

302112 10



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
"IGNACIO CHÁVEZ"
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO

TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA EN
PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
DENTRO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANALÚ M^UÁRQUEZ PAULO.

ASESORA: L. E. O. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN

México, D. F. 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A ti mamá
Por enseñarme a enfrentar la vida,
y ser mi guía en la vida.

A ti papá
Por enseñarme a amar
mi vocación.

A ustedes Liliana y Gina
Por ser mis compañeras de vida
y apoyarme durante este camino.

A mis amigos
por acompañarme
y ser parte importante de mi,
en los momentos de
tropiezos y aprendizajes.

A la Escuela de Enfermería del
Instituto Nacional de Cardiología
“Ignacio Chavez”
por una formación integral durante
mis estudios.

A Dios por darme la
capacidad y oportunidad
de aprender, vivir de
esta carrera que es mi vida.

A ti Adam
por estar siempre a mi lado
y brindarme tu apoyo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivos Específicos

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

Antecedentes

Proceso Atención de Enfermería

Valoración

Recopilación de Datos

Fuentes de Información

Diagnóstico

Planificación de cuidados

Jerarquización y Objetivos

Ejecución

Evaluación

Teoría de Los 14 Componentes Básicos de Enfermería

Fisiopatología

Infarto Agudo al Miocárdio

ESQUEMA METODOLÓGICO

Método para la recolección de datos

VALORACIÓN CLÍNICA DEL CASO

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PLANEACIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA.

EVALUACIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Cronograma de valoraciones

Formatos Utilizados

“La importancia del hombre no es vencer, sino lograr
y su razón de existir no sólo es buscar y encontrarse,
sino ser,
siendo inicio y final, morir y renacer
y el tiempo y el lugar a cada paso,
llevando la capacidad de dar.”

Emilio Rojas

INTRODUCCIÓN

y pueda requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

Sin embargo, los nuevos conceptos que nos permiten entender a la enfermería, se basan en los modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos en una estructura descendente, que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto llevándonos al desarrollo de modelos conceptuales, mismos que son definidos como un conjunto de conceptos objetivos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado.

Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, otorgando una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros.

Es aquí, donde nace la inquietud de retomar el modelo de Virginia Henderson, misma que como bien se conoce, no pretendía crear una teoría, realizando su trabajo debido a la preocupación que le causaba el observar la ausencia de una determinación de la función propia de enfermería. Por lo tanto, de acuerdo con la definición de la

función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, mismos que configuran como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

Apoyándonos en esto decimos que el Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención Enfermería.

En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos determinando: el grado de independencia o dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, las causas de la dificultad en tal satisfacción, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas. En las etapas de planeación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas determinando actividades de enfermería que impliquen al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Todos estos criterios serán, entonces, los que guiarán la etapa de ejecución. Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de

Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según Henderson la principal meta es el ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible.

Es por ello que para la elaboración de un caso clínico que aplicado a pacientes con cardiopatía Isquémica se decide la elección de este modelo que junto con el Proceso Atención Enfermería se pretende analizar de manera metodológica la detección, planeación y reducción de los problemas que se presentan en el siguiente caso.

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Durante la revisión de casos que se llevó a cabo en el servicio de la unidad de cuidados intensivos coronarios, con el fin de seleccionar uno, se encontró con la gran incidencia de pacientes portadores de Cardiopatía Isquémica, creando así el interés de estudiar y analizar para la elaboración de estudio de caso, aplicando el Proceso Atención Enfermería, con la finalidad de mostrar la importancia que tiene la aplicación de un modelo, en este caso en específico, detectando necesidades y problemas básicos, por medio de la valoración, dando un diagnóstico de enfermería, planeando acciones de enfermería, ejecutándolas y evaluando las mismas.

El siguiente caso se trata de un paciente masculino de 50 años de edad, con licenciatura en derecho, de nivel social y económico medio, con buenos hábitos higiénicos, y alimenticios, tabaquismo positivo al igual que alcoholismo positivo (ocasional), con antecedentes familiares de Cardiopatía Isquémica, evento cerebrovascular y Diabetes Mellitus II. Iniciando días antes con dolor "soportable" en el pecho que desaparecía al reposo, el día 29 de noviembre presenta dolor de mayor intensidad que no cede al reposo, decidiendo acudir al servicio de Urgencias del Instituto, donde se

decide su ingreso con diagnóstico de Angina Inestable dándose tratamiento para la misma, el 30 de noviembre en las primeras horas, presenta episodio de dolor precordial opresivo con intensidad 10/10 irradiado a brazo izquierdo, neuro - vegetativos, diaforesis, ansiedad y cambios en el electrocardiograma iniciando tratamiento específico*, e intervencionista (Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea), con colocación de stent en Descendente Anterior quedando con Timi. 3. Siguiendo tratamiento de base.

* Es necesario dejar en claro que no se inicia tratamiento trombolítico, a causa de antecedentes de Úlcera Gástrica, recordando que ésta es una contraindicación de dicho tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

El cuidado al paciente crítico ha sido una de las inquietudes primordiales dentro de la práctica profesional de enfermería ya que su manejo ha requerido el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas por el personal de la salud en todos los campos, sin embargo, el paciente con patología cardiovascular ha tenido la necesidad de una atención especializada puesto que en diferentes fases es considerado como paciente crítico y por consiguiente se hace necesaria un cuidado especial durante su tratamiento.

Hoy en día se pretende proporcionar atención integral al paciente con dolor torácico agudo de tipo anginoso para su valoración, tratamiento y control; al mismo tiempo que se trabaja en el desarrollo de terapéuticas que permiten reducir la zona lesionada con el objetivo de limitar daño y complicaciones.

Así pues, mucho se ha hablado de la importancia de la atención de enfermería en cualquier ámbito, por lo que es necesario recalcar que dicha atención debe ser fundamentada en el conocimiento mismo de su que hacer profesional, de tal manera lógica, organizada y basada en principios científicos eleva el nivel de calidad que se brinda y con

ello contribuye a la disminución tanto de la morbilidad como de la mortalidad.

Es entonces cuando decimos que el área profesional de enfermería tiene una acción en un aspecto importante, la extensión de su capacidad profesional en el ejercicio de sus actividades, puesto que ya no es considerada como sólo una simple ejecutora de las órdenes médicas sino que tiene un campo bien definido de trabajo y responsabilidad, ya que participa en la evaluación del marco de conocimientos existentes, respecto de la condición del paciente como un ser humano, incluyendo los aspectos fisiológicos y de conducta, donde según los datos evaluados en el proceso de ejecución ella forma parte del diagnóstico y tratamiento añadiendo parte complementaria.

Es por ello que podemos decir que viene siendo una meta principal el atender las necesidades físicas del paciente con Infarto Agudo al Miocardio, preocupándose por todos los pequeños detalles que son importantes para la comodidad del paciente, siendo necesario el saber escuchar y armonizar los elementos físicos con los emocionales y espirituales, esperando que la enfermera esté siempre presente para atender y observar al paciente, examinar su estado e

informar sobre el mismo, estando capacitada de tal manera que en caso de urgencias sea capaz de emitir juicios y tomar decisiones¹.

De esta manera nace la inquietud de presentar un caso clínico, donde se muestre la participación de enfermería teniendo como bases principales la extensión de su capacidad profesional en el ejercicio de sus actividades guiada y fundamentada por la teoría de Virginia Henderson, así como, brindar solución a las necesidades básicas del paciente en el caso clínico que se presenta.

¹ ALFARO, R., *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Madrid., ESPAÑA., 1994, p. 67 - 73

OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL:

- I. Analizar un caso clínico donde se realice el Proceso Atención Enfermería como base teórica, aplicado a la práctica clínica, a través de juicios, bases teóricas y habilidades, con el fin de ofrecer un diagnóstico, donde se brinde solución a los problemas reales, teniendo como finalidad primordial el cubrir las necesidades individuales del sujeto en estudio.

ESPECÍFICOS:

- I. Enfatizar que todo individuo sano o enfermo es un ser humano que se encuentra sujeto a cambios constantes, y no solo sociales sino también éticos y psicológicos.
- II. Exponer la importancia de tener bases teóricas y científicas para brindar con eficacia los cuidados de

enfermería a un paciente crítico dentro de una Unidad de Cuidados Coronarios.

- III. Realizar un caso clínico donde la enfermera analice de manera integral el diagnóstico del paciente proporcionando un cuidado integral logrando obtener la recuperación e integración del individuo a su vida como un ente biológico, psicológico social y espiritual.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Cuando en México apenas se estaba gestando la idea de preparar enfermeras de carrera, en Europa y Estados Unidos de Norte América, ya existían enfermeras profesionales egresadas de escuelas creadas para ello.

El origen de la enfermería profesional en Inglaterra, se ubica con la implantación del sistema de Florencia Nightingale 1860 en el Hospital H. Thomas de Londres, aunque en Europa desde el siglo XVII ya se daba entrenamiento a las mujeres que atendían a los enfermos.

Este primer sistema de formación profesional de enfermeras, modelo Nightingale, centraba el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela-hospital. Las aspirantes trabajaban con las estudiantes mas avanzadas, bajo la dirección de la jefe de piso, quien gozaba de gran prestigio. Las alumnas, personal del hospital, rotaban cada tres meses por los diferentes servicios, alternando turnos diurnos y nocturnos con la finalidad de adquirir una amplia gama de experiencias que les permitieran enfrentar diversas situaciones.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el del médico ni con otro tipo de personal. Sus

funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: puntualidad, orden, limpieza, método, habilidad, técnica en curaciones, vendajes, tendido de cama, etc., dando relevancia a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Sin embargo en Francia la primera escuela "profesional" de enfermería se establece en 1878 en el hospital de la Salpetriere como una de las estrategias del Estado para proporcionar asistencia médica a los enfermos sin recursos, con la reestructuración paralela de los servicios hospitalarios iniciada a partir de la separación Iglesia-Estado en el siglo XVIII y acentuada con el desarrollo de la medicina a finales del siglo XIX.

Como consecuencia de la Guerra de Secesión, que hizo evidente la necesidad de enfermeras, se acrecentó el interés por su formación existiendo ya en 1873 tres escuelas basadas en el modelo Nigthingale, en 1897 estaría formándose ya la Asociación Americana de Enfermeras y para 1900 existieron alrededor de 400 escuelas con programas de dos o tres años.

En Estados Unidos hubo varias iniciativas para formar enfermeras desde principios del siglo XIX, sin embargo, es hasta la siguiente mitad de este siglo cuando se fundan las escuelas consideradas como las pioneras en la formación de enfermeras; la del

Hospital de Mujeres de Filadelfia en 1861 y la del Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra, atendido por mujeres médicas reunidas para contrarrestar la discriminación femenina. Uno de sus objetivos fundamentales fue la preparación de enfermeras, que se inicia desde 1862, pero hasta 1872 se establece el programa formal de un año, siguiendo el ejemplo de las dionicias Kaiserworth.

Con el nuevo estilo, se inician también cambios en la formación de las enfermeras; las estudiantes empiezan su preparación fuera de los servicios para contar las bases de enfermería antes de enfrentar la práctica real.

No es sino hasta finales del siglo pasado en México, los establecimientos de la Beneficencia Pública adolecían de muchas deficiencias tanto en sus propias instalaciones como en la atención que brindaban. Los hospitales no contaban con recursos materiales y humanos adecuados para el cuidado de los enfermos. Siendo hasta 1882 el inicio del proyecto donde se destaca, la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermería anexa al hospital, como ya sucedía en Londres y Nueva York. Para ello se consideró la posibilidad de enviar a algunas jóvenes a prepararse a Estados Unidos o a Europa. Baste decir que para finales del siglo solo

el 9.3% de la población tenía acceso a la instrucción, y que este era posible para las clases privilegiadas.

Por acuerdo en 1898 del Presidente Porfirio Díaz la primera Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros se estableció en el Hospital de Maternidad e Infancia que, como su propia denominación lo indica, estaba pensada para personas de ambos sexos que estuvieran trabajando en los hospitales.

En base a lo anterior mencionado podemos concluir que el establecimiento de la escuela de enfermería obedeció, como en Francia, a un factor externo al mismo grupo de enfermeras la necesidad de proveer al nuevo Hospital de enfermeras instruidas y convenientemente educadas para atender a los enfermos.

En la actualidad la enfermería se ha hecho tan compleja que amerita la enseñanza a nivel superior, debido a los avances científicos y tecnológicos así como por la super especialización de los procesos asistenciales que exigen otras capacidades de la enfermera profesional, además de su destreza técnica y su sentido humanístico².

Es entonces cuando se analiza los propósitos de enfermería según su historia y se encuentran temas claves en común como la promoción a la salud y el fomento del cuidado individualizado.

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Con el propósito de precisar y resolver de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, conforman el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas de manera lógica, las cuales tienen como objetivo la correcta planificación y ejecución de los oportunos cuidados al paciente. Sin olvidar que estas etapas se encuentran íntimamente relacionadas, a un cuando puedan definirse de manera independiente, gracias a que el proceso de enfermería implica una acción constante dentro de todos los niveles, determinando y cubriendo las necesidades del paciente y no sólo desde una perspectiva física o biológica, sino también desde una forma psicológica, sociológica, cultural y espiritual, haciendo posible una mejor aproximación y adecuado establecimiento de prioridades a los problemas y necesidades del paciente, la formulación de estrategias de actuación oportuna, coordinación de diferentes

² HENDERSON-NITE, *Enfermería Teoría y Práctica*, Vol. 1, "Papel de la enfermera en la atención del paciente", MÉXICO, D.F., 1997, p. 94 - 96

intervenciones del equipo de salud y una máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial³.

Retomando un poco de su historia el proceso de Atención Enfermería nace cuando es considerado por primera vez como un proceso, donde Hall en el año de 1955, describe un proceso de 5 fases, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), mencionan un proceso trifásico basado en el proceso de 5 fases; Yura y Walsh (1967), describen un proceso con cuatro fases (valoración, planificación, realización y evaluación), Bloch (1974), Roy (1975), Orlando (1961), Aspinal (1976), establecen ya al proceso de 5 fases (valoración, diagnóstico, planificación, realización y evaluación)⁴.

El proceso de atención de enfermería se fundamenta en un marco teórico científico conduciendo así a los principios de la enfermería.

³ ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA, T 1., *Proceso Atención Enfermería*, MÉXICO t.p. 1.

DESCRIPCIÓN DE LAS FASES

1. VALORACIÓN.

La etapa inicial del proceso de enfermería depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al paciente que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. Es decir se intenta descubrir tanto sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

1.1 RECOPIACIÓN DE DATOS.

La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que otras ocasiones de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas.

Entre los datos a obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, detectados directamente por el personal de enfermería, y otros que son subjetivos, facilitados por el propio paciente.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que recojan información sobre los siguientes ámbitos:

- Información de carácter general: nombre, sexo, estado civil, lugar de residencia, etc..
- Características personales: idioma, raza, religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación.

