específica cuando no puede dormir (sin medicamentos)?

6.- PROCESOS DE INTERACCION SOCIAL.

Durante su vida ¿Cómo considera que ha sido su interacción con las personas?

_____ ¿A qué atribuye esta situación? _____ ¿Qué tipo de
convivencia prefiere? _____

¿Qué disfruta más la compañía o la soledad? _____

¿Con que miembro de su familia se siente en confianza para comentar sus problemas?

¿Hay alguien más que le produzca esta confianza? _____ ¿Por qué?

7.- PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA LA VIDA Y FACTORES DE BIENESTAR HUMANO.

¿Siente que sus sentidos básicos le dan posibilidad de apoyo a una situación de riesgo?

Visión _____ Oído _____ Tacto _____ Gusto _____ olfato _____

¿Cómo es su vivienda? Casa _____ Departamento _____ Propia _____

Rentada _____ Tipo de construcción _____

Servicios intra y extra domiciliarios _____

¿Hay algún elemento en su casa que le produzca inseguridad? _____

¿Cuál es ese elemento? _____

¿Cómo maneja los elementos de riesgo en su hogar? _____

¿Conoce medidas universales de cuidado? Incendio _____ Temblor _____ Inundación _____

¿Se considera en su situación actual preparado para afrontar uno de estos eventos de desastre natural _____

¿Necesita ayuda para vestirse? Si _____ No _____ ¿para bañarse?

Si _____ No _____ ¿Para su cambio de ropa? _____ ¿Para acudir al baño? Si _____

No _____ ¿Se siente capaz de realizar sus actividades de la vida diaria? Si _____ No _____

¿Con cuáles requiere apoyo para su desarrollo diario?

8.- PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD HUMANA.

¿Qué actividades humanas favorecen una condición de vida con el mejor bienestar posible? _____

¿Considera que su situación económica limita el mejoramiento de su salud?

¿Su religión es un factor de apoyo ante su situación actual? _____

¿Cómo conceptualiza la vida? _____

¿Cómo siente que se puede ir superando cada reto que presenta día a día?

¿Cuáles son sus expectativas a futuro? _____

7 REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO RELATIVOS AL DESARROLLO.

Etapas del ciclo vital en el que ocurrió el evento _____

Condiciones que favorecen el desarrollo de este ciclo vital _____

Condiciones que no favorecen el desarrollo de este ciclo vital

¿Que elementos favorecen el mejor desarrollo de su condición actual?

¿Quiénes pueden favorecer un mejor desarrollo de su condición actual?

IV. REQUISITOS DE DESVIACION A LA SALUD.

d. Desviación actual (Inicio de la situación actual)

¿Qué le han explicado de su situación actual?

¿Qué considera requiere saber acerca de su padecimiento actual?

¿Qué ha hecho hasta ahora para mejorar la condición de su vida?_

Siente que requiere apoyo de otros profesionales para mejorar su condición actual?

¿Quiénes? _____

¿Ha tenido alguna complicación que retrase los avances logrados en su padecimiento?

e. Desviación de los estilos de vida.

