

00921
4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO AL
MIOCARDIO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ABIA ARACELI AGUILAR GUERRERO



MEXICO, D. F.

OCTUBRE, 2003



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Que para obtener el titulo de

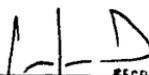
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

ABIA ARACELI AGUILAR GUERRERO

Nº Cta: 099618874

DIRECTOR DE TRABAJO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

México, Octubre 2003

DEDICATORIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al esfuerzo que todas las personas han hecho a mi alrededor por ayudarme a alcanzar mis metas.

Agradecida a mis padres por brindarme la confianza, paciencia, apoyo y consejo en cada una de mis decisiones, por darme la vida, permitirme valerme por mi misma y porque todo lo que tengo se los debo a ellos.

A mi hermana Alina por su apoyo y cariño, a Karen, por su trabajo, paciencia, amistad y desvelos conmigo.

A mis hermanos, amigos y amigas por compartir el mismo camino y apoyarnos en cada momento.

Y a mis profesores que en base a su paciencia y conocimientos me han permitido llegar hasta aquí.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Agustín Acevedo

Alina Acevedo

FECHA: 28 OCT 03

FIRMA: [Firma]

INDICE

Introducción	1
Objetivos	3
Marco Teórico	
Generalidades de los Modelos	4
Modelo Conceptual	4
Modelo de Enfermería	4
Modelo de Atención en Enfermería de Virginia Henderson	5
Antecedentes Personales y Referencias	6
Metaparadigma	7
Necesidades	8
Supuestos	8
Afirmaciones Teóricas	9
Necesidades Fundamentales	10
Dimensiones o Componentes Biofisiológicos, Sociológicos, Psicológicos, Culturales y Espirituales de Las Necesidades	11
Conceptos de Independencia y Dependencia en el Adulto	19
Fuentes de dificultad que Causan Dependencia	20
Proceso de Atención en Enfermería	
Introducción	23
Concepto	23
Etapas	24
Valoración	25
Diagnostico	25
Síntesis de Diferencias entre el Diagnóstico de Enfermería y el Diagnóstico Médico	28
Planificación de las Intervenciones	29

Ejecución	31
Situaciones o Reacciones del Paciente Durante la Ejecución de los Cuidados	31
Evaluación	32
Generalidades de la Patología	
Infarto Agudo al Miocardio	34
Concepto	34
Zonas o Areas de Infarto	34
Etiología	34
Epidemiología	34
Morbi-Mortalidad	35
Tipos	35
Anatomopatología	35
Fisiopatología	36
Sintomatología	36
Métodos de Diagnóstico	37
Tratamiento	39
Pronóstico	41
Complicaciones	41
Proceso Aplicado a un Paciente con un Infarto Agudo al Miocardio en la Sala de Urgencias	
Diagnóstico de Enfermería	42
Necesidad: Oxigenación	42
Necesidad: Nutrición e Hidratación	47
Necesidad: Eliminación	48
Necesidad: Descanso Y Sueño	49
Necesidad: Uso de Prendas de Vestir Adecuadas	50
Necesidad: Termorregulación	51

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Necesidad: Higiene y Protección a la Piel	52
Necesidad: Evitar Peligros	52
Necesidad: Comunicación	53
Necesidad: Vivir según creencias y valores	54
Necesidad: Trabajar y Realizarse	54
Necesidad: Participar en Actividades Recreativas	55
Necesidad: Aprendizaje	56
Necesidad: Sexualidad y Reproducción	56
Conclusiones y Sugerencias	58
Anexos	
Algunos Consejos Para los Pacientes Cardiopatas después del Alta	60
Plan de Rehabilitación Cardíaca para la Actividad Gradual y el Ejercicio	62
Hoja de Valoración de la Enfermera	63
Carta de los Derechos Generales de los Pacientes	69
Glosario	71
Referencias Bibliograficas	74

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

La historia nos comenta que el nacimiento de la enfermería surgió por la necesidad de contar con personas que tuvieran un perfil humanista, filantrópico, empático y asistencial al cuidado de los enfermos.

Así, cuando surgió la enfermería los conocimientos teóricos por parte de las enfermeras eran parciales y fragmentarios y por lo tanto con técnicas y procedimientos con poco fundamento científico.

Sin embargo actualmente la enfermera ha desarrollado, no solo técnicas aplicadas y conocimientos teóricos pertinentes a su actividad, sino también abundantes teorías sobre si misma, sobre su quehacer, su objeto, su tecnología y ha llegado a construir toda una práctica, un arte y una profesión.

Actualmente las estrategias de los cuidados de enfermería se enfocan hacia el cuidado individualizado, con el objeto de resolver los problemas planteados. Ya no es el de técnicas generales y rígidas, si no un todo un proceso de atención significativo, provechoso y satisfactorio.

Eso es el proceso de atención en enfermería, que supone algo más que la suma de cuidados concretos, no solo abarca el componente físico de la enfermedad y la salud, si no permite el florecimiento de la personalidad del individuo-paciente

Toma en consideración todos los problemas reales y potenciales que conlleva la puesta en práctica del plan. Abarca aspectos logísticos, educacionales y administrativos, que si no se prevén, pueden impedir la aplicación de cuidados individualizados y de calidad.

Este es el propósito de la enfermería: " los cuidados enfermeros ", y la intención como enfermeras profesionales es la de educar y prestar cuidados en todo contexto, tanto sano como enfermo, para que la organización sistemática y coordinada de sus conocimientos y habilidades proyecte una explicación más completa y autónoma de la función y actividad enfermera, y nos comprometa en una práctica que este implicada en las prescripciones de nuestro objeto

Objeto tomado en consideración con todas las dimensiones del individuo mismo y su entorno

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De esta manera el proceso de atención inicia desde la valoración de las necesidades y de sus potenciales necesidades del individuo, se establecen concretamente mediante un diagnóstico y se planifican los cuidados por medio de jerarquizaciones, a partir de ahí se llevan a cabo, se ejecutan los cuidados jerarquizados, con miras a obtener resultados favorables para el individuo-paciente.

Para llevar a cabo este proceso se necesitaron requisitos, requisitos de conocimientos que permitieron la construcción del proceso.

Estos conocimientos se nos otorgan a través de la Licenciatura, mismos que nos son necesarios para ejercer la enfermería, para poder evidenciar con el proceso nuestras habilidades y capacidades teórico-prácticas y que permitan responder a las necesidades de salud detectadas.

Así el proceso se divide en 4 grandes capítulos:

El primero habla sobre las generalidades de los modelos de atención en enfermería, sobre el modelo de atención de Virginia Henderson, sus 14 necesidades y lo que es el proceso de atención en enfermería.