- Hábitos: estilos de vida, tipo de alimentación, ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, actividades recreativas.
- Antecedentes personales y familiares: antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, transfusiones sanguíneas.
- Estado físico: constantes vitales: pulso, temperatura corporal, presión arterial, frecuencia respiratoria. Peso, talla, funciones fisiológicas, estado de conciencia, etc..
- Datos biológicos: grupo sanguíneo y grupo Rh, déficit sensorial o motriz, alergias.
- Datos psicosociales: niveles de estrés, ansiedad, sufrimiento, estado emocional y mental, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural⁵.

⁵ ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERÍA, *Op. Cit.*, pag., 2 y 3.

1.2. FUENTES DE INFORMACIÓN.

Los datos útiles requeridos para la valoración del estado del paciente y sus necesidades pueden provenir de diversas fuentes, si bien, cuando resulta posible, se considera que la información primaria debe obtenerse a partir del propio paciente, a través de la entrevista y el examen físico, los datos de laboratorio y los resultados de las pruebas complementarias.

La entrevista es un método de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés pero, donde también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo asimismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones. El cuestionario debe cubrir diversas áreas de interés y para que sea completo conviene recurrir al uso de formularios preestablecidos.

También debe tenerse en cuenta la información procedente de fuentes secundarias, como son las aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente, así como los datos registrados en la historia clínica actual o en alguna anterior y los informes derivados de los demás miembros del equipo de salud.

2. DIAGNÓSTICO.

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos obtenidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan⁶. Es decir, se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para planear los cuidados de enfermería más oportunos logrando de esta manera diseñar un plan de atención a las necesidades, determinando las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, así como también los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación, considerando atentamente los hechos, comportamientos, signos, y síntomas, etc..

⁶ *Ibidem.*, pag., 4.

3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.

En esta fase, sobre la base de los datos obtenidos en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a la prevención y corrección de los problemas detectados. Es una etapa orientada a la acción ya que se establece un plan de actuación, determinando sus diversos pasos que corresponde a adoptar el curso de todo el proceso de enfermería.

3.1. JERARQUIZACIÓN Y OBJETIVOS.

La fase de planificación requiere del establecimiento de una jerarquización de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes. A partir de la jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para la resolución de los problemas del paciente y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia⁷. Dichos objetivos pueden ser de muy diferentes naturaleza ya sea a corto, a medio o a largo plazo,

⁷ *Ibidem.*, pag., 5

así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes, dependiendo de las características de cada caso.

Así pues, una vez establecido el orden de prioridades, se determina el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para poder conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse al propio paciente y familiares.

El plan de cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional de enfermería que tiene a su cargo al enfermo, constituye también un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud.

La formulación del plan de actuaciones debe contemplar siempre que sea posible y en función de su estado de salud física y mental, la colaboración del paciente⁸. La cooperación del propio enfermo durante la estructuración del plan de atenciones, tanto en lo referente a la estipulación de prioridades como en lo que respecta a la determinación de los cuidados oportunos, resulta de la máxima utilidad a la hora de solicitar su participación activa durante el curso del proceso.

⁸ *Ibidem.*, pag., 5 y 6.

4. EJECUCIÓN

La siguiente fase, no es más que la puesta en práctica del plan de acciones creadas previamente donde cuya meta es la de conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación, donde no debe limitarse a la resolución de los problemas de salud que presente, sino que también es de suma importancia conceder la debida atención a su dimensión como persona incluyendo preocupaciones, temores y ansiedades⁹.

Durante la ejecución la comunicación entre el personal y el paciente ya sea verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional.

Siendo de suma importancia el destacar que, a lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como una guía ya que se continúan recoleccionando información sobre el estado y evolución del paciente ocasionando la modificación de las estrategias planeadas. Resultando fundamental el registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados

⁹ *Ibidem.* Pag 7.

obtenidos y las respuestas del paciente ante su planeación, ya que solo de esta forma se podrá realizar una evaluación eficaz del plan elaborado.

5. EVALUACIÓN.

Siendo esta la última fase del proceso de atención de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se ha alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, al mismo tiempo que se integran nuevos datos que surgen de la evolución del estado del paciente.

Sin embargo las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas obligando a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en el beneficio del paciente.

La fase de la evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones

del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado¹⁰.

¹⁰ *Ibidem.*, pag. 8 – 10.

TEORIA SELECCIONADA

14 COMPONENTES DE LA ASISTENCIA BÁSICA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional de enfermería, ya que facilitan la forma de describir, analizar, explicar y predecir el fenómeno del cuidado

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos donde describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un solo grupo en situaciones e individuos en específico, si no que, son generales, y estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem Roy, Henderson, entre otros.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería, ya que no todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que este involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera del área de psiquiatría le interesaría la aplicación del Modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, para una enfermera clínica le interesará aplicar Las 14 necesidades básicas. Y para una enfermera comunitaria el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, sin embargo es importante aclarar que no ayudara a resolver todos los problemas suscitados en cada una de estas áreas, sino facilitara el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o

Proceso Atención Enfermería (PAE).¹¹ Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.

Con todo esto no tratamos más que mencionar él echo, que el tomar como modelo a Virginia Henderson que con su teoría de las necesidades básicas bien podemos cubrir, como ella misma lo menciona, las principales o tal vez mejor dicho, las necesidades básicas del individuo, familia o comunidad en cuestión; aplicando obviamente el Proceso Atención Enfermería.

Así pues creemos de gran importancia brindar un pequeño panorama, de parte de la carrera de Virginia Henderson entes que todo.

Virginia Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en principal meta fue aclarar las funciones de enfermería donde considera que su trabajo más que una teoría de enfermería viene siendo una definición. Siendo así como todo profesional de enfermería debe ser influenciado por otros autores tales como para ella lo fueron: Caroline Stackpole, con: "La revisión de 1955 de "The principles and practice of nursing", donde su importancia de mantener un equilibrio fisiológico", Jean Broadhurst en: "La importancia de la

¹¹ FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, 3rd ed.

higiene y la asepsia” ó Ida Orlando, con: “Relación enfermera paciente”.

Logrando así, enlistar y jerarquizar a cada una de las necesidades conjunto al cual se denomina: los 14 Componentes de la asistencia Básica de Enfermería, siendo estos los siguientes:

Respiración.

- ◆ Alimentación.
- ◆ Eliminación.
- ◆ Movimiento y postura.
- ◆ Descanso y sueño.
- ◆ Vestido.
- ◆ Termoregulación.
- ◆ Higiene e integridad de tegumentos.
- ◆ Evitar peligros y riesgos.
- ◆ Comunicación.
- ◆ Religión.
- ◆ Autorealización y trabajo.
- ◆ Recreación.
- ◆ Aprendizaje.

De esta manera, si se analiza la definición de Henderson podemos observar que la jerarquización de los componentes básicos va desde las necesidades filológicas hasta las psicosociales, con lo que podemos concluir que su definición de enfermería lleva implícito que el equilibrio fisiológico es inseparable del emocional. Entonces si estudiamos su teoría podemos ver que ella misma define al paciente como la persona que debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional pero donde requiere ayuda para ser independiente, tratado en todas la etapas de la vida, con su familia; ya que estos en si forman una unidad; Pues más que el lograr mantener la salud, el principal objetivo es el de proporcionar una mejor calidad de vida, dando prioridad a la promoción para la salud que sin ser menos importante que la atención del enfermo si es prioridad ante cualquier situación la promoción a la salud que los individuos obtienen al recuperar o mantener la salud si tienen la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios; mismos que el profesional de enfermería tiene como responsabilidad cubrir, es entonces que decimos que la enfermera debe proteger enseñar y orientar dando a conocer los hábitos sociales y religiosos del paciente modificando su entorno si así lo cree conveniente solo con el fin de conservar la salud¹².

¹² RUBIO, D.S., HINOJOSA, M. A., Teorías y Modelos de Enfermería, UNAM., E.N.E.O.,

Virginia Henderson también señala una relación que debe existir entre enfermera paciente donde ésta funge no sólo como “cuidadora de la salud” sino que también como una ayuda para el paciente, así como también un sustituto de algo necesario y/o como compañera del paciente sin olvidar su entorno¹³.

Así pues menciona que el plan de atención debe ser elaborado junto con el paciente para que su día transcurra con la mayor normalidad posible y debe llevarse a cabo de forma efectiva y que facilite el plan terapéutico del médico, pues no hay que olvidar que es un trabajo en conjunto; por lo que la función de la enfermera es única e interdependiente de la del resto del personal de salud.

Concluyendo de esta manera, que la practica del profesional de enfermería ayuda al paciente a ser independiente o bien a llegar a una muerte tranquila mediante la valoración, planificación, ejecución y evaluación efectiva de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

Así pues es de suma importancia dejar en claro que la elaboración de este caso es solo una pequeña muestra de la importancia que tiene para el profesional de enfermería en la práctica clínica la elaboración de un plan, basado en algún modelo, ya que el valorar, planear, ejecutar y

evaluar son acciones que diariamente se pueden lograr llevar acabo obteniendo así mejores resultados con un mismo fin, que en este caso es el de conservar o llevar al individuo a un estado completo de salud.

¹³ *Ibidem*, p. 67

FISIOPATOLOGÍA

Una vez teniendo en claro los puntos básicos de esta teoría no se debe olvidar que una de los pilares para poder llevar a cabo una plan, es también el conocer el diagnóstico médico del sujeto en estudio, conociendo causas, factores desencadenantes de la enfermedad y sobre todo el tratamiento médico con sus ventajas y/o complicaciones que éste puede traer.

PATOLOGÍA CORONARIA

La red vascular coronaria abastece de oxígeno y nutrientes a las células cardíacas y está preparada para realizarlo así durante toda la vida. Sin embargo hay ocasiones en que el paso de sangre a su través es dificultado y, a veces, obstruido por diversas causas. El corazón se puede resentir gravemente, e incluso sobrevenir la muerte. Este proceso patológico (obstrucción parcial o completa más enfermedad cardíaca) recibe el nombre de cardiopatía isquémica.

El factor que más frecuentemente la desencadena es la aterosclerosis. Según la OMS es una "combinación variable de

modificaciones en la capa íntima de las arterias (diferenciándolas de las arteriolas), que consiste en la acumulación focal de lípidos, hidratos de carbono complejos, sangre y productos sanguíneos, tejido fibroso y depósitos de calcio, asociada a alteraciones en la capa media". No es un sinónimo de arteriosclerosis porque éste es un término más inespecífico que hace alusión al endurecimiento de las arterias y arteriolas.

La aterosclerosis viene propiciada por una serie de factores:

- Tabaco.
- Hiperlipemia.
- HTA.
- Stress.
- Sedentarismo.
- Diabetes.
- Obesidad.

En algunas ocasiones hay causas ajenas a la aterosclerosis que precipitan una cardiopatía isquémica son:

- Anomalías congénitas.
- Emigración de émbolos provenientes de AI o VI.

- Aortitis sífilítica.
- Aneurisma disecante.
- Poliarteritis.
- Espasmo arterial coronario.

Cuando tras una angina de pecho que no cede al tratamiento médico conlleva a una estenosis coronaria de un 50 - 70% (según la arteria afectada), debe plantearse:

Dilatar la estenosis mediante cateterismo o disolver el trombo "in situ" con fibrinolíticos del tipo estreptoquinasa

Realizar un by-pass

Antes de intervenir es necesario realizar al paciente una coronariografía para identificar escrupulosamente las zonas y el grado de isquemia que presentan todas las arterias cardiacas. Con esta información ya se puede decidir qué tipo de intervención se va a realizar¹⁴.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Sin antes olvidar que teniendo el concepto de la enfermedad en estudio es la gran pauta que nos permite tener un mejor entendimiento

¹⁴ SANZ, G. A. *Cardiopatía Isquémica.*, en Ferreras/Rozman "MEDICINA INTERNA". Barcelona, ESPAÑA, 1988, p. 60 - 85.

de ésta podemos decir entonces que el Infarto Agudo al Miocárdio es la necrosis miocárdica ocasionada por la reducción súbita por la oclusión total del flujo sanguíneo coronario a un segmento del miocardio, teniendo como principales causas aterosclerosis coronaria y rotura parcial o total de la placa, llevándonos a la formación de un trombo que combinado a mecanismos fisiológicos naturales como la formación de trombógeno, activación plaquetaria con liberación de ADP serotonina, trombinas y tromboxano, que no es más que una respuesta por el probable daño endotelial de la arteria que irriga la región lesionada, nos llevará a un consumo del oxígeno sanguíneo de la región miocárdica deteniendo el ciclo de Krebs¹⁵. No obstante, debemos tener en cuenta que no es el único proceso por el cual se produce un infarto, ya que existen otras causas como es el espasmo coronario, añadiendo que las alteraciones originadas guardan relación con la cantidad de masa muscular ventricular izquierda necrosada lo que origina que se reduzca la distensibilidad, reduciendo la fracción de expulsión en la presión y el volumen telediastólico, por consiguiente aparece insuficiencia cardíaca y en peores casos choque cardiógeno.

¹⁵ BRAUNWALD, *Tratado de Cardiología*, Vol. 1 y 2, MÉXICO, D.F., 1998, p. 2604

CUADRO CLINICO

En todas las enfermedades, como bien sabemos existen factores desencadenantes que nos llevan a un estado de enfermedad, sin ser esta la excepción para el IAM tenemos los pacientes que realizan ejercicio moderado a intenso y estrés emocional, procedimientos quirúrgicos vinculados con la pérdida importante de sangre, infecciones respiratorias, embolismo pulmonar, hipoxemia de cualquier origen, hipoglucemia, ingesta de medicamentos con contienen algún derivado ergonovínico, alergias, enfermedad del suero y otras, tienen mayor porcentaje de posibilidades de presentar un evento cardiovascular.

Sin embargo existen factores de riesgo independientes ya establecidos como son: edad avanzada, sexo masculino, tabaquismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e HAS, obesidad, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, sedentarismo, hipertrigliceridemia e hiperuricemia. La combinación de hipercolesterolemia, HAS y tabaquismo proporcionan un riesgo ocho veces mayor para cardiopatía isquémica¹⁶.

¹⁶ HARRISON, *Principios de medicina interna*, Vol 1 y 2, 13 º edición, , MEXICO, D.,F. 1994, p.