Aire _____

Alimentación _____

Eliminación _____

Movilidad y marcha _____

Actividad de y descanso _____

Interacción Social _____

Comunicación _____

Con que frecuencia acude a reuniones familiares _____ sociales _____

Deportivas _____ religiosas _____ trabajo _____

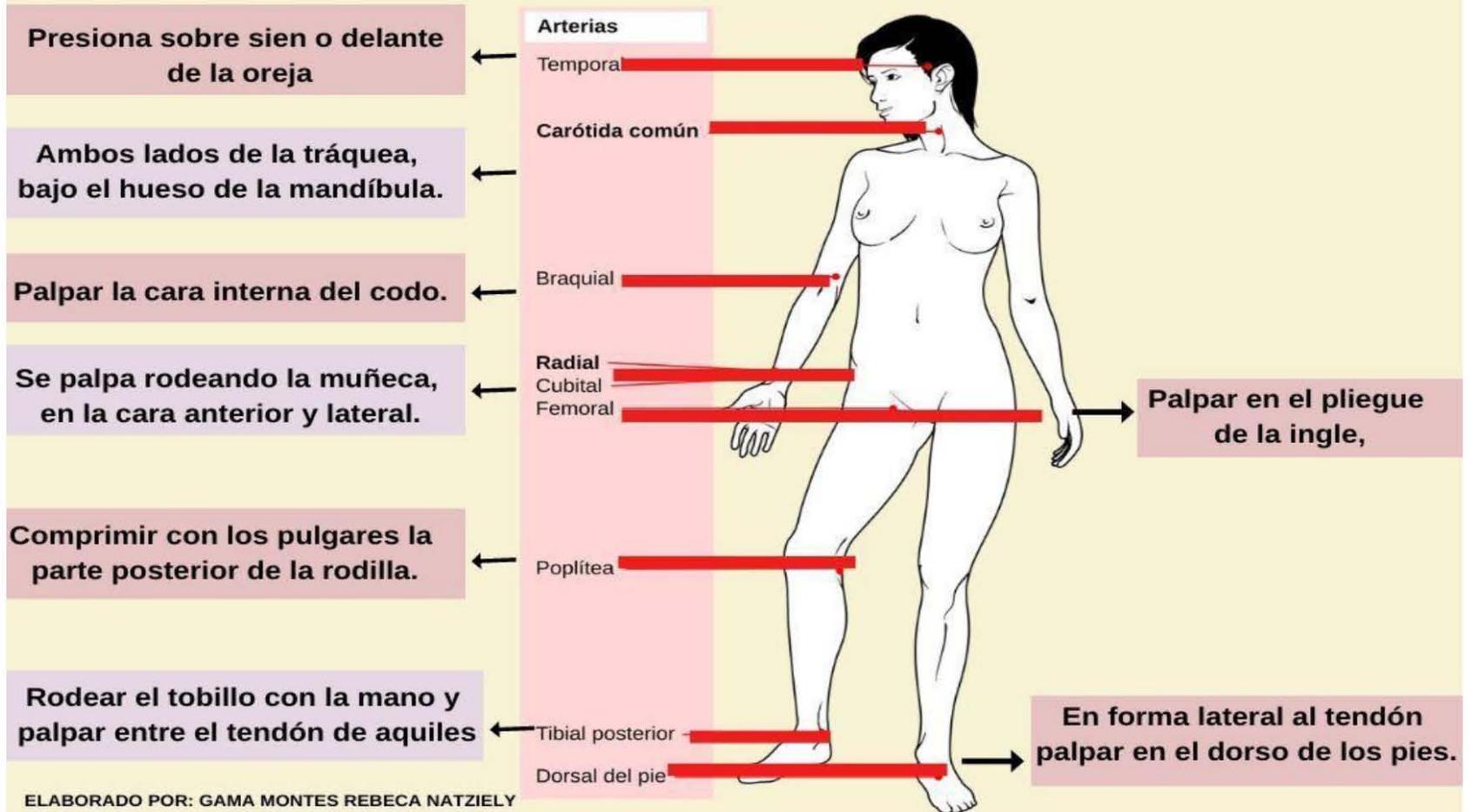
8 EXPLORACION FISICA.

Peso: _____ Talla: _____ FC _____ FR _____ T/A _____ Temp. _____

Descripción céfalo caudal.



Localización de Pulsos





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 (CARTEL INFORMATIVO)



Elaborado por : L.E.O Gama Montes Rebeca Natziely

GENERALIDADES DE LA TENSIÓN ARTERIAL

¿QUE DEBO DE HACER ANTES?

Después de comer	No tomar alcohol, café o cafeína	No fumar	No practicar ejercicio	Ir a orinar
Reposar 5 min	No tomar medicamentos hipertensivos	Utilizar dispositivos homologados	Más fiabilidad en dispositivos de brazo	Calibrar 1 vez al año

- Elige un sitio con temperatura agradable
- Ponte manga corta para no remangarte
- Apoya el brazo en una mesa a la altura del corazón
- Coloca el manquito dos dedos por encima del codo
- Siéntate recto sin cruzar las piernas

PROCEDIMIENTO



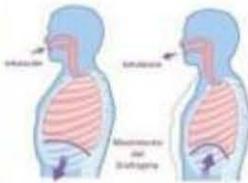
- No hables
- Deja algo flexionado el codo
- Espera 2 -3 min y repite con el otro brazo
- Tómate la presión durante 7 días seguidos: mañana y tarde
- Anota los resultados para llevar un control