El segundo capítulo abarca la patología abordada desde el concepto, etiología, sintomatología, fisiopatología, hasta tratamiento y complicaciones.

El tercer capítulo aplica el proceso de atención en enfermería al paciente con un infarto agudo al miocardio en un área de urgencias.

Y finalmente en el cuarto capítulo se presentan las conclusiones, sugerencias, anexos, glosario y bibliografía.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVOS

- o Unificar el proceso enfermero, tanto en su quehacer, su objeto y su tecnología diagnóstico-terapéutica en un paciente con un infarto agudo al miocardio.
- o Contar con recursos de consulta y educación continua para una actualización permanente de la enfermería.
- o Facilitar la toma de decisiones inmediata y certeramente en la atención de enfermería en el paciente con infarto agudo al miocardio.
- o Conocer las bases teórico- conceptuales en la practica del proceso enfermero como una disciplina orientada al sistema humanista; tanto para la persona, entorno y salud según el modelo de Virginia Henderson.
- o Proyectar una enfermera autónoma y comprometida en sus funciones y actividades en el proceso enfermero en pacientes con infarto agudo al miocardio.
- o Cumplir con el requisito para titulación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MARCO TEORICO

El presente proceso partirá a partir de las siguientes bases teóricas:

GENERALIDADES DE LOS MODELOS

Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física de algún aspecto de la realidad. Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos, se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos.

Los modelos verbales son los que se expresan mediante enunciados en prosa; los esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, en tanto que los cuantitativos utilizan símbolos matemáticos. Los modelos físicos, por su parte, pueden asemejarse a la realidad que representan, por ejemplo órganos del cuerpo humano, o bien estar dotados de un formato más abstracto sin perder por ello algunas de sus propiedades físicas, como sucede en los electrocardiogramas.

En cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para "facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos", o bien para planificar el proceso de investigación.

MODELO CONCEPTUAL

Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Estos modelos permiten la manipulación de los conceptos sobre el papel, antes de someterlos a la verificación del mundo real.¹

Es la base para la construcción de una teoría.

MODELO DE ENFERMERÍA.

Es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para poder explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Un modelo conceptual para enfermería según Evelyn Adam, es: La imagen mental de lo que se cree es Enfermería. (1989).

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente, ya sea en estado potencial de pérdida de la salud o en estado real de la enfermedad.

La percepción que cada individuo tenga de sus problemas de salud y el afrontamiento que presente a esto, así como el apoyo que reciba de su familia, bien conocida y registrada por

¹ Marriner T. Ann et al en Teorías y Modelos de Enfermería 4ta Edición Ed Mosby-Doyma, Barcelona, España 1999. p 34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la enfermera, de acuerdo con un determinado modelo conceptual, servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.²

Es por eso que tales teorías crean modelos de enfermería, conocidos en el área docente y no muchos llevados a la práctica por las enfermeras en México. Actualmente este no es el caso del modelo de Virginia Henderson, ya que es uno de los modelos más difundidos en la aplicación del cuidado que contempla al individuo holísticamente.

MODELO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson veía al paciente como una persona que requería de ayuda para lograr la autosuficiencia. Así contemplaba la práctica de enfermería como una labor independiente a la de los médicos.

Según reconoció ella misma, la interpretación de la función de enfermería que se supone en sus obras procede de la síntesis de múltiples influencias. Su filosofía se basa en los trabajos de Thorndike, en su experiencia en rehabilitación y el concepto de Orlando de acción deliberada en enfermería.

Henderson hizo especial hincapié en el arte de la enfermería y señaló la existencia de 14 necesidades humanas en los pacientes que requieren cuidados.

Sus principales contribuciones se refieren a la definición de enfermería, la esquematización de las funciones autónomas de esta disciplina, la insistencia en los objetivos de la interdependencia da cara al paciente y la elaboración de conceptos de autoayuda.

La obra de Virginia Henderson está considerada como una filosofía de enfermería.³

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos.

Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Así tenemos que en el modelo de Virginia Henderson:

- Destaca la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales.
- Busco definir en forma clara las funciones de la enfermera, sus principios, la práctica de su profesión y su situación jurídica.
- Fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos individuales al cuidado enfermero.
- Es la guía que ayuda a dar sentido a los cuidados y es una ayuda para la toma de decisiones.

Y es en base a este modelo de atención que estructure el contenido del presente proceso.

² García Gonzales Ma De Jesús en: El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1ra edición Editorial Progreso México 1997. Pp 9 y 10.

³ Marriner op Cit P 58

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES PERSONALES Y REFERENCIAS.

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de 8 hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del Ejército en Washington D.C. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de nueva York. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Cinco años mas tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos de Maestra en Artes con especialización en Docencia en Enfermería. En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como investigadora y autora. Esta autora tuvo relación con la Universidad de Yale ya en los primeros años de la década de 1950 y aportó una valiosa colaboración para la investigación de enfermería a través de esta asociación.

Fue autora y co-autora de las siguientes destacadas obras: Textbook of the Principles and Practice of Nursin, Nursing Studies Index, Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurses, The Nature of Nursing (1966) profesora del Teachers College, The Principles and Practice of Nursing, etc...

A lo largo de la década de 1980, Henderson permaneció en activo como asociada emerita de la investigación en Yale. Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de mas de 9 títulos doctorales honoríficos y el primer premio Christine Reimann. También recibió el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad de la enfermería a lo largo de toda su vida.

Realizo sus aportaciones a la enfermería por más de 60 años de servicio.

Sin embargo inicialmente Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería sino que desarrollo sus ideas y su trabajo en base a la preocupación que sentía por la función propia de la enfermera, junto con su identidad.

Ya que el modelo absolutamente medicalizado de atención y de las enseñanzas de enfermería le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que proporcionara una identidad profesional propia.

Fue así que busco definir en forma clara las funciones de la enfermera, sus principios y la practica de su profesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este esfuerzo se vio realizado en el libro que publico en el año de 1956. The Nature of Nursing en el que define la función de la enfermera: "La única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila, que podría desarrollar sin la ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudarle a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible"⁴

Falleció de muerte natural en marzo de 1996, a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

A partir de esta definición parten una serie de conceptos básicos del modelo de Henderson.

METAPARADIGMA

Reúne los propósitos intelectuales de la disciplina, va mas allá de una amplia estructura entrono a la cual se articula una teoría.⁵

ENFERMERÍA

Henderson definió enfermería en términos funcionales: " La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar actividades que contribuyen a su salud, recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con el fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible".

SALUD

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes de cuidado de enfermería. Declaro. "se trata mas bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus mas altas cotas".