Alrededor de 2/3 de los pacientes presentan síntomas prodrómicos días o semana antes del infarto, consistentes en angina de pecho progresiva, disnea o fatiga. Por lo general, el primer síntoma de IAM es un dolor visceral, subesternal y profundo, que el paciente describe como constrictivo o compresivo y que a menudo irradia a espalda, mandíbula o brazo izquierdo. El dolor tiene como carácter similar a la de angina de pecho, aunque habitualmente es más intenso y más prolongado localizado en la cara anterior del hemitórax izquierdo, con irradiación hacia el hombro izquierdo, cuello, maxilar inferior, cara interna del brazo y antebrazo izquierdo, muñeca y dedos de la mano izquierda, aunque puede tener otras localizaciones menos frecuentes, es un dolor insoportable que mantiene al paciente inquieto sin encontrar alivio en ninguna posición (sensación de muerte inminente), puede durar desde 30 minutos hasta varias horas y no cede con la administración de nitroglicerina o isosorbide sublingual.

También ocurre náusea, y vómito, disnea, palpitaciones, debilidad sensación de desvanecimiento, angustia, mareos¹⁷.

Durante la exploración física el paciente suele estar inquieto, aprensivo, pálido y diaforético, en ocasiones llega a existir cianosis central o periférica. El pulso puede ser filiforme y la presión arterial

¹⁷ EL MANUAL MERK, *Diagnóstico y tratamiento*, MÉXICO, D.F. 1992, p.559 - 574.

variable, si bien muchos pacientes pueden presentar inicialmente datos de hipertensión.

Las arritmias cardíacas son frecuentes, en las primeras fases del infarto pueden registrarse bradicardia o extrasistoles; por lo general los ruidos cardíacos están ligeramente apagados; prácticamente se logra auscultar el cuarto ruido¹⁸.

Cuando existe daño celular grave, con destrucción y rotura de sus membranas, se liberan algunas enzimas al torrente sanguíneo, que pueden determinarse y ser de gran utilidad en el diagnóstico de infarto o necrosis miocárdica:

Fosfoquinasa de creatina (CPK): comienza a elevarse de 4 a 8 horas después del inicio de los síntomas del IAM, alcanza su pico máximo a las 24 horas y declina en el transcurso de cuatro días. Si se somete al paciente a algún tratamiento de reperfusión (trombólisis, ACTP), durante las primeras 24 horas, el pico máximo se alcanza a las 12 horas.

Deshidrogenasa láctica (DHL): comienza a elevarse 24 a 48 horas después del inicio de los síntomas de infarto, alcanza niveles

¹⁸ INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHAVEZ", *Manual de Urgencias Cardiovasculares*, 1996, MÉXICO, D.,F., p. 507.

máximos en tres a seis días y disminuye a niveles normales a los 14 días¹⁹.

¹⁹ LAWIN, Peter. Cuidados Intensivos, Barcelona. 1986

TRATAMIENTO

El tratamiento se orienta hacia el alivio del dolor, la limitación del tamaño del infarto, la reducción del trabajo cardiaco y la prevención y el tratamiento de las complicaciones.

Medidas Generales: Se recomienda un ayuno inicial de 6-8 horas, seguida de dieta blanda, rica en residuos y 20 a 30 Kcal/kg/día. La estancia en cama puede predisponer constipación; debe evitarse el esfuerzo defecatorio con el uso de laxante tipo agarol, agiolax, etc. reposo absoluto en semi-fowler, oxigeno por puntas nasales de 2 a 4 l/min.

Medidas Especificas: analgésicos, ansiolíticos, Nitratos, antiagregantes plaquetarios.

TROMBOLISIS: El beneficio de este tratamiento es mayor en cuanto más pronto es se instituya la terapia trombolítica siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- Dolor con duración mayor de 30 minutos.
- Elevación del segmento ST mas de 0.1mVen cuando menos dos derivaciones electrocardiográficas contiguas.
- Cuadro clínico de infarto.
- Sin complicaciones:

- EVC hemorrágico, trombótico o embólico.
- Cirugía cerebral o traumatismo craneal
- Sospecha de disección aórtica.
- Pancreatitis aguda.
- Hemorragia activa interna.
- Trastornos de la coagulación.
- HAS no controlable.
- Retinopatía diabética,
- Embarazo o una semana posparto.
- Neoplasia craneal conocida.
- RCP traumática o prolongada
- Reacción alérgica previa al trombolítico.

Sin embargo existen métodos diagnósticos y terapéuticos que pueden aplicarse en este evento como la coronariografía realizado con el fin de obtener datos diagnósticos y en mejor de los casos utilizado a su vez como una técnica terapéutica²⁰.

²⁰ HARRISON, *Op Cit.*, Vol 2, p. 187 - 190

ESQUEMA METODOLÓGICO

METODÓ PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Valoración: Basándonos en los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería y la Taxonomía de la NANDA²¹, se elaboró un instrumento de valoración para la obtención de datos generales y específicos del paciente, realizando dicha recolección por medio de la observación, entrevista directa e indirecta, exploración física y complementando con información del expediente clínico, laboratorios y anexos.

Diagnóstico: La elaboración de los diagnósticos fue realizada en base al formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas), estableciendo juicios clínicos según la detección de problemas de la salud, o de los procesos vitales reales o potenciales que presentó.

Planeación: Teniendo como base la jerarquización de los 14 componentes de la asistencia básica en enfermería y de acuerdo a los diagnósticos enfermeros obtenidos, se establecieron objetivos y se determinó las intervenciones de enfermería y acciones del paciente -

²¹ NANDA. *Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación, 1999 - 2000.*, MADRID, España, 1999. P.p.435

(en caso de que el paciente fuera capaz de participar) -, encaminadas a la solución de los problemas detectados.

Ejecución: Una vez determinadas las acciones de enfermería se prosiguió a establecer la línea de acuerdo al nivel de relación enfermera paciente, **enfermera como sustituto** (la enfermera realizó todas aquellas actividades donde el paciente se encontraba incapacitado para llevar a cabo), **enfermera como apoyo del paciente** (la enfermera supervisó y colaboró con el paciente para realizar acciones establecidas), **enfermera como compañera del paciente** (la enfermera fungió como orientadora y educadora de la salud, como compañera y *amiga*)²², punto importante ya que el tener una interacción directa con el paciente se observó, el cumplimiento de los objetivos.

Evaluación: Punto donde se analizó y se recolectaron resultados, según la respuesta del paciente de acuerdo a los objetivos establecidos.

De esta manera con el fin de facilitar la recolección de datos, estructuración de los diagnósticos, determinación de objetivos,

planeación de acciones del paciente y de enfermería y realizar una evaluación se elaboraron dos instrumentos, donde, primero se determinan necesidades (según la jerarquización establecida de Virginia Henderson), posteriormente se especifican y describen según los Diagnósticos Enfermeros (establecidos por la NANDA). El segundo fue realizado de manera de diagrama de flujo donde cada diagnóstico estructurado, nos lleva a establecer objetivos haciendo posible la planificación de las acciones de enfermería y del paciente según nivel de relación enfermera paciente, obteniendo así un resultado o evaluación.

²² WERTMAN, D. *Definición de la Enfermería, Virginia Henderson*, Barcelona, ESPAÑA, 1988, p. 69-74.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL CASO

VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Ficha de identificación.

Nombre: A.G. F. Edad: 50 años.

Sexo: Masculino Estado civil: Casado.

Lugar de Nacimiento: México, D., F. Lugar de residencia:

México D.F

Escolaridad: Abogado. Religión: Católico.

Ocupación: Abogado Peso: 68 kg. Talla: 1.70cm.

Fecha de Ingreso: 29 noviembre 2000.

Perfil del paciente

Hábitos higiénicos: adecuados. Vivienda: Propia, ventilación, cocina, sala, comedor, 3 habitaciones, tres baños, habitando 3 personas, sin mascotas. Agua intradomiciliaria, luz teléfono, agua, drenaje, control de la basura, niega fauna nociva, medios de transporte, servicios de salud cercanos.

Aseo personal diario, cambio de ropa completo y baño en regadera, aseo bucal 1 a 2 veces al día, lavado de manos después de ir

al baño. Tipo de alimentación dos alimentos al día, generalmente comida en locales establecidos y poco frecuente en casa, con la siguiente relación. Leche y sus derivados: 7/7, carne 4/7, Frutas 2/7, leguminosas 4/7, Huevo 4/7, alimento chatarra 7/7, consumo de líquidos 2 litros diarios. Evacuando de 1 a 2 veces al día, orinando 3 veces al día. Descanso y sueño con un horario aproximado de 6 a 7 horas diarias por la noche, no practica ningún deporte, trabajo de oficina (sedentario), sin horario fijo de trabajo, descansando 1 a 2 días a la semana, Tabaquismo positivo 15 a 20 cigarrillos al día durante 25 años. Alcoholismo positivo (solo en reuniones), Esquema de inmunizaciones completo, niega alérgicos, traumáticos o transfusiones.

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Alberto García Franco (paciente motivo del estudio)	50	Abogado	\$ 4000.00
Susana (esposa)	47	Diseñadora	Ninguna
Alberto (hijo)	28	Contador	Ninguna
Emiliana (Hija)	25	Abogada	\$ 2000.00

ROLL FAMILIAR

Relaciones interpersonales familiares buena, el hijo mayor vive en departamento solo, solo la hija la menor vive con ellos dedicándose cada quien a sus labores, desarrollando un ambiente armonioso de respeto y cordialidad, tienen conciencia de la enfermedad del padre y están dispuestos a ayudarlo tanto económica como moralmente en todo lo que se requiera. Con relación a su vida social llevan una vida privada, sus relaciones con los vecinos son en general bueno.

El paciente acepta su enfermedad, acudió al hospital en cuanto le fue posible, refiere sentir miedo a no poder regresar a su vida anterior, preocupación por sus ingresos económicos, refiere ser muy nervioso y tiene miedo de que las cosas no salgan bien y quede imposibilitado, Dice estar consiente de que los causantes de su enfermedad fueron los deficientes hábitos higiénicos y alimenticios en su vida diaria y que sin embargo esta dispuesto a mejorarlos en la medida que le sea posible.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Cuadro de Vacunación completo, niega haber sido transfundido, tres parejas sexuales, tabaquismo positivo 15 cigarrillos al día durante 30 años, alcoholismo ocasional.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Enfermedades propias de la infancia, Úlcera Gastrica tratada, niega otras enfermedades.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Padre isquémico, madre finada por evento cerebrovascular, dos hermanos isquémicos, una hermana con DM II, Abuelos finados por causa desconocida.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

CABEZA: normocefálico, cabello bien implantado, Ojos simétricos, sin tinte hictérico, reacción pupilar adecuada. Narinas: permeables, sin datos de rinitis, Orejas: bien implantadas, conductos auditivos permeables, sin alteración auditivas ni procesos infeccioso, Boca: central, labios simétricos, cavidad oral con ligera disminución de salivación, caries dentales. Sin datos de afección inflamatoria gingival ni faringoamigdalina.

CUELLO: cilíndrico y central, sin adenomegalias, no ingurgitación yugular, con traquea central desplazable, no se palpa glándula tiroides, pulsos carotídeos sincrónicos con el radial

TORAX: pezones bien formados, alineados, simétrico, amplexación y ampliación simétrica, vibraciones vocales y transmisión de la voz simétrica, no se auscultan estertores ni sibilancias. En región precordial, sin levantamientos paraesternales, con choque de la punta en quinto espacio intercostal izquierda y línea media clavicolar, no se palpa frémito, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, rítmicos, sin soplos ni ruidos agregados.

ABDOMEN: blando, depresible, no doloroso, sin datos de visceromegalia presentes, auscultandose ruidos peristálticos disminuidos.

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: alineados, simétricos, pulsos adecuados, llenado capilar sin alteraciones patológicas.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia el 27 de noviembre con dolor soportable en el pecho que desaparece al reposo, el día 29 de noviembre presenta un dolor de mayor intensidad que no cede al reposo, decidiendo acudir a Urgencias del Instituto Nacional de Cardiología.

29 noviembre 2000

14:00 horas.

Se presenta al servicio de urgencias paciente de 50 años con dolor precordial opresivo 5/10 de 20 minutos de duración, irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, sin neurovegetativos, refiriendo haber

presentado días anteriores 3 eventos similares de menor intensidad, cediendo al reposo.

ECG sin cambios

Placa Rx sin cardiomegalia

Laboratorios

Valores de referencia

Hb 14.2 g/dl

Hb 12.2 - 18.1 g/dl

Hto 41%

Hto. 37.7 – 53.7 %

Leucocitos 7.6×10^3

Leucocitos $4.6 - 10.2 \times 10^3$

Plaquetas 322×10^3

Plaquetas $130 - 400 \times 10^3$

N. de Urea 18 mg/dl

N de Urea 6 – 20 mg/dl

Creatinina 1.0 mg/dl

Creatinina .6 – 1.3 mg/dl

TGO 33 U/l

TGO 10 – 42 U/l

DHL 148 U/l

DHL 91 – 180 U/l

CPK 38 U/l

CPK 22 – 269 U/l

TP 14.3 seg. Test 14.2seg.

TTP 32 seg. Test 30.1seg. Cl

103 meq/l

Cl 95 – 111 mEq/l

Glucosa 98 mg/dl.

Glucosa 70 – 110 mEq/l

Na 135 meq/l

Na 135 – 145 mEq/l

K 4.3 meq/l

K 3.5 – 5.3 mEq/l

Constantes Vitales:

FC 80 x' FR 20 x' TA 130/90 mmHg

T° 36.7°

Dx: Angina Inestable.

Tx.

Ingreso a la Unidad Coronaria

DHM 1800 kcal.

O2 a 3 litros por minuto.

Ascriptin ½ tableta.

Glucosa 250 cc + 50 mg Nitroglicerina 10 cc/hr.

Glucosa 250 cc + 25000 Ud Heparina 600Ud/hr.

Losec 20 mg c/24 hrs.

Lexotan ½ tab c/24 hrs.

30 noviembre 2000

12:00 horas

Paciente masculino en la 5a década de la vida con antecedentes de Cardiopatía Isquémica, iniciando con cuadros de angina estable, presentando dolor precordial que no cede al reposo, sin cambios en el electrocardiograma, cursando primeras horas asintomático, presentando a las 12:00 horas episodio de dolor precordial opresivo con intensidad 10/10 irradiado a brazo izquierdo, con neurovegetativos, diaforesis y ansiedad, con las siguientes constantes vitales: TA 90/60 mmHg, FC 120 latidos por minuto, FR 36 por minuto, tº 36º . Oligúrico, perdiendo el estado de conciencia por algunos minutos. ECG elevamiento del segmento ST de V1 a V6. Dando el siguiente tratamiento.

Instalación de sonda vesical

Dilución habitual NTG 30 cc/hr

DH. Dopamina a 3 gammas (8 ml/hr)

Atropina 1 ampula.

DH NTG suspendida

DH Arterenol 7 cc/hr.

Posterior al tratamiento, se obtienen las siguientes constantes vitales, FC 90 por minuto, FR 25 por minuto, TA 125/90 mmHg. Se comenta el caso a hemodinámica y se decide llevar a ACTP primaria.