RESULTADOS	TENSIÓN SISTÓLICA O ALTA	-120 mmHg
	TENSIÓN DIASTÓLICA O BAJA	-80 mmHg

Elaborado por : L.E.O Gama Montes Rebeca Natziely



SIGNOS VITALES

SIGNO	DEFINICION	¿COMO SE MIDE?	RANGO
PULSO	El pulso es la frecuencia cardíaca, que es conocida como la cantidad de veces que late el corazón en 1 min.	Con las yemas del dedo índice y medio presione suavemente sobre algún punto del esquema señalado y cuente las pulsaciones durante 60 segundos Figura 1.1	60-100 X MN
FRECUENCIA CARDIACA	Es la cantidad de respiraciones que una persona tiene en un min. Esta se mide preferentemente en estado de reposo; es decir las veces que se mueve el pecho.		12-16 XMN
PRESIÓN ARTERIAL	El corazón genera presión durante el ciclo cardíaco para distribuir la sangre a los órganos del cuerpo.		Normo hipertensión: 120/80 mmHg Hipertensión: Cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mmHg. Hipotensión: Se considera una presión sistólica menor de 90 mmHg.
TEMPERATURA	La temperatura corporal representa un equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y su pérdida. Hipotermia:		La temperatura normal de un paciente adulto está entre 36.7 y 37°C. Hipertermia: Incremento importante de la temperatura corporal (más de 39°C). Hipotermia: Temperatura menor de la normal (menos de 36°C)

Elaborado por: Gama Montes Rebeca Natziely



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
(CARTEL INFORMATIVO)



JARRA DEL BUEN BEBER



¿Qué es?

Es la representación gráfica de los líquidos que debemos consumir, así como la cantidad diaria sugerida para un adulto.

¿Sabías Qué?

La recomendación se basa en los beneficios que cada bebida proporcionan.

RECOMENDACIONES

- Nivel 1: Se debe consumir mínimo 8 vasos de agua natural al día.
- Nivel 2: Leche semi-descremada entre otras. Aportan calcio, vitamina D y proteína de alta calidad; se recomienda beber máximo 2 vasos al día.
- Nivel 3: Café y té sin azúcar. Se pueden tomar 4 tazas al día. provee micronutrientes como fluoruro, aminoácidos y vitaminas.
- Nivel 4: Bebidas con edulcorantes se aconsejan 0 a 500 ml por día (0 a 2 vasos).
- Nivel 5: Bebidas con alto valor calórico; se recomienda de 0 a 1/2 vaso (125 ml) por su aporte de calorías.
- Nivel 6: Bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrientes. Su consumo se asocia con caries dental y obesidad. Se recomienda no ingerirlas.

Elaborado por : L.E.O Gama Montes Rebeca Natziely



¿Qué es?

Una guía de alimentación que forma parte de la Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la cual establece criterios para la orientación nutritiva en México.

¿Sabías qué?

- La alimentación debe incluir por lo menos un elemento de cada grupo alimenticio en cada comida y esta dependerá de el estilo de vida de cada persona.

¿Para que sirve cada grupo de Alimentos?

• Las verduras y las frutas:

Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano.

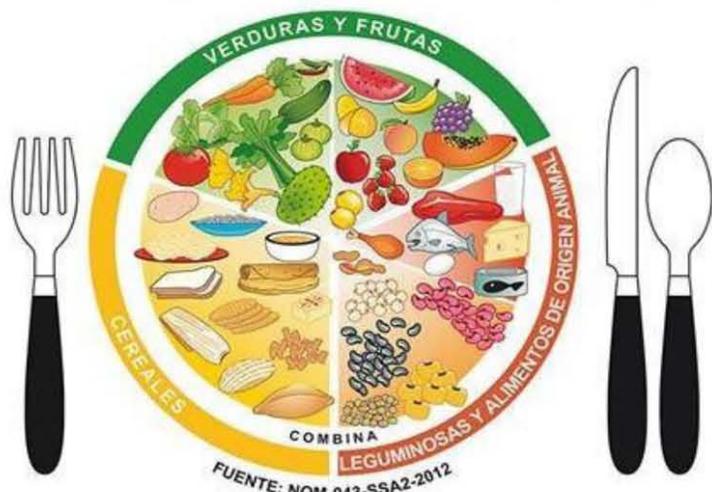
• Los cereales:

Aportan vitaminas y minerales, hierro y, sobre todo, por su aporte de hidratos de carbono complejos (almidón), que son una fuente de energía de alta calidad.

• Leguminosas y alimentos de origen animal:

Tienen un alto contenido de proteína y son fuente importante de energía y fibra, también tienen un contenido de grasa saturada y colesterol.