ENTORNO

El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

PERSONA (PACIENTE)

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

⁴ Marriner op cit Pp 15.99 y 100

⁵ Marriner op cit p.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDADES

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señala en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar de diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.⁶

SUPUESTOS

Los supuestos son opiniones sobre los fenómenos que se deben de admitir como verdaderos para que la teoría construida acerca de estos fenómenos se acepte como válida.

No se contrastan, si no que se consideran representativos de la realidad.⁷

Henderson no cito directamente cuales eran los supuestos mas señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos:

- o "Cada individuo lucha por mantener su salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud": Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos mas conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios preventivos para la preservación de la misma.
- o "Cada individuo es una totalidad compleja bio-psico-social, espiritual que requiere satisfacer necesidades fundamentales": La jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow, muy similares a las de Henderson, ubica a las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer termino estos, para poder acceder a las demás áreas
- o "Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no esta completo, en su integridad, ni es independiente": El termino independiente significa que el

⁶ Marriner op cit p 102.

⁷ Marriner op cit p 22

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud."

AFIRMACIONES TEORICAS

LA RELACION ENFERMERA – PACIENTE

Se pueden establecer 3 niveles en la relación enfermera-paciente que va desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- 1) La enfermera como un sustituto del paciente.
- 2) La enfermera como una auxiliar del paciente y
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como "un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento".

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que "independencia" es un término relativo. <<Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma>>.

La enfermera debe de ser capaz no solo de valorar las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La enfermera debe de modificar el entorno siempre que lo considere indispensable.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente "lo mas normal posible".

Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud.

LA RELACION ENFERMERA – MEDICO

Henderson insistía que la enfermera tenía una función especial, diferente a la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las ordenes del médico ya que "cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios". Recalcaba que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de los médicos.

⁸ Garcia Gonzalez op cit Pp 11 y 12



LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios.

Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas.⁹

"La enfermera tiene funciones que le son propias, aunque comparta funciones con otros profesionales": La enfermera que orienta su practica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional mas concreta y esto le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.

"Cuando la enfermera usurpa la función del medico, delega a su vez sus funciones propias a un personal preparado de forma inadecuada": La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

"La sociedad busca y espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar": La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.¹⁰

14 NECESIDADES

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales.

Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y perseverar física y mentalmente.

NECESIDADES FUNDAMENTALES

Henderson precisa que el individuo es un ser humano único y complejo que debe satisfacer 14 necesidades básicas humanas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y emocional) y promover su desarrollo y crecimiento.¹¹

Estas 14 necesidades que enumera Henderson, son muy similares a las de Abraham Maslow, de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, la 8 y 9 están relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la autoestima, la 11 al afecto y la pertenencia, de la 12 a la 14 a la autorrealización, y aunque Henderson no la contempla agregaremos a las 14 necesidades una mas, relacionada con la necesidad de manifestar y ejercer su sexualidad y reproducción.¹²

⁹ Marriner op cit Pp 103 y 104

¹⁰ Garcia Gonzalez op cit p 2

¹¹ Phaneuf Margot en Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería editorial Mc. Gráw Hill Interamericana, Madrid, España, 1993 Pp. 19

¹² Yura M. En El Proceso de Enfermería Walsh M. B. Ciencias de la Enfermería Alambra Versión española 2da Edición 1992 p 102

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así es que a partir de este momento consideraremos 15 necesidades básicas humanas para mantener la salud y la independencia.

De tal manera que quedan de la siguiente forma:

- 1) Necesidad de oxigenación.
- 2) Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3) Necesidad de eliminación.
- 4) Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5) Necesidad de descanso y sueño.
- 6) Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7) Necesidad de termorregulación.
- 8) Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9) Necesidad de evitar peligros.
- 10) Necesidad de comunicarse.
- 11) Necesidad de vivir según creencias y valores.
- 12) Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13) Necesidad de participar en actividades recreativas.
- 14) Necesidad de aprendizaje y
- 15) Necesidad de ejercer su sexualidad y reproducción.¹³

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede describirse las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales. La enfermera que desee brindar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas dimensiones.

DIMENSIONES O COMPONENTES BIOFISIOLÓGICOS, SOCIOLOGICOS, PSICOLÓGICOS, CULTURALES Y ESPIRITUALES.

Aunque cada una de las necesidades está más relacionada con alguna de estas dimensiones, sin embargo, en todas ellas se dan estos componentes esenciales. A pesar de que a primera vista, pueda parecer que una necesidad se encuadra en el aspecto biofisiológico, esta dimensión no es la única afectada. Por ejemplo, la necesidad de eliminar tiene también una dimensión psicocultural, ligada a los hábitos y ritos desarrollados en torno a la eliminación, a la necesidad de intimidad que tiene la persona y a la tensión nerviosa que repercute en ella.

Lo siguiente son las descripciones de cada una de las necesidades junto con las dimensiones que pueden modificar la manifestación y la satisfacción de cada una de las necesidades.

NECESIDAD:

OXIGENACION

Implica:

INSPIRACIÓN:

¹³ Garcia Gonzalez Op Cit. P. 12 y 13.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aporte esencial de oxígeno
Difusión de gases a nivel pulmonar
Intercambio a nivel celular.
ESPIRACION.
Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Mantenimiento de las funciones esenciales. Frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos.
Alteración orgánica, obstrucción, inmadurez o envejecimiento, tasas de hierro en sangre, fatiga.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Ansiedad y estrés.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Entorno:

Polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, aireación, ejercicio, humedad de el ambiente, altitud, etc...

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL.

Disciplina personal de la respiración: meditación, yoga, etc...

NECESIDAD

NUTRICION E HIDRATACIÓN

Implica la ingestión, digestión y absorción de agua, electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad de masticar, de deglutir, de digerir y absorber los alimentos.
Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades del organismo, equilibrio electrolítico, envejecimiento, alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso, estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa, compensación, miedo.
Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de los alimentos o de bebidas alcohólicas.
Imagen corporal deseada
Repulsión a ciertos alimentos.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Entorno: tipo de alimentación según el medio, horario de las comidas, elección de los alimentos.
Clima afectivo de la familia en los horarios de los alimentos, límites que impone el trabajo: bocadillos, comidas en restaurantes, soledad.
Organización del domicilio.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Restricciones religiosas, ayunos.
Costumbres familiares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**NECESIDAD
ELIMINACIÓN**

Implica el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lagrimas, menstruaciones, etc...)
Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de menstruaciones.
Dependencia física de los laxantes.
Alimentación
Equilibrio hormonal.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Ansiedad, estrés y repulsiones.
Hábitos de higiene personal y de eliminación.
Actitud frente a la eliminación y la menstruación.
Intimidad.
Dependencia psicológica de los laxantes.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos.
Educación.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

NECESIDAD

MOVERSE, CONSERVAR UNA BUENA POSTURA Y MANTENER UNA CIRCULACIÓN ADECUADA.