HEMODINÁMICA

Hallazgos:

CD con lesión no significativa.

D.A. lesión suboclusiva del 50%, procediéndose a la colocación de stent quedando con un flujo Timi 3.

Ventriculografía ligera ascinecia del VI.

Durante el procedimiento presenta espasmo por lo que se administra 10 mg NTG intracavitario. Se da dosis de impregnación de Plavix 300 mg

30 noviembre 2000

17:00 horas

Paciente ya conocido que cursa primeras horas post ACTP a la DA, con signos vitales FC 90 por minuto, FR 20 por minuto, TA 125/70 mmHg, T° 36.5°, PVC 12 cmH₂O. Se recibe con infusión de Arterenol a 5 cc/hr la cual se disminuye progresivamente hasta suspender. Diuresis total 650ml durante la guardia. Se reinicia infusión de NTG A 5 cc/hr, Dopamina a 3 gammas, Heparina a 700 Ud/hr. Hartmann 60 ml/hr,

Laboratorios	Valores de referencia
Hb 14 g/dl	Hb 12.2 - 18.1 g/dl
Hto 40 %	Hto. 37.7 - 53.7 %
Leucocitos 7.5 10 ³	Leucocitos 4.6 - 10.2 10 ³
Plaquetas 324 10 ³	Plaquetas 130 - 400 10 ³
N de Urea 18.2 mg/dl	N de Urea 6 - 20 mg/dl
Creatinina 1.3 mg/dl	Creatinina .6 - 1.3 mg/dl
TGO 70 U/l	TGO 10 - 42 U/l
DHL 200 U/l	DHL 91 - 180 U/l
CPK 425 U/l	CPK 22 - 269 U/l
TTP 61 seg	Test 40 seg.

TP 14.3 seg. Test 14.0 seg

Cl 105 meq/l

Cl 95 – 111 mEq/l

Glucosa 103 mg/dl

Glucosa 70 – 110 mEq/l

Na 140 meq/l

Na 135 – 145 mEq/l

K 4 meq/l

K 3.5 – 5.3 mEq/l

30 noviembre 2000

Paciente masculino de 50 años de edad cursando su primer día de estancia en la unidad coronaria con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, Infarto al miocardio anterior extenso, post ACTP mas colocación de stent en la descendente anterior, observándose tranquilo consciente, orientado con ligera palidez de tegumentos, mucosas semihidratadas oxígeno binasal a tres litros por minuto, monitorizado en ritmo sinusal, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, campos pulmonares ventilados, catéter largo central en miembro superior izquierdo permeable a infusión de Nitroglicerina con un goteo de 5 cc/hr, Heparina 700 Ud7hr, Hartmann 60 ml/hr, Dopamina a 3 gammmas (8 ml/hr), solución indicada para mantener vía permeable, abdomen blando, depresible, no doloroso sin megalias aparentemente presentes, sonda vesical drenando a buen volumen

urinario con características microscópicas normales, en Ingle de miembro pélvico derecho introductores arterial y venoso fijos sin sangrado, miembro pélvico sin compromiso hemodinámico, últimos laboratorios Hb 14 mg/dl, Hto 40%, TP 14.3/14 seg. , TTP 61/30 seg. , K 4 meq/l.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

EXPLORACIÓN FÍSICA.

CABEZA: normocefálico, cabello bien implantado, Ojos simétricos, sin tinte icterico, reacción pupilar adecuada. Narinas: permeables, sin datos de rinitis, Orejas: bien implantadas, conductos auditivos permeables, sin alteración auditivas ni procesos infeccioso, Boca: central, labios simétricos, cavidad oral con ligera disminución de salivación, caries dentales. Sin datos de afección inflamatoria gingival ni faringoamigdalina.

CUELLO: cilíndrico y central, sin adenomegalias, no ingurgitación yugular, con traquea central desplazable, no se palpa glándula tiroides, pulsos carotídeos sincrónicos con el radial

TORAX: pezones bien formados, alineados, simétrico, amplexación y ampliación simétrica, aumento de la frecuencia respiratoria hasta 32 respiraciones por minuto, con disminución en la profundidad, vibraciones vocales y transmisión de la voz simétrica, no se auscultan estertores ni sibilancias. En región precordial, sin levantamientos paraesternales, con choque de la punta en quinto espacio intercostal izquierda y línea media clavicolar, no se palpa

frémito, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, rítmicos, sin soplos ni ruidos agregados.

ABDOMEN: globoso, no depresible, doloroso a la palpación, sin datos de visceromegalia presentes, auscultandose ruidos peristálticos disminuidos.

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: alineados, simétricos, pulsos adecuados, llenado capilar sin alteraciones patológicas.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LA TEORÍA DE
VIRGINIA HENDERSON Y LA TAXONOMÍA DE LA NANDA.

NECESIDADES	PROBLEMAS (TAXONOMÍA DE LA NANDA ²³) *
1. Respiración	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio ineficaz. • Disminución de gasto cardiaco.
2. Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la dentición.
3. Eliminación.	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento.
4. Movimiento y postura.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de disfunción neurovascular periférica. • Riesgo de síndrome de desuso.
5. Descanso y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del patrón del sueño.

²³ NANDA, *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 1999-2000*, Pensilvania, FILADELFIA, 1999. Pp. 435

NECESIDADES	PROBLEMAS (TAXONOMÍA DE LA NANDA) *
6. Vestido	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.
7. Mantener la temperatura corporal	
8. Higiene e integridad de tegumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. • Riesgo de la integridad cutánea.
9. Evitar Riesgos y Peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la protección. • Dolor. • Riesgo de infección.
10. Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ante la muerte.

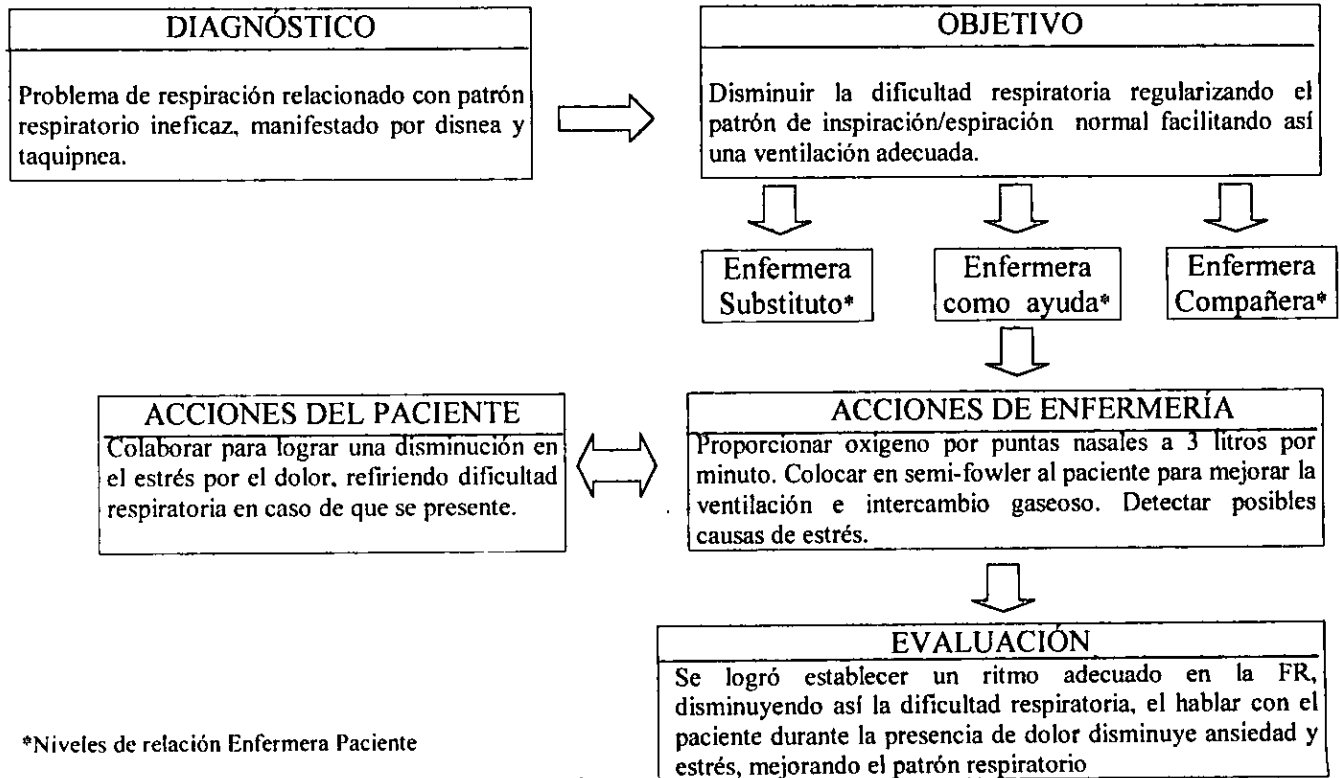
NECESIDADES	PROBLEMAS (TAXONOMÍA DE LA NANDA) *
11. Religión	
12. Autorealización y Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la autoestima. • Trastornos de la autoestima. • Aislamiento social
13. Aprendizaje	
14. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de conocimientos

*Consultar Anexos en Diagnósticos Enfermeros.

**DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y
EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA**

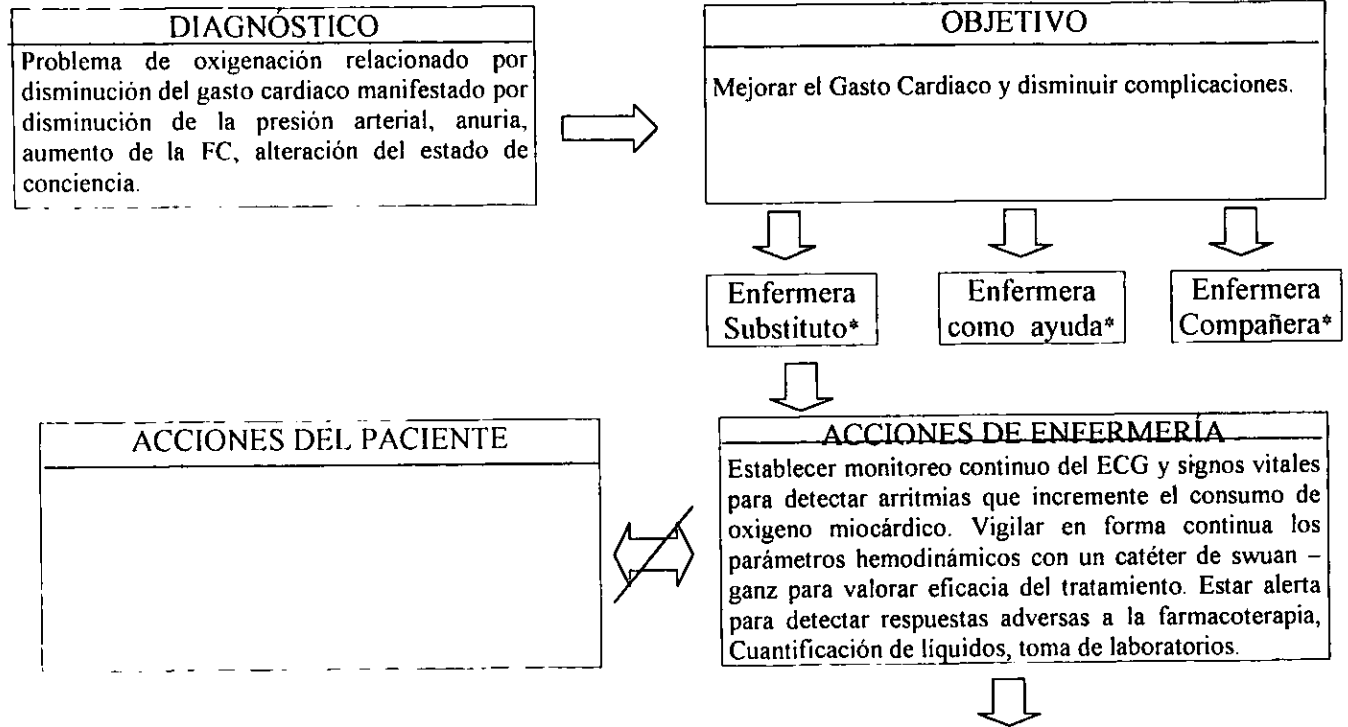
Cuadro I

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



Cuadro II

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



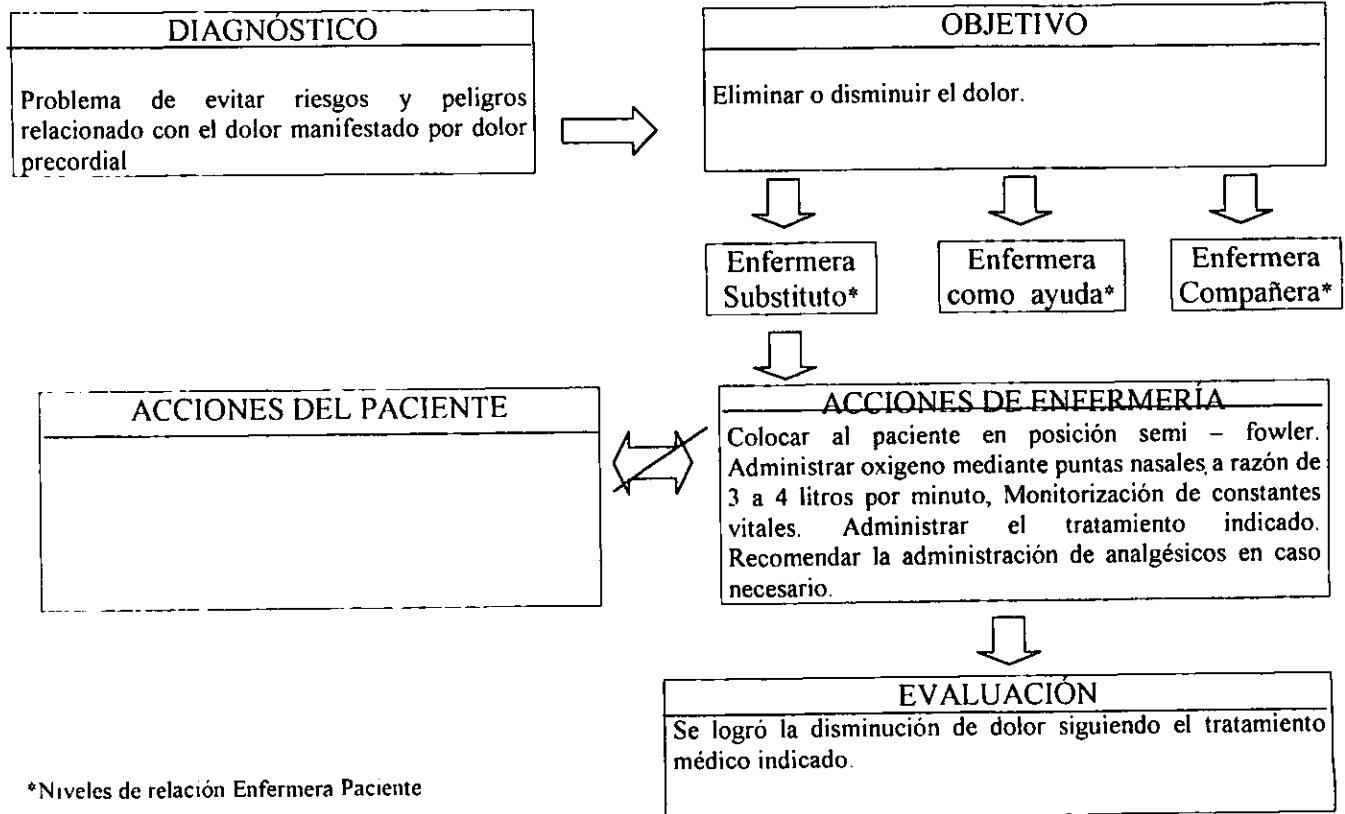
*Niveles de relación Enfermera Paciente

EVALUACIÓN

No se instaló catéter de swan - gans, ya que bajo el tratamiento a base de aminos como dopamina y arterenol, así como intervencionismo hemodinámico se lograron resolver el problema de bajo gasto cardiaco.