El Plato del Bien Comer



Fruta entera = 1 pelota de tenis
(1 equivalente de fruta)



Queso = 1 pulgar
(1 equivalente de alimentos de origen animal)



Fruta picada = 1 puño
(1 equivalente de fruta)



Ensalada = 2 puños
(1 equivalente de verduras)

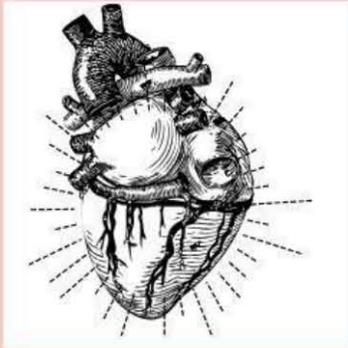


Aroz o pasta = 1 puño
(1 equivalente de cereal)



Carne, pollo o pescado = 1 palma de una mano
(3 equivalentes de alimentos de origen animal)

Elaborado por: Gama Montes Rebeca Natziely



SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

ELABORADO POR : L.E.O. GAMA MONTES REBECA

¿QUÉ ES?

Pérdida de la conciencia y tono muscular que tiene poca duración, restitución espontánea restitución y completa de la conciencia.

¿CUALES SON SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS TIENES?

- Debilidad muscular
- Dolor precordial
- Náuseas
- Cefalea
- Sudoración Fria
- Mareo
- Desmao

¿COMO SE DIAGNÓSTICA?



- CONSULTE A SU MEDICO.
- Electrocardiograma.
- Pueba de Incinación
- Holter
- Pueba de inclinación

MEDIDAS PREVETIVAS

1. Mejorar la alimentación e hidratación.
2. Realizar ejercicios de bajo impacto.
3. Realizar ejercicios ergonómicos.
4. Dormir horario suficiente.
5. Cualquier duda consultar con su medico.



Ejercicios Ergonómicos

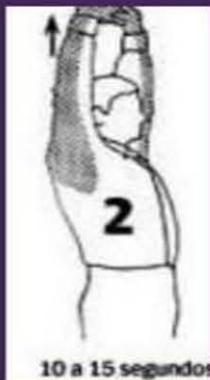
SON UNA SERIE DE EJERCICIOS PARA RELAJARSE Y EVITAR LESIONES POR EXCESIVO SEDENTARISMO.



L.E.O. Gama Montes Rebeca Natziely



Se girar la cabeza de lado a lado 5 veces.



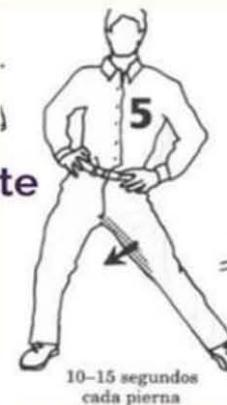
Se levantarán ambos brazos tratando de tocar el techo .

Se entrelazarán ambos brazo y flexionara cadera hacia la derecha e izquierda lado a lado.



Flexionar cada una de nuestras piernas hacia atrás hasta quedar en solo pie durante un solo 8 segundos

Realizar desplantes hacia el frente sin peso.



Hombros hacia atrás 5 tiempos.



18/Septiembre/2019

Evidencia Ejercicios Ergonomicops

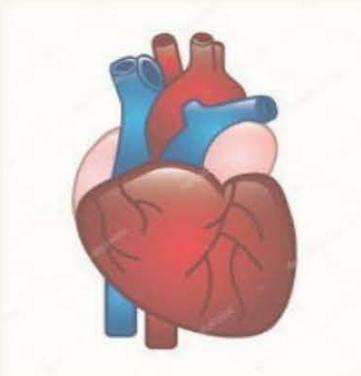


Universidad Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

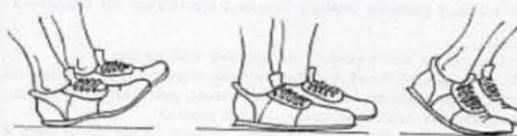


Rehabilitación Cardíaca

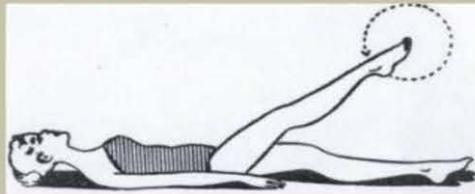
EL OBJETIVO ES AYUDARLO A VOLVER A LLEVAR UNA VIDA ACTIVA Y REDUCIR EL RIESGO DE TENER OTROS PROBLEMAS DEL CORAZÓN Y CIRCULATORIOS.