Implica: impulso dado a los músculos o a los miembros para asegurar un cambio de posición en el espacio o para favorecer una buena circulación.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética.
Madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis, estado de tensión arterial y pulso.
Traumatismo, integridad del sistema vestibular.
Ejercicios, posturas habituales.
Alimentación rica en colesterol y sodio.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad.
Sedentarismo.
Hábitos personales de comportamiento.
Soledad.
Hábito de fumar.¹⁴
Carácter competitivo (conducta tipo A, según clasificación de Friedman y Rossenman)¹⁵

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.
Condiciones de trabajo inadecuadas.

¹⁴ Phaneuf op cit Pp 56 a 61.

¹⁵ Reynoso Erazo Leonardo en "Cuide su corazón" editorial Promesa México 1990, 1ra. Edición

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Valor que se concede a los deportes y al ejercicio, dentro de la familia y cultura.
Posturas aceptables en una determinada cultura.

NECESIDAD

DESCANSO Y SUEÑO

Implica interrupción de un estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad de distenderse.

Numero de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo.

Tendencia al insomnio o al hipersomnio.

Dolor, prurito.

Falta de confort. Enfermedad.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Estrés, ansiedad, hábitos personales de vigilia y sueño.

Ritual que precede al acostarse; dependencia farmacológica.

Depresión o cualquier otro problema psiquiátrico.

Inquietud, miedo.

Sufrimiento moral.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Horas de acostarse y levantarse en función del trabajo. Trabajo de noche.

Entorno:

Polución por ruido

Confort de la habitación y de la cama.

Numero de personas que comparten la misma habitación.

Intimidad y tranquilidad en el lugar de reposo.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura.

Valor que se da a la resistencia ante el dolor.

NECESIDAD

VESTIRSE Y DESNUDARSE

Implica: protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez psicomotriz, edad.

Fuerzas físicas

Estado fisiológico: sobre peso u obesidad, embarazo.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Estado de conciencia

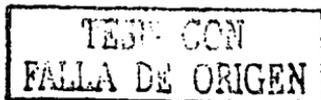
Importancia que se da al vestido y la apariencia personal, desgana, pudor.

Preferencias en el vestir.

Conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Modas y normas sociales.



Entorno: clima, nivel socioeconómico, estatus social, mimetismo.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Limites aportados por la religion y por la cultura (particularmente en lo que se refiere a la mujer).

NECESIDAD

TERMORREGULACIÓN

Implica: equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su perdida en la superficie corporal.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos.
Inflamación, infección.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Regulación térmica debida al nerviosismo o al estrés.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Entorno:

Clima, confort en la casa, lugar de trabajo, confortabilidad externa y medios económicos para evitar el frío o calor y templar la casa.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza la cultura en cuestión, vestido, habitación y calefacción

NECESIDAD

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Implica cuidados de la higiene corporal y de la imagen personal.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad, fuerza física.
Integridad de los tegumentos y faneras.
Madurez psicomotriz o envejecimiento.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Estado de conciencia, diaforesis debida a la tensión.
Hábitos personales de limpieza del cuerpo y de los vestidos
Imagen de si mismo.
Educación

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Salubridad del medio de vida y de trabajo.
Instalaciones sanitarias, baños.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura.
Modas de vestir y de peinarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD

EVITAR PELIGROS

Implica: protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Límites sensoriales; vista, oído, desequilibrio, inmunidad, inflamación, infección / contaminación

Prevención de la enfermedad y de los accidentes.

Modificación del esquema corporal, automutilación, violación y malos tratos.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Limitaciones intelectuales, perturbaciones del pensamiento.

Estado de conciencia.

Predisposición a los accidentes, falta de atención, ansiedad y miedo.

Alteración de la autoimagen.

Ideas suicidas

Utilización de técnicas de relajación.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador. Medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector, etc...).

Seguridad en casa especialmente para niños y ancianos.

Código de circulación.

Entorno:

Polución de aire y polución por ruido.

Contagio y medidas de control de la enfermedad.

Organización sanitaria

Prevención contra el suicidio y la violencia.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Exposición a los peligros consecuencia a ciertas ideologías

Valoración del estoicismo en ciertas culturas <mito del héroe>.

Forma de ver la enfermedad mental.

Disciplina de la vida para mantener el propio equilibrio.

NECESIDAD

COMUNICARSE

Implica. Establecer lazos con otros seres próximos y con las personas de su entorno.

Desarrollarse.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad física de relacionarse con otros: vista, oído, tacto, fonación.

Mímica.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con otros, repliegue de sí mismo

Mecanismos de defensa:

Proyección, sublimación, regresión.

Estado de conciencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Libertad de expresión de los sentimientos, control social, comunicación de masas.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Extroversión e introversión de ciertas culturas.

NECESIDAD

VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Implica: actuación en función de sus propios valores y principios religiosos.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Inmovilidad, debilidad y enfermedad.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Ansiedad relacionada con la enfermedad.

Concepción personal de la vida y del más allá.

Estado de conciencia.

Fase de adaptación a la enfermedad; cólera, negación, etc...

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Alejamiento de los lugares de culto.

Libertad permitida o control ejercido por el entorno.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Pertenencia a una religión, o adhesión a una filosofía.

NECESIDAD

TRABAJAR Y REALIZARSE.

Implica: utilización del tiempo de forma eficaz, útil y valorizadora.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad física.

Integridad neurológica y músculo-esquelética.

Nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular.

Enfermedad, dolores.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Desarrollo intelectual.

Estado de conciencia, depresión, confianza en si mismo, educación.

Deseo de realización.

Creatividad

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Disponibilidad de medios educativos y culturales.

Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parenterales, grupos de interés.

Voluntariado.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD

PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Implica Necesidad de actividades de esparcimiento y distracción.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad de movimientos.

Integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo esquelético.

Dolor, fuerza física.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Estado de conciencia, deseo de distensión y esparcimiento.

Capacidad personal de relacionarse con los demás.

Soledad.

Preferencias por las formas de ocio.

Creatividad.

Espíritu lúdico.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades.

Limitaciones económicas.

Aislamiento físico.

Entorno rural o urbano, clima.

Costumbres mas o menos gregarias de la familia.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Severidad de determinadas religiones frente a las actividades de esparcimiento.

Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas.

NECESIDAD

APRENDIZAJE

Implica: adquirir conocimientos, recibir información.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista, oído).

Uso de medicamentos.

Senilidad o inmadurez.

Enfermedad aguda.

Dolor.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Estado de conciencia.

Capacidad intelectual (perturbaciones del pensamiento, juicio, memoria).