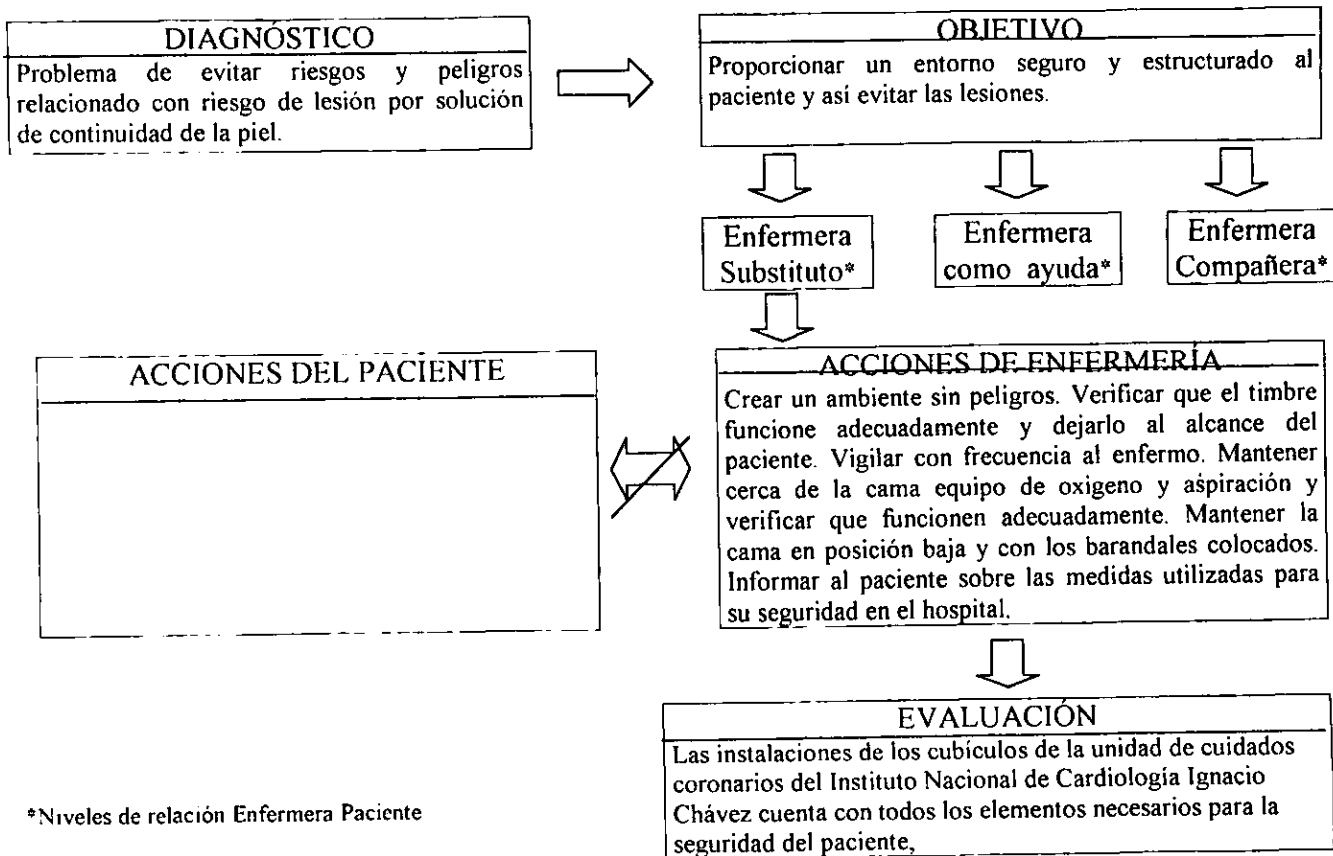
Cuadro III

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



Cuadro IV

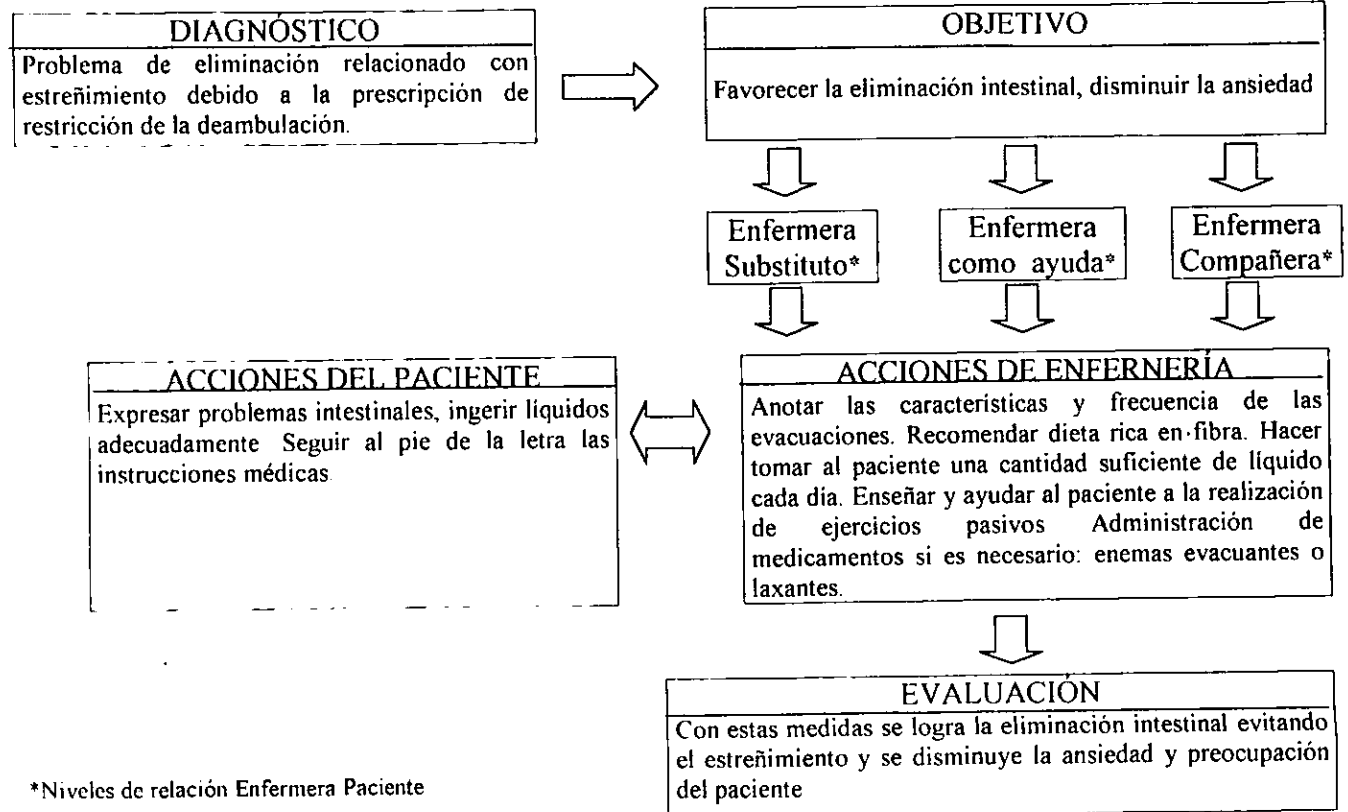
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



*Niveles de relación Enfermera Paciente

Cuadro V

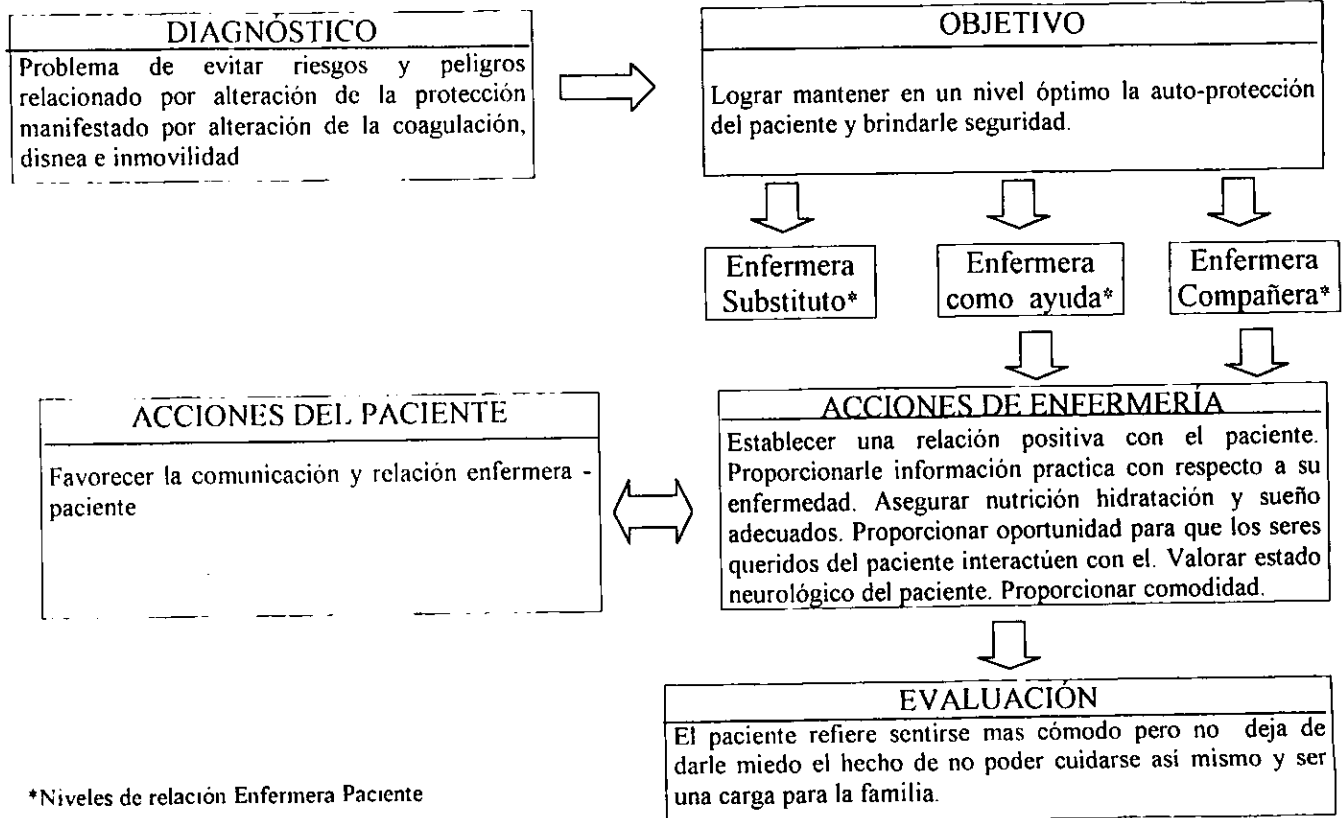
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