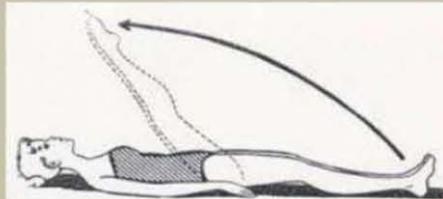
ELABORADO POR: L.E.O GAMA MONTES REBECA NATZIELY



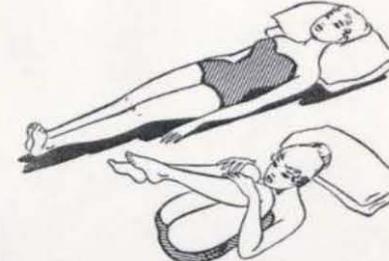
Estando en posición erecta, balancear el cuerpo tocando la punta de los dedos de los pies y el talón.



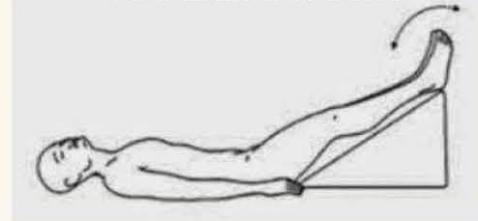
Recostado en una colchoneta levantar pie derecho y realizar círculos de adentro hacia fuera, realizar de igual manera con pie izquierdo durante 10 ciclos cada pie.



Estando acostado en la colchoneta levantar pie derecho, lo más que sea posible y repetir ciclo con el pie contrario 10 veces.



Estando recostado en la colchoneta, flexionar las piernas hacia el pecho y sostenerlas en posición fetal por 5 segundos repetir la dinámica 10 veces



Al dormir, o después de la actividades que normalmente realiza el paciente colocarse en el piso y subir los pies a una altura de 45°



En caso de sentirse mareado, acalorado, o la presión baje, mantenerse en posición fetal, para que la sangre recorra más fácil el cuerpo



18/Septiembre/2019

Evidencia Rehabilitación Cardíaca

8 GLOSARIO

1. **Anatomía:** Ciencia que estudia la estructura, forma y relaciones de las diferentes partes del cuerpo de los seres vivos.
2. **Arritmias:** La arritmia hace referencia a la carencia de un ritmo que resulte estable o regular. En el ámbito de la medicina, la arritmia implica un trastorno en la sístole del corazón.
3. **Bradicardia:** Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.
4. **Cardiopatía:** Enfermedad del corazón.
5. **Cianosis:** Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.
6. **Corazón:** Órgano central de la circulación de la sangre, que en los animales inferiores es la simple dilatación de un vaso y en los superiores es musculoso, contráctil, y tiene dos, tres o cuatro cavidades.
7. **Diástole:** Movimiento de relajación y expansión del corazón y las arterias que se produce cuando la sangre purificada entra en ellas.
8. **Electrocardiograma:** Gráfico en el que se registran los movimientos del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo.
9. **Enfermedad:** Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.
10. **Enfermería:** Ciencia que se encarga del cuidado del ser humano.

11. **Ergonomía:** Estudio de las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo, una máquina, un vehículo, etc., a las características físicas y psicológicas del trabajador o el usuario.
12. **Estudio de gabinete;** Métodos no invasivos para identificar y monitorear enfermedades o lesiones mediante la generación de imágenes que representan estructuras anatómicas internas y órganos del cuerpo del paciente.
13. **Farmacología;** Ciencia que estudia la composición, las propiedades y la acción terapéutica de los medicamentos.
14. **Fisiología:** Parte de la biología que estudia los órganos de los seres vivos y su funcionamiento.
15. **Fisiopatología:** Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.
16. **Gasto cardíaco:** Medida de la cantidad de sangre que el corazón expulsa durante cada contracción, durante un tiempo dado.
17. **Hematosis:** Intercambio de gases se producen entre el aire de los alveolos pulmonares y la sangre venosa, que pasa a ser arterial por fijación del oxígeno y eliminación del dióxido de carbono.
18. **Hipersensibilidad:** Reacción anormalmente fuerte del organismo que se produce como rechazo a una sustancia, especialmente un medicamento o una vacuna.
19. **Intercambio alveolar:** Intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. El oxígeno inhalado penetra en los pulmones y alcanza los alvéolos.
20. **PAE: Proceso de Atención Enfermero.**
21. **PAM.** Presión arterial media.