Ansiedad.

Educación académica (leer, escribir).

Periodo de adaptación a la enfermedad.

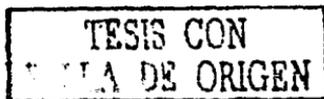
DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Disponibilidad de servicios educativos.

Grado de evolución en el medio familiar.

Importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería.

Poner acento en la prevención.



DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL.

Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y la enfermedad ¹⁶

NECESIDAD

EJERCER SU SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Implica procreación y establecer lazos con la pareja en busca de satisfacción.

DIMENSIÓN BIOFISIOLÓGICA

Capacidad física de la respuesta sexual humana.

Debito conyugal

Integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear.

Equilibrio mental.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Equilibrio sexual, percepción del otro sexo.

Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos.

Tedio.

Estado de conciencia.

DIMENSIÓN SOCIOLÓGICA

Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios.

Niveles de comunicación.

DIMENSIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL

Forma de considerar la sexualidad, la procreación y el rol de la mujer.¹⁷

CONCEPTOS DE INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EN EL ADULTO

INDEPENDENCIA

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.

NIVEL ACEPTABLE DE SATISFACCIÓN

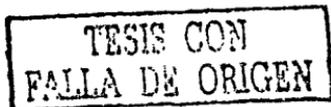
El nivel aceptable de satisfacción es el nivel que permite la persistencia de un buen equilibrio fisiológico y psicológico que se manifiesta por un estado satisfactorio de bienestar. Sin embargo una necesidad puede permanecer ligeramente insatisfecha sin requerir por ello la suplencia de la enfermera.

DEPENDENCIA

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

¹⁶ Phaneuf op cit

¹⁷ Phaneuf op. cit Pp 60 a 66



FUENTES DE DIFICULTAD QUE CAUSAN DEPENDENCIA.

Son fuentes de dificultad o causas de la dependencia cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma.

En otras palabras estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

Se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- ✓ Factores de orden físico
- ✓ Factores de orden psicológico
- ✓ Factores de orden sociológico
- ✓ Factores que tienen repercusiones de orden espiritual
- ✓ Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.

Constituyen fuerzas negativas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades.

Esta incapacidad genera en él, manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN FISICO

Las fuentes de dificultad de orden físico, comprenden cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

Las fuentes intrínsecas de dificultad proviene del propio individuo, es decir, que son causadas por factores orgánicos, genéticos, fisiológicos propios del sujeto. Puede tratarse de un problema articular o de una parálisis, de un problema metabólico, de una infección, de una excrecencia que obstruye el paso del aire.

Las fuentes extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que en contacto con el organismo humano dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto. Por ejemplo una sonda nasogástrica o vesical que produce irritación, una prótesis mal ajustada, una bolsa de ostomía, un vendaje compresivo o una inmovilización que provoca un problema circulatorio

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN PSICOLÓGICO

Comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

Conciernen a los trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de la evolución de la personalidad, estados de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de crisis, por ejemplo una modificación del esquema corporal, una pérdida, un duelo, una menopausia mal asimilada, etc...

Las manifestaciones de dependencia a este nivel pueden afectar todas las necesidades. La ansiedad, por ejemplo puede causar hiperventilación, anorexia o diarrea.

FUENTES DE DIFICULTAD DE ORDEN SOCIOLOGICO

Por su naturaleza el hombre debe de vivir en sociedad para satisfacer las necesidades fundamentales. Crece en el seno de un grupo familiar (u otro) y ha de recurrir a las instituciones o empresas creadas para la sociedad para instruirse, trabajar, procurar el aprovisionamiento o cuidarse. Se crea una red de amigos y de relaciones; se une a una pareja y funda con frecuencia una familia.

Estas interacciones pueden ayudarle en la satisfacción de sus necesidades o, en determinados casos, ponerle límites. Las fuentes de dificultad de orden sociológico comprenden, pues, problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con la red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones; en resumen problemas ligados a su inserción en la comunidad.

Estas fuentes de dificultad están vinculadas a los planos económicos, ambientales, relacionales y culturales. Pueden presentarse bajo la forma de una pérdida o de una modificación del rol social (nuevo empleo, paro), de dificultades de adaptación al rol (maternidad, trabajo fuera de casa), cambio de estatus, sentimientos de rechazo o de alineación, dificultades de comunicación, conflicto de valores, etc...

Las manifestaciones de dependencia ocasionadas por una fuente de dificultad de orden sociológico pueden afectar al estado de salud de un sujeto, a su evolución personal, a su calidad de vida, tanto desde el punto de vista físico como mental. Pueden ser fuentes de estrés, de depresión, de malnutrición, etc...

FUENTES DE DIFICULTAD QUE TIENE REPERCUSIONES DE ORDEN ESPIRITUAL

Engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores, cualesquiera que estos sean. Puede tratarse de una rebelión interna del sujeto contra su situación o de un interrogante religioso o filosófico que se le plantea en relación con el sentido de la vida, del dolor o de la muerte. La naturaleza de las respuestas de la persona encuentra en sí misma o en el entorno, su capacidad o incapacidad para trascender a las realidades cotidianas pueden tener repercusiones en él, particularmente en el enfermo en fase terminal.

Por ejemplo valores que entran en conflicto o incluso de una condición física que le impide practicar su religión como el desea.

Las dificultades que tienen repercusiones espirituales adquieren una importancia particular cuando se trata de cuidados prolongados o de cuidados administrados a clientes de edad avanzada o a moribundos.

Puede aumentar la ansiedad, provocar depresiones e incluso crear dificultades de relación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTES DE DIFICULTAD VINCULADAS A UNA INSUFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS.

El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

La enfermera puede ayudar al cliente a adquirir ciertos conocimientos de cara a ayudarlo a satisfacer sus necesidades o ante ciertos problemas que estos originan. Estos elementos de información han de tener como objetivo prioritario el conocimiento de sí mismo, de la salud, de la enfermedad, y luego, el conocimiento de los otros y el entorno.

El paciente debe estar informado sobre la afección que sufre y sobre ciertas implicaciones de su tratamiento, sobre todo ha de proseguir su tratamiento cuando vuelva a casa. El conocimiento del medio físico y social en el que se desenvuelve el cliente le es también necesario para la preservación de la salud y para solucionar determinados problemas físicos y psicológicos.

Es importante para el individuo conocer bien su entorno y descubrir los peligros eventuales que puedan surgir de él.¹⁸

¹⁸ Phaneuf op cit Pp 19 a 34.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN.