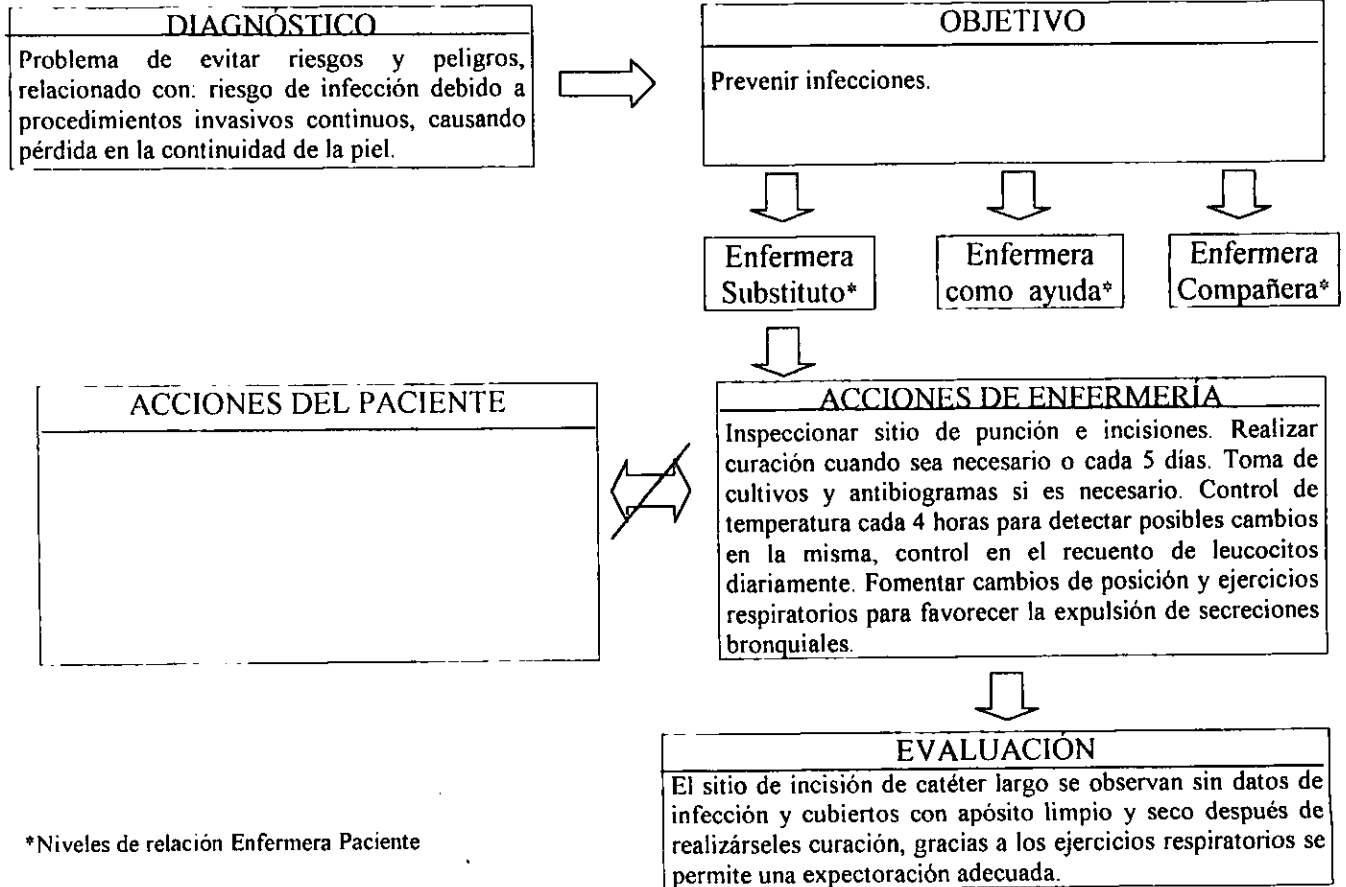
*Niveles de relaci3n Enfermera Paciente

Cuadro VI

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



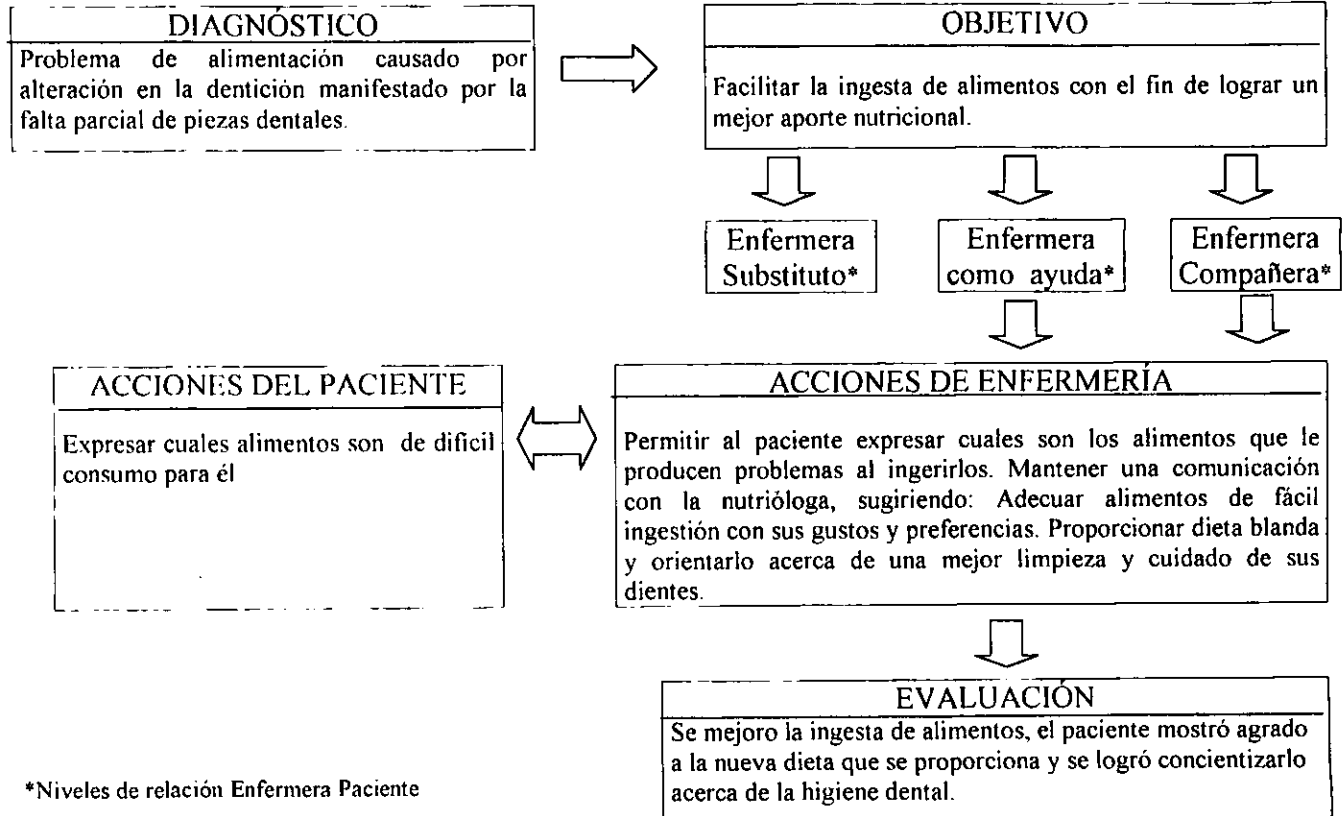
Cuadro VII PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