22. **Patología:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.
23. **Perfusión cardiaca:** Flujo sanguíneo que establece al corazón.
24. **Perfusión cerebral:** Flujo sanguíneo que establece al cerebro.
25. **Rehabilitación:** Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.
26. **Sincope cardiaco:** Pérdida súbita de la conciencia de origen cardíaco, debido a una disminución en el suministro de oxígeno al cerebro, denominada anoxia cerebral. Se manifiesta por palidez, mareos, sensación de debilidad y desmayo brutal, a veces acompañado por una breve parada respiratoria
27. **Sincope:** Desfallecimiento o pérdida completa del conocimiento, generalmente causada por una hipoxia o anemia cerebral. El sujeto se suele recuperar espontáneamente al estirarse en posición de decúbito supino con los pies ligeramente más altos que la cabeza.
28. **Sístole:** Movimiento de contracción del corazón y de las arterias para empujar la sangre que contienen.
29. **Taquicardia:** Ritmo acelerado de la frecuencia cardiaca por arriba de 100 xmin.
30. **Teoría:** Conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico.
31. **Salud:** Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.

32. **Déficit:** Situación que se genera cuando hay escasez de algo necesario
33. **Congénito:** [enfermedad, malformación] Que se presenta durante el período de gestación y puede ser hereditaria o no.
34. **Tasa de Prevalencia:** La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés
35. **Riesgo:** Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
36. **Marcapasos:** Aparato que se coloca quirúrgicamente junto al corazón y que, mediante señales eléctricas, regula la estimulación del corazón y mantiene la frecuencia cardíaca adecuada a las necesidades de cada momento.

REFERENCIAS

- ¹ Mc-Laren AJ, Lear J, Daniels RG. Collapse in an accident and emergency department. J R
- ² Chen I, Shen W, Mahoney D, Jacobson S, Rodeheffer R. Prevalence of syncope in a population aged more than 45 years. Am j med. 2006;1 (19): 10-28
- ³Torres-Molines IV. Sincope. Manual de Cardiopatías Congénitas en Niños y Adultos. 1° ed. Argentina: Journal S.A; 2014.p. 47-64.
- ⁴ Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular diseases: a historical perspective. Lancet. 2014; 38 (3):999-1008.
- ⁵ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana. NOM-019-SSA3.2013. Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Conceptos Básicos en la práctica de Enfermería.1 ° ed. México. OPS; 2016.
- ⁷ Pereda-Acosta M. Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. 1°ed Enf Neurol (Max). 2010; 10 (3): 163-167.
- ⁸ Savannah GA, Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la práctica. 4° ed. Barcelona: Masson S.A.; 1993.
- ⁹ Cavabagh JS. Modelo de Orem Aplicación Práctica. 1ª Ed. Barcelona: Masson S.A; 1993.
- ¹⁰ Martín-García CC, Martínez- Martín ML. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. 7ª ed. España: Elsevier S.A.; 2007.

¹¹ Collier- Fraincoise M. Promover la Vida. 2^a ed. México. McGRAW-Hill Interamericana; 2009.

¹² .Cuevas-Guajardo L, Guillén-Cadena DM. Breve Historia de la Enfermería en México. FESI-UNAM.2012; 1 (1): 3-10.

Disponible en:

http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

¹³ Frank. M. Desarrollo Histórico De La Enfermería. 4^a ed. San Antonio Texas E.U.A: La Prensa Medica mexicana S. A; 1987.

¹⁴ Castillon M. La Dimensión Social de la Practica de Enfermaría. 1^oed. Medellín: McGraw-Hill Interamericana; 1997

¹⁵Santamaría-Fernández. M. Evolución Histórico de la Enfermería y la Cardiología. Enf. En Cardiología. 2007; 40(4). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2341829.pdf>.

¹⁶ Pérez Cabrera IM. Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM. 2010; 7(2); 4-8.

¹⁷ Martínez L, Georgina G. El Paradigma de la Transformación en el Actuar de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011; 19 (2): 105-108

¹⁸Guba E. Criteria for Assessing the Trustworthiness of Natralistic. Inquiries, 1981; 29 (1):75-92

¹⁹ Flores-Fahara M. Implicaciones de los Paradigmas de Investigación en la Práctica Educativa. DGSCA-UNAM. 2004; 5 (1): 2-9

²⁰Kozier B. Fundamentos De Enfermería, conceptos, procesos y práctica. 7ª Ed. España: Pearson Practice Hall; 2005.