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería (PAE), en E.U. porque se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

Se comparaba el proceso de atención de enfermería, con el proceso de resolución de problemas y el método científico, sosteniendo que, el proceso de resolución de problemas, es mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas con los mismos pasos, pero dando a los problemas el nombre de necesidades.¹⁹

SOLUCIÓN PROBLEMA	DEL	MÉTODO CIENTÍFICO	PROCESO ENFERMERÍA	DE
Detección del problema		Reconocimiento del problema.	Valoración de las necesidades.	
Obtención de datos. Identificación exacta de la naturaleza del problema.		Obtención de datos. Formulación de hipótesis.	Diagnostico de Enfermería.	
Determinación del plan de acción.		Selección del plan para probar la hipótesis.	Planificación del cuidado.	
Realización del plan.		Prueba de la hipótesis.	Ejecución del plan de cuidados.	
Plan de evaluación de la nueva situación.		Interpretación de los resultados. Evaluación de la hipótesis.	Evaluación del plan de cuidados. ²⁰	

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.²¹

CONCEPTO

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones.

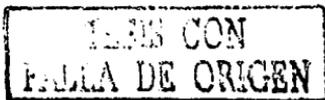
Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

"El proceso de enfermería es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las

¹⁹ García Gonzáles Op cit p 20

²⁰ Potter et al En Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Ed Mosby-Doyma, Madrid 3ra Edición 1996 p 122

²¹ García Gonzáles op cit p 20 y 21



necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y de evaluación de los resultados. La/el enfermero en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetos, fija las propiedades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, el / ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, el / ella evalúan los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situación similares de cuidados de enfermería. De este modo la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a adaptación y mejora".

De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que existe un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características claves del proceso se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados es fundamental para el propósito del proceso de enfermería.

Si esto se aplica a enfermería resulta evidente de las/los enfermeras/os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en la aplicación de unos buenos conocimientos y habilidades en las diferentes situaciones de cuidados.²²

ETAPAS

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un proceso continuo pero integrado por distintas etapas ordenadas lógicamente y científicamente

Cabe señalar que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, están relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante.²³

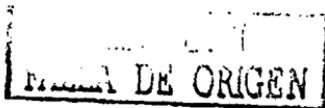
El proceso de enfermería según Rosalinda Alfaro es el método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico, y el tratamiento de problemas de salud reales y potenciales. Se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por el grado de eficiencia, satisfacción y progreso de la persona, así como en principios y reglas que de ser aplicadas en situaciones de la vida diaria, mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos.

Así notamos que consta de 5 etapas:

1. Valoración de las necesidades.
2. Diagnóstico de Enfermería.
3. Planificación de los cuidados.
4. Ejecución de los cuidados.
5. Evaluación.

²² Hinchliff Susan et al. Enfermería y cuidados de la salud. Editorial Doyma Barcelona, España 1993 pp. 174 y 175

²³ Potter Patricia et al. En Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica 3ra. Edición Editorial Mosby-Doyma. Madrid, España 1996. p.123.



A lo largo de estas etapas, o sea durante todo el proceso, la enfermera se guía por un Modelo de Enfermería. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los 15 componentes de los cuidados de enfermería se orientarán en las 5 etapas del proceso

VALORACIÓN

Es la fase inicial del proceso, consiste en reunir toda la información disponible necesaria para delimitar un estado de salud del paciente, para tener una imagen más completa y apegada a la realidad, y así poder pasar a la siguiente etapa de planificar los cuidados.

La recolección de datos se convierte en un proceso continuo, aunque se situó al inicio del proceso, pero a lo largo de esta la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos al paciente.

Para llevar a cabo esta etapa la información se reúne por medio de varias fuentes:

- La historia clínica de enfermería que debe contemplar las 15 necesidades básicas
- Entrevista (durante esta se debe de permitir el desarrollo de la confianza, mostrar empatía y respeto), observación directa y sistemática, si es necesario se realiza una exploración física completa por medio de la: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Información que se obtiene por medio de el paciente, su familia y su entorno si es posible.
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud; una mejor comprensión del plan médico o de las intervenciones de otros terapeutas y especialistas pueden ayudar a la enfermera a coordinar el conjunto del plan de tratamiento. Puede incluso reforzar las acciones que se recogen en el y evaluar los resultados.
- Libros artículos y demás obras referidas al tema.

OBSERVACIONES:

Se pueden obtener datos en ocasiones, derivados de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas.

Toda la información recabada, siempre que sea posible debe ser contrastable y admitida por el resto del equipo de salud.

Durante esta etapa es el momento de establecer una relación enfermera-paciente cálida y adaptada con un tipo de comunicación funcional, pedagógica y terapéutica.

Durante la valoración detectar fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia.

DIAGNOSTICO

Durante esta etapa se examina e interpreta el grado de independencia y dependencia del paciente o su familia, para clarificar el rol de suplencia de la enfermera, según el resultado de la valoración se tomara en cuenta los problemas de salud reales y potenciales que serán la base del plan de cuidados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROBLEMA DE DEPENDENCIA

Es un cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental, que puede ser de orden bio-psico-social, cultural y espiritual y que se manifiestan a través de signos observables.

Se deben recorrer las siguientes etapas:

Clasificación de datos obtenidos, según las 15 necesidades.

Separar los datos que manifiestan dependencia de las que manifiestan independencia en la satisfacción de las necesidades de las que no la permiten, una vez seleccionados estos datos objetivos, la enfermera esta en posesión de informaciones que demuestran las manifestaciones de dependencia que hay en el paciente.

Descubrir los problemas de dependencia a partir de las manifestaciones de dependencia se puede llegar a deducir cual es el problema de dependencia.

La enfermera reúne los datos y luego los sintetiza, formulándolos en unos pocos y claros términos concisos, con los que se diseña una imagen útil y significativa que explica claramente la situación.

Establecer relaciones entre problemas de dependencia del paciente. Un problema situado en el nivel de la necesidad de moverse puede convertirse en una fuente de dificultad para la necesidad de eliminar o para la de realizarse y ser útil. Por otra parte, una intervención que sirve para corregir un problema, con frecuencia es suficiente para solucionar los demás problemas que están relacionados con el. Esto evita la multiplicación innecesaria de intervenciones que tiene el mismo objeto

Definir las fuentes de dificultad o problemas de dependencia y los factores que contribuyen a ellos.

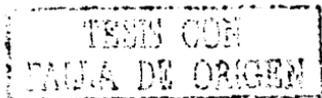
Una fuente de dificultad es un impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales; en consecuencia, es el origen del problema de dependencia del cliente, o de lo que contribuye a el. En definitiva se trata del factor etiológico, de la causa del problema.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

La formulación del diagnostico, se hace a partir de todo un conjunto de informaciones recogidas por la enfermera y de las cuales ha extraído - por deducción o inducción- una explicación del problema y de su causa.