*Niveles de relación Enfermera Paciente

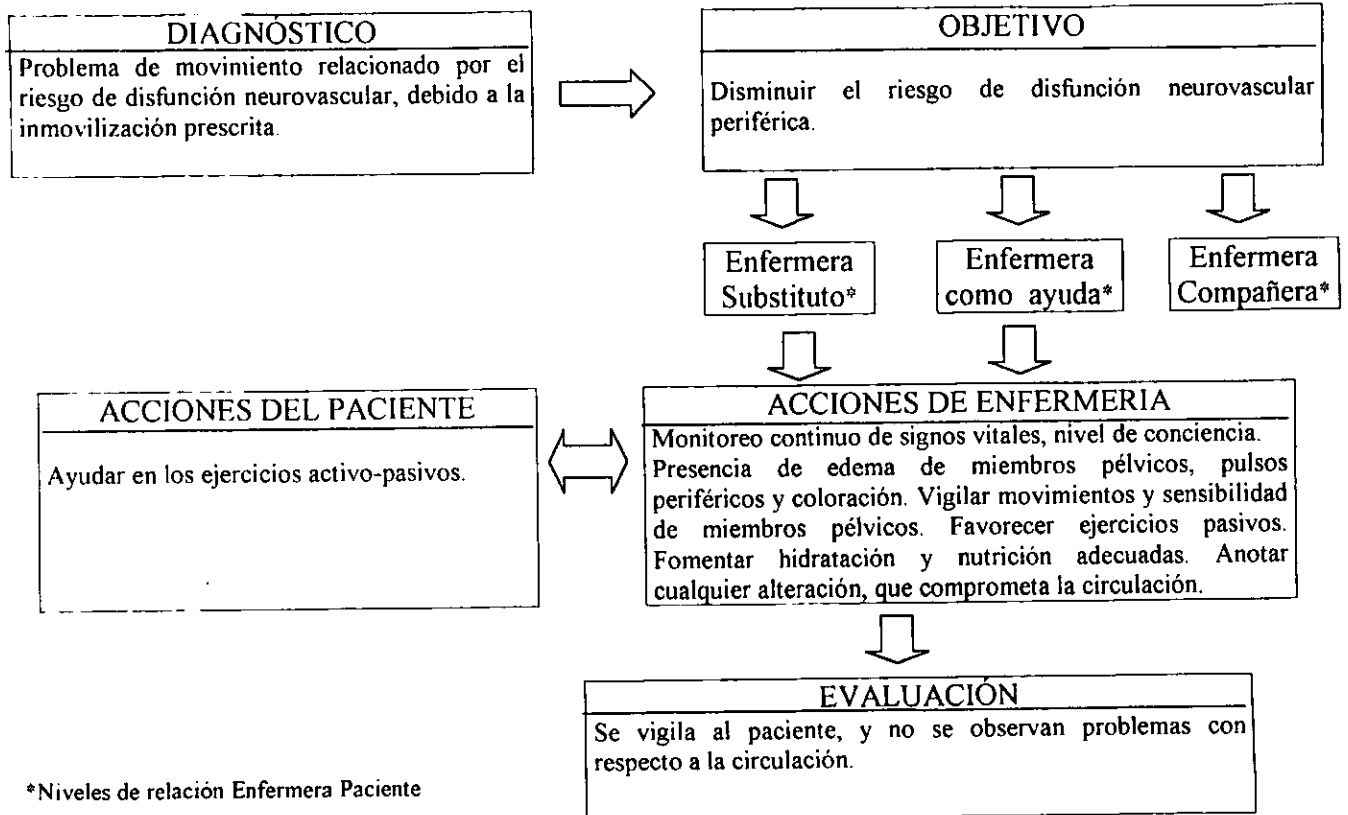
Cuadro VIII

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



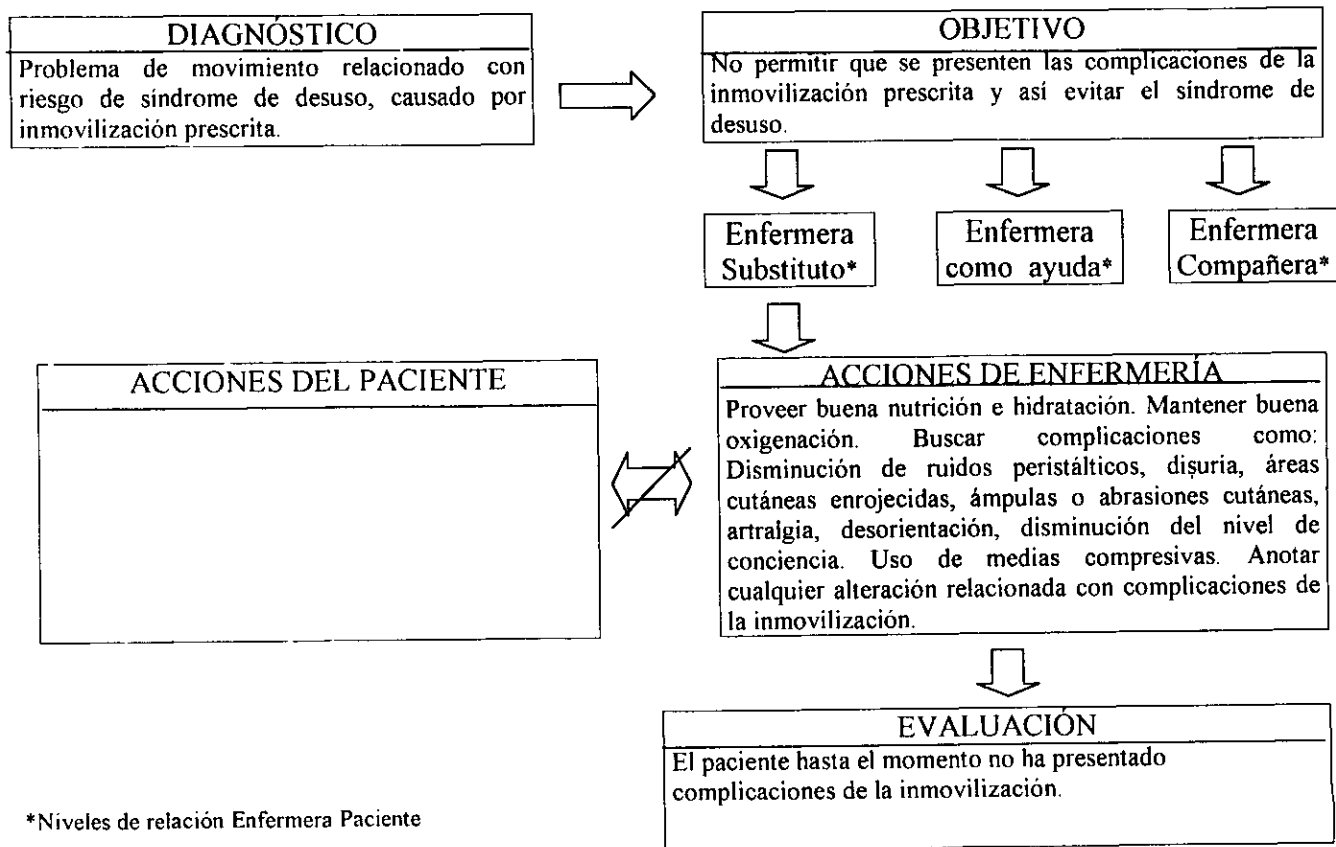
Cuadro IX

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



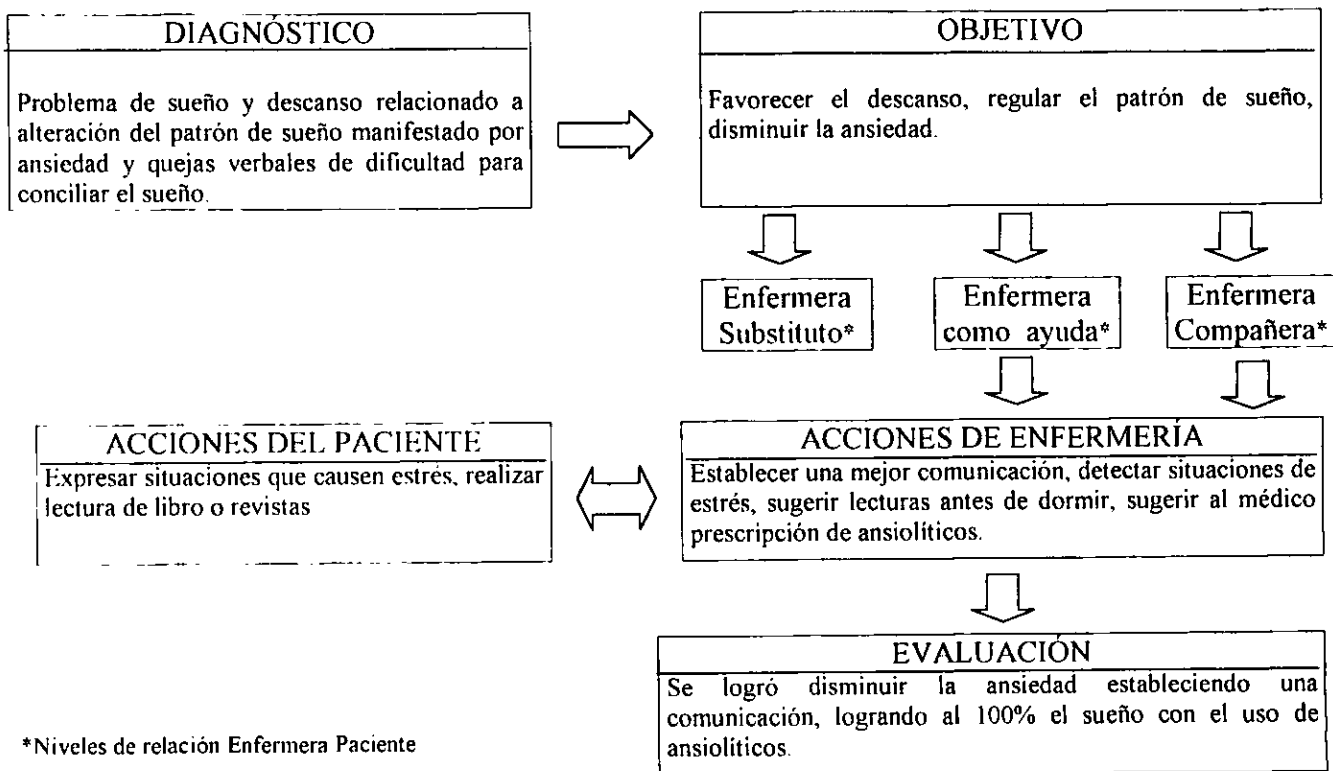
Cuadro X

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



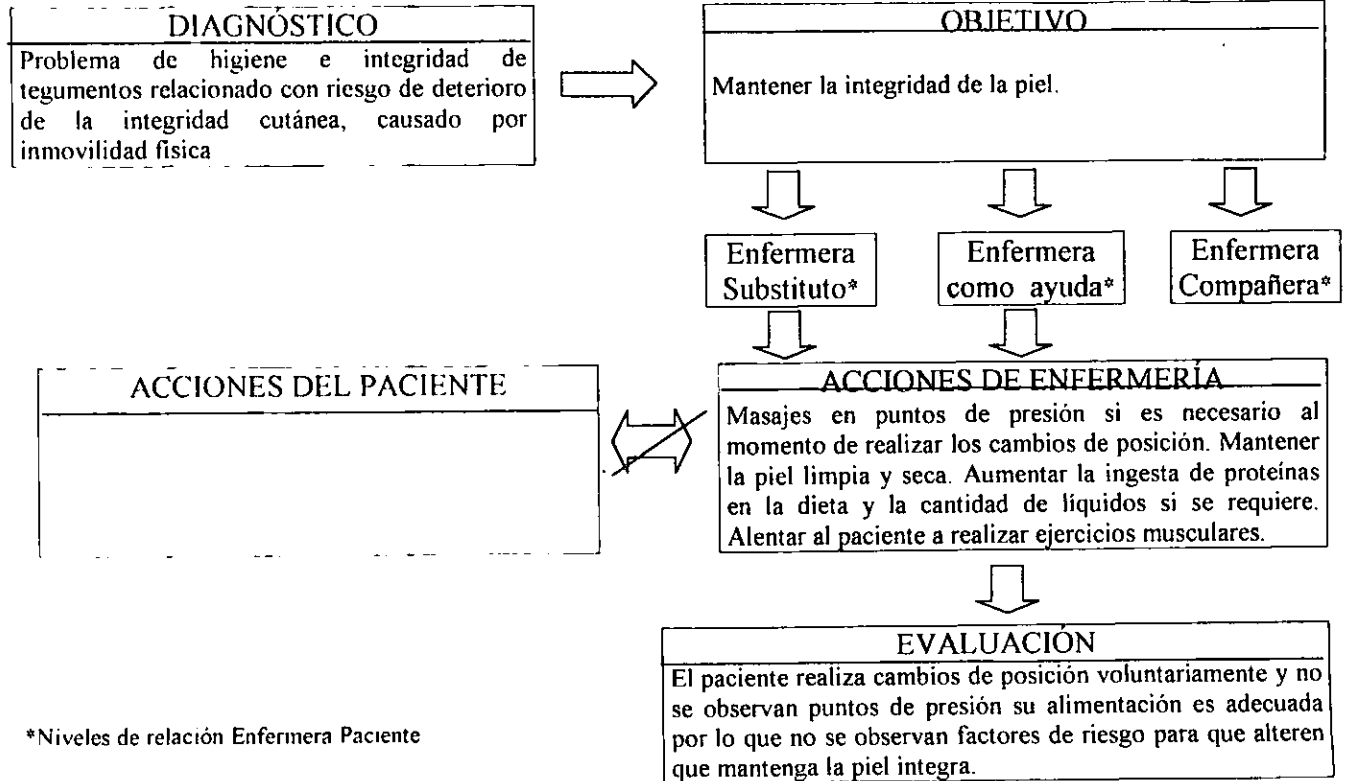
Cuadro XI

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



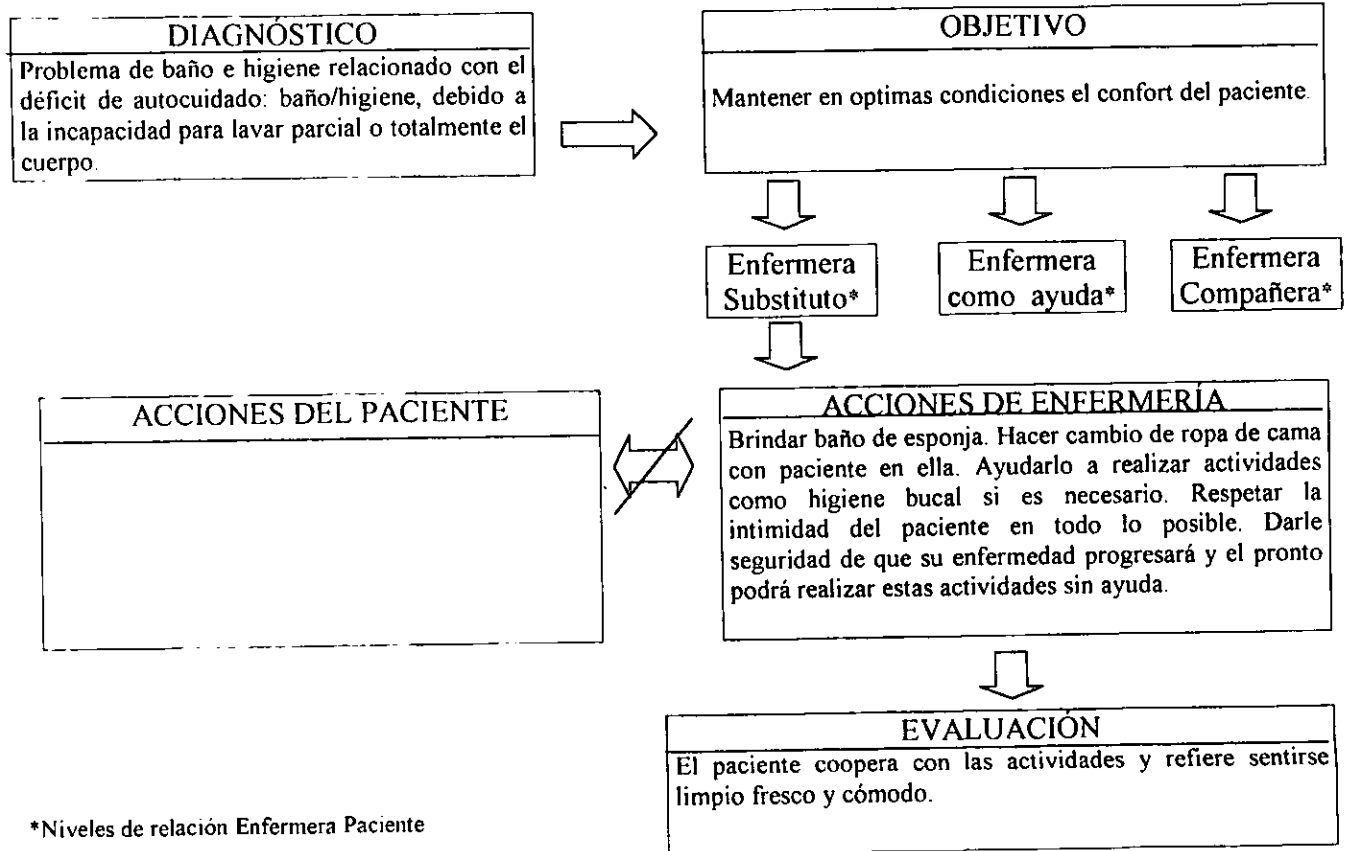
Cuadro XII

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



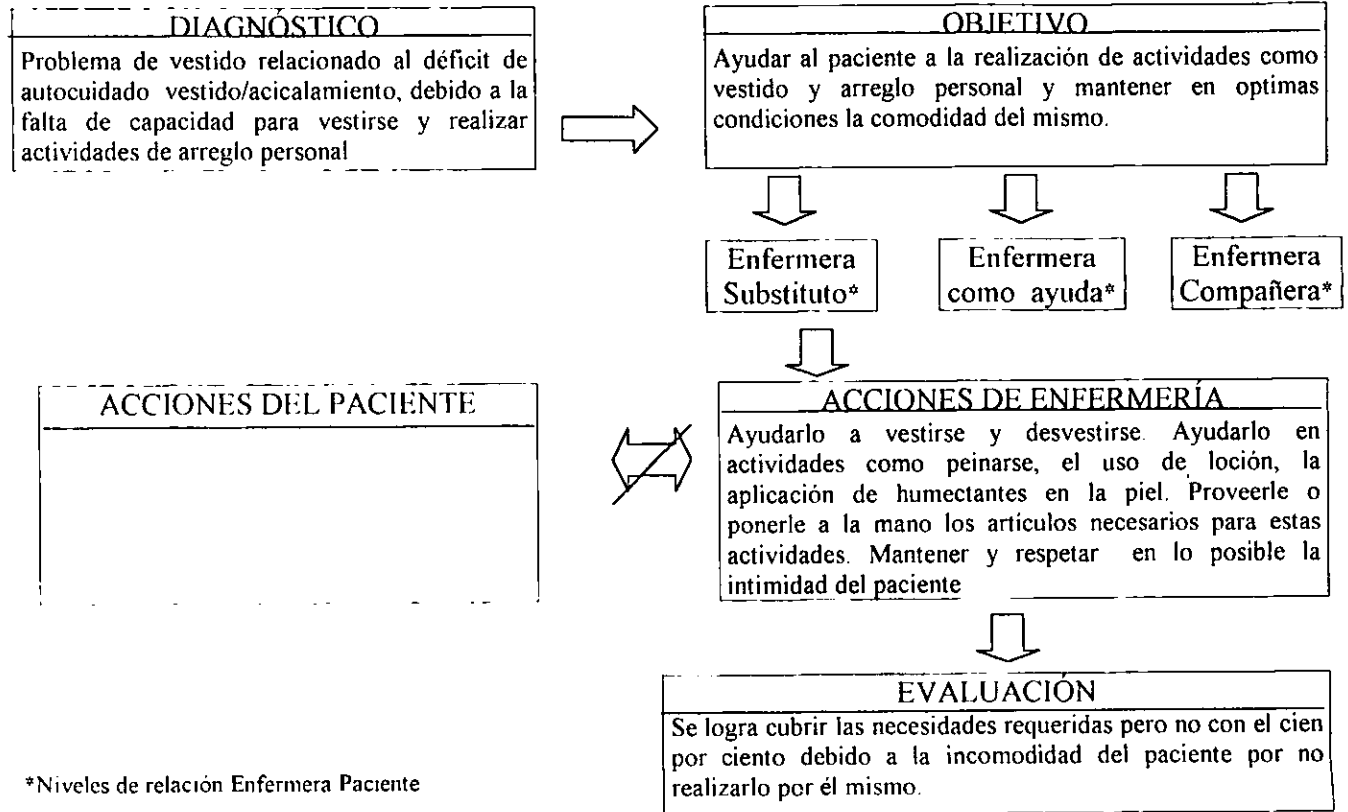
Cuadro XIII

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



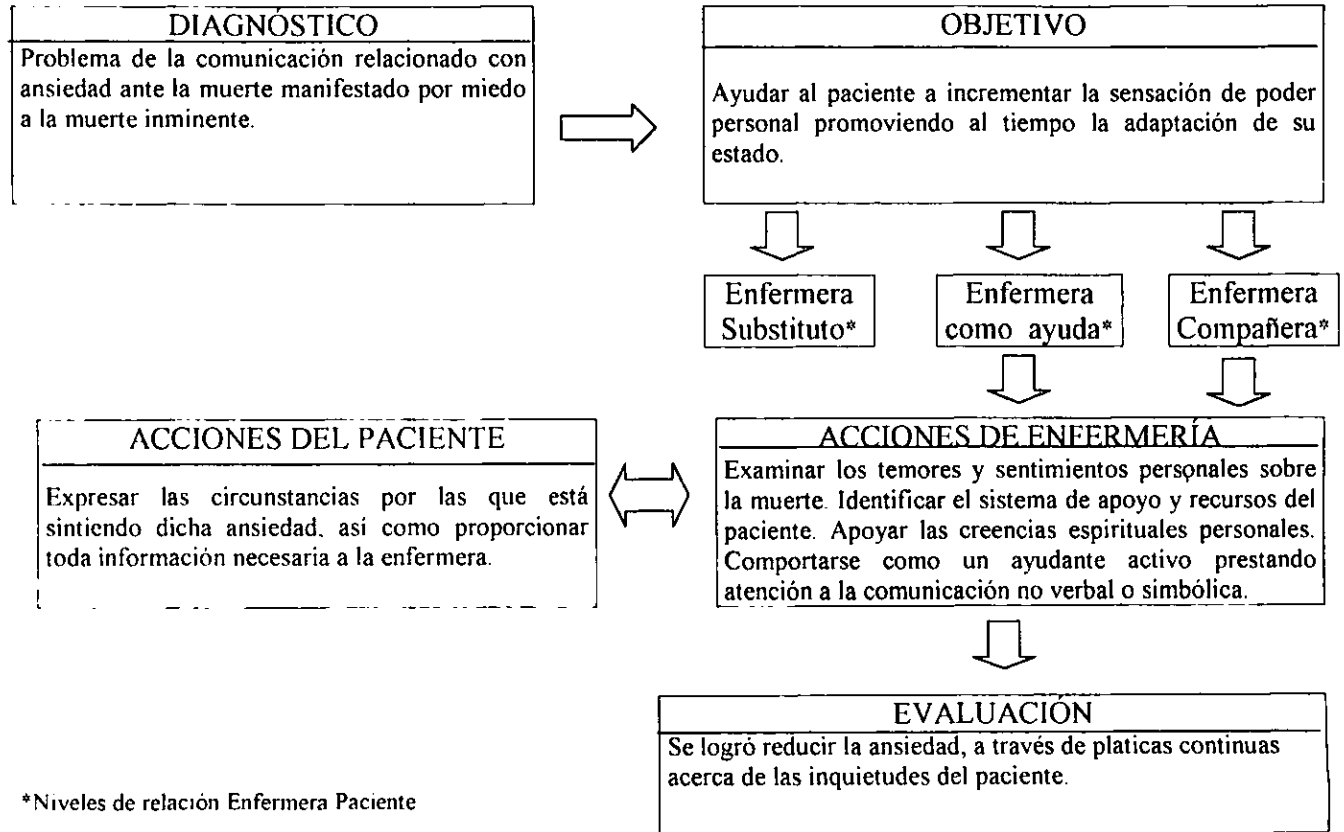
Cuadro XIV

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



Cuadro XV

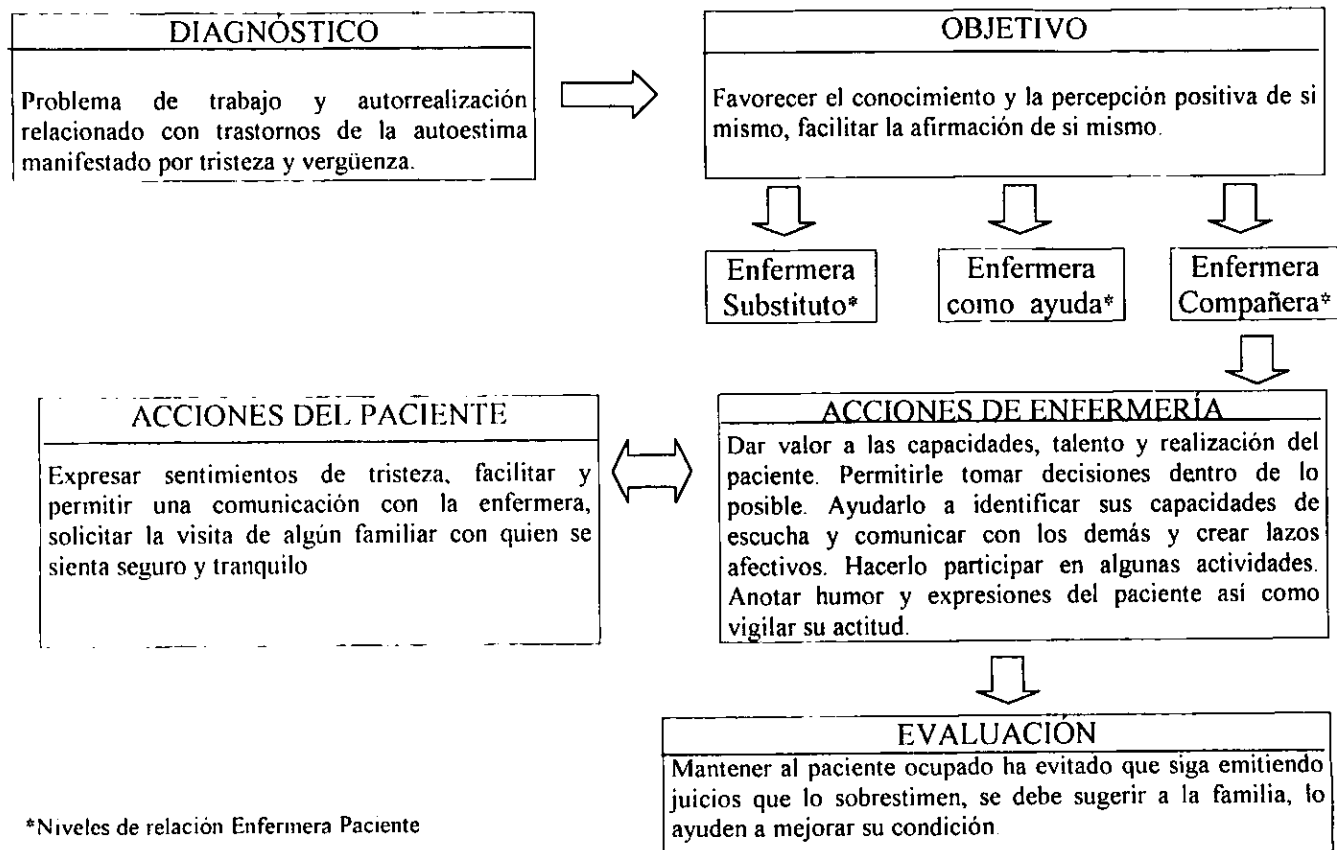
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



*Niveles de relación Enfermera Paciente

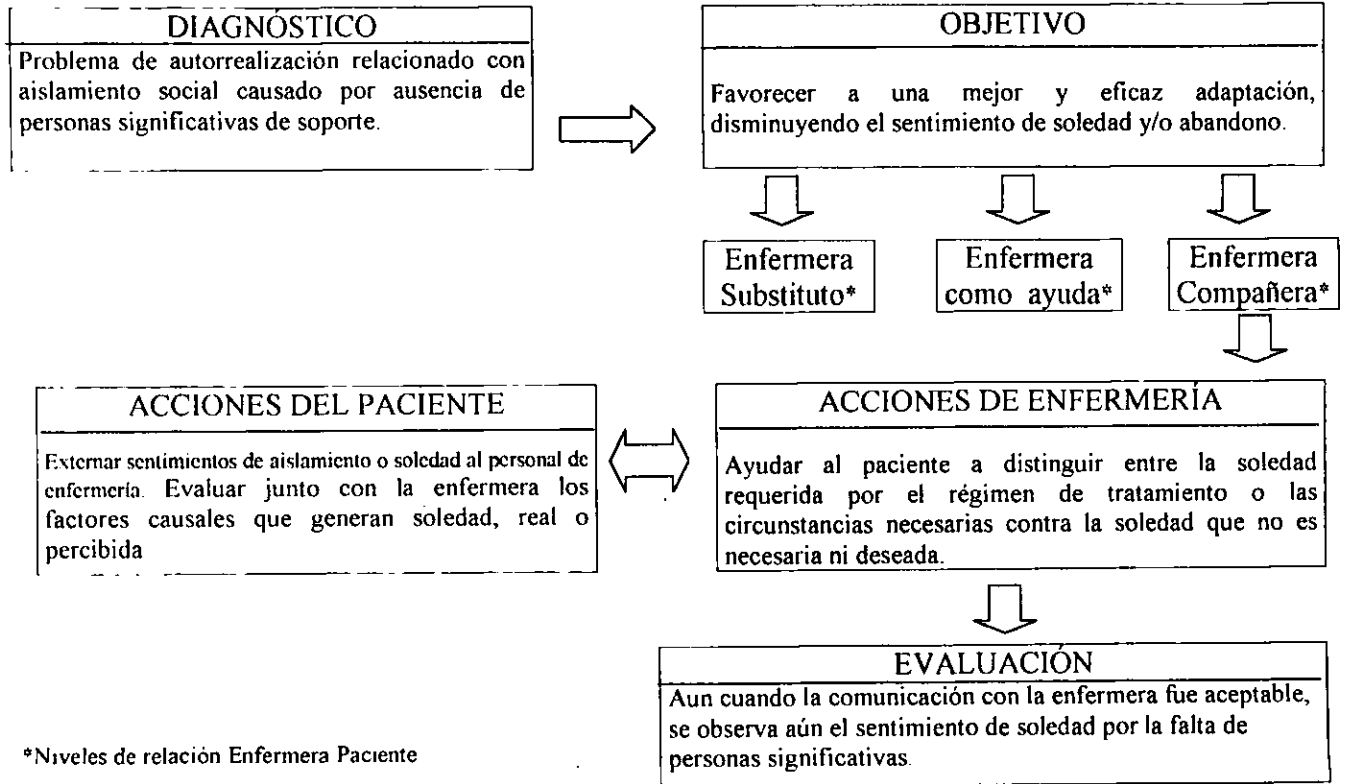
Cuadro XVI

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



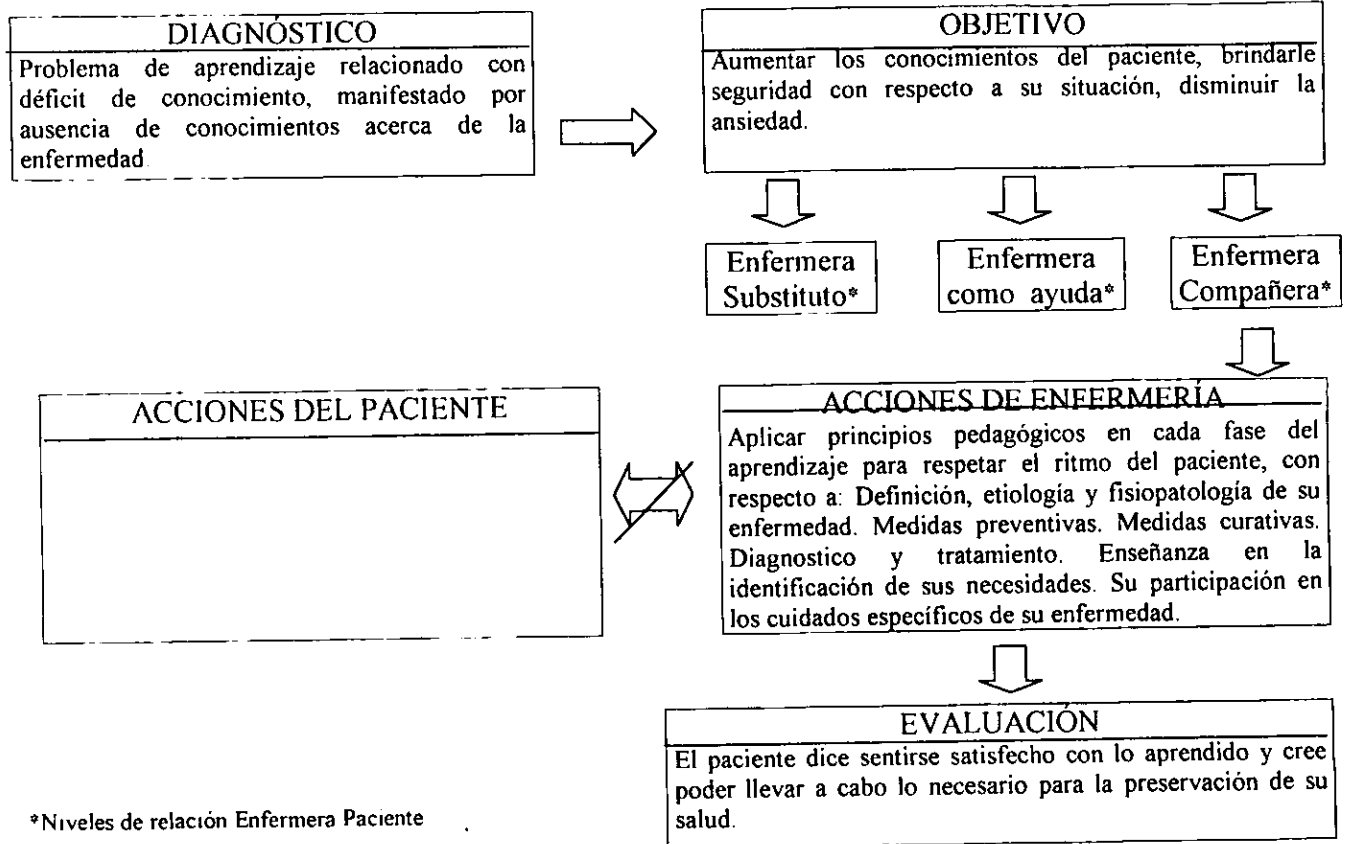
Cuadro XVII

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



Cuadro XVIII

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la elaboración del estudio de caso teniendo como bases la aplicación y elaboración de una planeación objetiva de las necesidades que se presentan en un paciente isquémico – sin olvidar que cada individuo es un ser único con características propias y específicas – pueden cubrirse de una manera efectiva, logrando uno de los principales objetivos del profesional de enfermería, siempre y cuando la elaboración de este Proceso Atención Enfermería se aplique a un modelo o teoría específica como se realizó en este estudio de caso.

Sin olvidar que cada individuo es diferente, es importante no perder atención en el hecho de que el profesional de enfermería se enfrenta a un individuo sujeto a cambios constantes por lo que esta planeación debe ser flexible y abierto a nuevas circunstancias, teniendo siempre como principal objetivo el satisfacer o cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad.

Así pues, no olvidemos la importancia que es el tener los conocimientos específicos de los factores, curso y posibles desenlaces de la patología que presente el individuo, pues como se pudo observar a lo largo del estudio de dicho caso, se logró valorar, dar un diagnóstico

propio de enfermería, planear y ejecutar cuidados enfermeros específicos y generales.