²¹Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 2002.

²² Marriner A, Taylor S. Modelos y Teorías de Enfermería. 6º Ed. España: Elsevier - Mosby; 2007

²³D Orem, S Taylor, K MacLaghlin. Nursing: concepts of practice. 6º ed.Georgia. McGraw-Hill 1980: 43

²⁴ Real Academia Española. Madrid. Diccionario de la Lengua Española. 15 ed. Madrid: Talleres Calpes, Río Rosas: 1925,1115.

²⁵ Gordon M. Diagnostico Enfermero. Proceso y Aplicación.3ª ed. Madrid: Mosby-Doyman; 1996.

²⁶ López E, Moreno M. “Conocimiento y Aplicación del Proceso Enfermero en la Práctica Hospitalaria y Comunitaria en México”. 1ª ed. México.2002.

²⁷ Lyer P, Bernocchi D. Proceso y Diagnostico de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. 3ª Ed. México. McGraw-Hill Interamericana. 1997.

²⁸ Alfaro RL. Aplicación Del Proceso Enfermero. 5º ed. Barcelona.: Elsevier; 2003.

²⁹ Andrade MG, López J. Proceso de Atención de Enfermería.2ª Ed. México.Trillas.2014.

³⁰ Kozier B. Fundamentos De Enfermería, Conceptos, Procesos y Práctica. 8ª Ed. España: Pearson Practice Hall; 2005.

-
- ³¹ Andrade MG, López J. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª Ed. México. Trillas. 2014.
- ³² NANDA. Nursing Diagnosis: Definitions & classification 2007-2008. Madrid. España. Elsevier. 2008. p.10
- ³³ Gordon M. Diagnostico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyman; 1996
- ³⁴ Rosales S. Fundamentos de enfermería. 6ª ed. México: Manual Moderno; 2003.
- ³⁵ Asociación Mexicana del Corazón. Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento del Síncope. Rev. Arg. de Cardiolog ; 80 (1):2012. p70
- ³⁶ Real Academia Española. Madrid. Diccionario de la Lengua Española. 13 Ed. Madrid: Talleres Calpes, Río Rosas: 1925, 1115.
- ³⁷ . López V, García C R, Medicina Interna. Síncope Cardiovascular. 13º ed. España: Harcourt Brace; 2009
- ³⁸ Senior- Sánchez JM. Manual de Normas y Procedimientos en Cardiología. 2 ed. Bogotá- Colombia. Distribuna LTDA; 2016.
- ³⁹ Tortora G, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13º ed. México Medical Panamericana; 2013.
- ⁴⁰ Ortega A, Rojas S, Valldeper G, Magraner. Técnicas Básicas de Enfermería. 1 Ed. España. Printed Spain; 2006.
- ⁴¹ Alonso A, Soto M, Mix A, Aguilera P, Lara B. Evaluación del Paciente con Síncope en el Servicio de Urgencia. SC M DE URGENCIA. 2016;31(3): 176-179.

⁴²Moya A, Sutton R, Amirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2009; 30 (9); 2631-2671

⁴³Torres-Molines IV. Sincope. Manual de Cardiopatías Congénitas en Niños y Adultos. Argentina: Journal S.A; 2014.p. 47-64.

⁴⁴Guyton A, Spiña Santiago. Fisiología Humana. 6° Ed. México; Interamericana; 1987.

⁴⁵Rene Bonilla A, Castañeda Osorio I. Diccionario De Medicamentos. 18 ° Ed; México. Panamericana 1994.

⁴⁶Sociedad Mexicana de Capacitación y Educación para la Salud. Guía Práctica para la Elaboración y Registro de Cuidados de Enfermería Estandarizados.12° Ed. México; 2015.

⁴⁷Ladwig A. Manual de Diagnósticos de Enfermería 7° Ed. Elsevier. Madrid; 2007.

⁴⁸NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2018. Madrid. Elsevier.

⁴⁹Collier MF. Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros. 2°Ed. Madrid. Masson; 1995.

⁵⁰Wynn L, Elson L. Anatomía Cromodinámica, Atlas de Anatomía.1° Ed. México. S.A, de CV; 1991.