Los diagnósticos formulados de esta manera orientan el trabajo de la enfermera y dan a sus intervenciones objetivos precisos. Dirigen su actividad tanto en su papel de profesional autónomo como en sus funciones de colaboración con el medico.

Se contemplan dentro de esta los diagnósticos reales y potenciales: los diagnósticos de enfermería reales se realizan con el fin de reducir o eliminar los factores contribuyentes y se realizan frecuentes valoraciones con el fin de controlar el estado de signos y síntomas del problema.



Los diagnósticos de enfermería potenciales se realizaran con el fin de reducir o eliminar los factores contribuyentes al posible problema y se realizaran frecuentes valoraciones para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas del potencial del problema.

En cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizaran las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

OBSERVACIONES:

Para describir la sintomatología precisar: eventualidad, presencia, intensidad y duración y se expresan con los siguientes términos "actual, potencial, ligero, moderado, intenso, agudo, progresivo, crónico, intermitente, continuo, etc..."

Un diagnóstico de enfermería puede ser válido para varios y diferentes problemas de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SÍNTESIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Y EL DIAGNOSTICO MEDICO:

DIAGNOSTICO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	DIAGNOSTICO MEDICO
<p>Tiene en cuenta el estado del cliente que vive un problema de dependencia y su reacción frente a su estado. Ej. Disminución de la movilidad; deficiencia de la autonomía para la alimentación, la eliminación, etc...</p>	<p>Tiene en cuenta el problema de salud en sí mismo, y describe su proceso. Ej. Artritis reumatoide, accidente cerebrovascular.</p>
<p>Se expresa de forma inespecífica y puede ser valido para varios problemas diferentes de salud. Ej. La disminución de la movilidad puede provenir de diferentes factores etiológicos, artríticos o vasculares.</p>	<p>Describe una afección particular (diabetes insulino-dependiente) o un grupo de síntomas que están relacionados (síndrome) y constituyen una entidad clínica reconocible. Ej. Síndrome premenstrual.</p>
<p>Tiene en cuenta diferentes grados en la reacción del cliente. Ej. Ansiedad elevada.</p>	<p>Su formulación no tiene nunca en cuenta estos factores.</p>
<p>Tiene en cuenta las fuentes de dificultad o factores etiológicos y los factores contribuyentes que causan el problema de salud o permiten su prolongación. Ej. Alteración en la nutrición: por exceso relacionada a la ociosidad o a la necesidad de compensación o a la falta de conocimientos.</p>	<p>Su formulación no implica generalmente factores etiológicos. Ej. Obesidad.</p>
<p>Orienta a la enfermera hacia intervenciones autónomas.</p>	<p>Orienta al facultativo hacia el tratamiento medico y a la enfermera hacia intervenciones prescritas</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

En esta etapa se establece un plan de acción, se programan sus etapas y los medios que se van a utilizar, las actividades a realizar y las precauciones que se deben de tomar.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben de tomar.

Esta planificación debe de determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados, y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

Esta etapa esta compuesta de 2 elementos: los objetivos de los cuidados y las intervenciones.

Este plan de intervención, constituye un instrumento que asegura:

La continuidad de los cuidados, las comunicación entre los profesionales del equipo de la salud y la unificación de los cuidados.

Debe de responder a las necesidades del paciente en busca de la independencia y se deberán determinar prioridades, tanto de problemas reales, como de problemas potenciales.

PRIMER PASO: OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS

Un objeto de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

El objetivo de los cuidados tiene como mira el comportamiento, la actitud o la acción del propio cliente.

Un objetivo debe en la medida de lo posible, permitir responder a estas 5 preguntas: ¿quién?, ¿cómo?, ¿en que medida?, ¿cuándo? y ¿qué hace?

En la elaboración de los objetivos se debe hacer participe al paciente y su familia.

Los objetivos también serán dirigidos en todo momento a la prevención, limitación del daño y corrección. Y pueden ser:

- De naturaleza psicomotriz: cuando lo que esta implicado es el movimiento.
- De naturaleza cognitiva: cuando esta implicado el conocimiento
- De naturaleza afectiva: cuando están interesadas las sensaciones, emociones y los sentimientos.

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene que ser necesariamente el mismo para todos. Algunos de ellos se podran conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días

Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a largo plazo fijado anteriormente. Existen también los objetivos constantes, que son los que la enfermera debe elaborar con frecuencia y mantenerlos constantemente en el plan de cuidados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene que ser necesariamente el mismo para todos. Algunos de ellos se podrán conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días. Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a largo plazo fijado anteriormente. Existen también los objetivos constantes, que son los que la enfermera debe elaborar con frecuencia y mantenerlos constantemente en el plan de cuidados.

Para facilitar la evaluación es conveniente en algunos casos mencionar el momento en el que se ha de evaluar cada objeto enunciado.

SEGUNDO PASO: INTERVENCIONES

Otro componente de la planificación de cuidados lo constituyen las intervenciones. Es la concretización de los objetivos y nos permite determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado del cliente y para corregir su problema de dependencia. A estas distintas acciones deben de añadirse así mismo las intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y enseñanza al cliente.

Las intervenciones serán las mas adecuadas para alcanzar los objetivos teniendo en cuenta los recursos disponibles para aplicar las estrategias, se deben incluir actividades que debe de realizar el paciente y su familia.

Así como existen objetivos constantes, también habrá intervenciones constantes que son las que como enfermera debe estar llevando a cabo continuamente, por ejemplo: el paciente que necesita que se le coloquen en la mano todos los objetos a causa de sus debilidades visuales.

Dentro de este rubro, se incluyen los 3 tipos de funciones que realiza la enfermera tales como:

LAS FUNCIONES INDEPENDIENTES:

Las funciones en las que la enfermera esta capacitada para atender y están incluidas, en el campo del diagnostico y tratamiento de enfermería.

LAS FUNCIONES INTERDEPENDIENTES

Son aquellas que se desarrollan mediante una labor de equipo.

FUNCIONES DEPENDIENTES

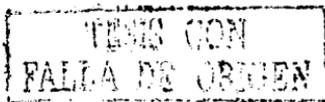
Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo a las órdenes médicas.

Una vez concluida la elaboración del plan de intervención se concluye la etapa de planificación.

OBSERVACIONES

Sin una adecuada planeación ni comunicación tanto con el paciente y con el demás personal tanto de enfermería como del equipo multidisciplinario de salud, el paciente puede experimentar discrepancia o duplicación de los cuidados.

El plan se actualizara de acuerdo con los cambios que se van presentando.



EJECUCIÓN.

En esta fase la enfermera ayudara al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o a tener una muerte pacifica.