De esta manera decimos que los objetivos planteados en el comienzo de este estudio fueron cumplidos en un 95%, debido a que como se explica anteriormente, todo individuo es un ser sujeto a cambios constantes, influenciado por su entorno y la misma enfermedad, misma que lo convierte en un individuo enfermo, ya que mientras se intentaba resolver los problemas que a juicio personal se le dio jerarquía, otros problemas no fueron resueltos al 100%.

Sin embargo, la elaboración de este Plan Atención Enfermería apoyado en una teoría en específico - que en este caso fue la Teoría de Virginia Henderson -, facilitó de manera importante la detección de problemas específicos y generales, así como, la planeación encaminada a la resolución de los mismos.

ANEXOS

CRONOGRAMA

OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Selección del tema y título									
	Planeación y recolección de información								
		Recolección de información							
			Revisión Bibliográfica						
				Revisión Bibliográfica					
					Elaboración de Justificación Objetivos y Descripción genérica del caso				
						Fundamentación teórica del caso			
							Metodología		
								Elaboración de Introducción y Conclusión	
									Bibliografía y Anexos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, R., Aplicación del Proceso de Enfermería, 3ª edición, Madrid, ESPAÑA, Mosby-Doyma, 1999. Pp. 640
- BRAUNWALD, Tratado de Cardiología., Vol. 1 y 2, 5º edición, McGraw-Hill Interamericana, MÉXICO, D.,F. 1998. Pp. 1089
- NANDA, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 1999-2000, s/e., Editorial Harcourt, North American Nursing Diagnosis Association, Pensilvania, FILADELFIA, 1999. Pp. 435
- ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA, T 1. s/e., MÉXICO. Proceso Atención Enfermería, 1999. Pp. 1152
- EL MANUAL MERK, Diagnóstico y tratamiento, 9º edición, Oceano/Centrum, MÉXICO, D.,F., 1992. Pp. 3124
- FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1996. Pp. 645
- GUADALAJARA, J.F., Cardiología, 5ª edición, Mendez Editores, MÉXICO, D.,F., 1994. Pp. 1065
- GUYTON, A.,C., Tratado de Fisiología, McGraw-Hill Interamericana, D.,F., MÉXICO, 1996. Pp. 1036
- HARRISON, Principios de medicina interna, Vol 1 y 2, 13º edición, McGraw-Hill Interamericana, MEXICO, D.,F. 1994. Pp. 2066
- HENDERSON-NITE, Enfermería Teoría y Páctica, Vol. 1, "Papel de la enfermera en la atención del paciente", 6º edición, Ed. La prensa médica mexicana, S.A., 1887. Pp. 2056
- INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHAVEZ", Manual de Urgencias Cardiovasculares., s/e., McGraw-Hill Interamericana, 1996, MÉXICO, D.,F., pp 507.