En esta fase los actores son múltiples: el paciente que lleva a cabo las acciones, la enfermera que supervisa esas acciones, anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente, sin embargo ella no actúa sola, sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería.

A medida que el estado del paciente evoluciona favorablemente, la zona de intervención del cliente se va ensanchando, y la zona de suplencia de la enfermera debe de irse reduciendo.

Se notifica al paciente de su participación en la ejecución de las actividades programadas así como de las actividades para la familia (si las hubiere) y se identifican nuevos problemas o avances.

SITUACIONES O REACCIONES DEL PACIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL LOS CUIDADOS.

1. Ansiedad.
2. Estrés.
3. Miedo.
4. Dolor.
5. Soledad.
6. La inmovilidad o la disminución de la actividad normal.
7. La alienación.- Dentro de los servicios de salud y en las unidades de cuidados, el cliente se siente con frecuencia perdido y alienado ante una cierta deshumanización. Se da cuenta de que en ese tipo de institución monstruo no hay sitio para su opinión, sus inquietudes, su capacidad de decisión, su derecho a la información, sus preferencias o, incluso, para su personalidad con sus características individuales.
8. El sentimiento de impotencia.
9. La modificación del esquema corporal.
10. La pérdida.
11. El duelo.- El sujeto que experimenta el duelo atraviesa diversas etapas que Kubler - Ross enumera así: la negación, la cólera, el pacto o negociación, la depresión y la aceptación.
12. La muerte.- El rol de la enfermera en pacientes terminales es la de un acompañante, implica también aprender el sentido del silencio, de su mirada y de todo aquello que en una relación cara a cara permite transmitir respeto, comprensión y afecto.

Ansiedad

La mayoría de los enfermos necesitan que se les preste ayuda para poder superar la excesiva ansiedad. Las manifestaciones de ansiedad se producen a diferentes niveles, oscilando desde una tensión leve hasta el descontrol del sistema nervioso simpático y el pánico

Nivel 1 (leve). El paciente esta orientado, hace preguntas, permanece relativamente relajado y sus mecanismos de defensa funcionan correctamente. En este nivel los pacientes son receptivos a la información.

Nivel 2 (moderado) Hay un aumento del estado de alerta y de la tensión emocional. El paciente, más receptivo a la información sensorial que a la fáctica, es capaz de aprender

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

técnicas de relajación. En este nivel los enfermos pueden resolver la mayoría de los problemas por sí mismos.

Nivel 3 (importante) Se observa un descontrol del sistema nervioso simpático con respuestas típicas de lucha o de huida. Cuando la ansiedad es grave, los enfermos ya no pueden seguir resolviendo los problemas por sí solos y necesitan la ayuda cualificada de la enfermera. A menudo afloran signos y síntomas físicos de ansiedad, como taquicardia, inquietud, irritabilidad y aprehensión. El paciente está asustado.

Nivel 4 (pánico). El paciente está dominado por el miedo. Es incapaz de concentrarse y muestra signos físicos más pronunciados de hiperactividad simpática, como insomnio, taquicardia, sudoración profusa (especialmente en las palmas de las manos y la frente), micción y evacuaciones frecuentes, respiración rápida y vértigo.

Entre las acciones dirigidas a aliviar la ansiedad excesiva figuran: hablar con los pacientes acerca de sus miedos, concienciarles de sus capacidades para enfrentarse a los factores estresantes, alentarles a que mantengan una relación social y realicen actividades durante su tiempo libre. En presencia de ansiedad importante o pánico por lo general se necesita medicación ansiolítica. Estos fármacos son más útiles para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad aguda que para su uso crónico.

OBSERVACIONES:

Durante la ejecución del plan y en todo momento se deben respetar los derechos de los pacientes (enlistados en la sección de los anexos del presente proceso).

Establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión; no consiste en aconsejar al paciente de manera tutorial, sino de apoyarle en sus dificultades, transmitirle los conocimientos que requiera, aportarle calor y fuerzas para volver a tomar las riendas de su vida.

Utilizar la comunicación pedagógica o la enseñanza para informar su patología, su tratamiento y sus hábitos por modificar.

EVALUACIÓN

Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad, de un interrogatorio y de una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La evaluación es la condición absoluta de la calidad de los cuidados.

Quando evaluar:

Debe hacerse regularmente, aunque los intervalos sean diferentes. Generalmente es el objetivo el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación.

Que evaluar:

Los resultados obtenidos, la satisfacción del cliente y el proceso seguido.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS

En el momento en el que la enfermera formula los objetivos de intervención, está proyectando una intención de manera expresa un resultado que se ha de obtener, cuyo final desconoce.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para enjuiciar los resultados obtenidos la enfermera debe cuestionarse su propia forma de funcionamiento. Las situaciones de los cuidados son tan complejas y múltiples que es imposible prever las preguntas que pueden surgir. Sin embargo, estas preguntas pueden agruparse en torno a una serie de grandes temas.

Preguntas sobre la evaluación de resultados.

¿Se manifiesta el cambio esperado?, si la respuesta es sí: ¿cómo?, ¿en qué medida?, ¿con qué calidad?, ¿a qué ritmo?

Si la respuesta es no: ¿qué pasa?, ¿qué es lo que ha impedido que se produjera el cambio, etc...?

¿Qué dice el cliente?, ¿cómo está ahora? Y ¿se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas?

LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Se trata de un aspecto importante, sin embargo hay que tenerle una reserva. El paciente no siempre tiene el conocimiento de lo que implica unos buenos cuidados y, a veces, por ignorancia, puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres. También puede darse el caso contrario: puede sentirse insatisfecho de determinadas intervenciones, a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo, es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él.

SEGUIMIENTO DEL PROCESO.

La evaluación no estaría completa sin nuevas revisiones periódicas de las distintas etapas del proceso, ya que este debe ser el funcionamiento habitual de la enfermera.

Preguntas sobre la evaluación del proceso:

¿Eran las intervenciones apropiadas y se fueron deduciendo de un proceso creador?

¿Eran claros y precisos los objetivos?, ¿realistas?, ¿bien articulados con el diagnóstico de enfermería?

¿El diagnóstico aportaba un juicio clínico adecuado sobre la situación?

¿Aporto la recogida de datos elementos pertinentes?

¿Surgieron nuevos datos?, ¿cuáles?

¿qué cambios hay que introducir?

Es evidente que la evaluación del proceso se impone cuando se producen muchos cambios en las condiciones del cliente (intervención quirúrgica, complicaciones, parto, etc...), ya que presuponen la introducción de nuevos datos que se han de tener en cuenta.

Esta evaluación demostrara si el resultado esperado se ha conseguido y permitirá, si es necesario, volver a formular el objetivo y considerar de nuevo las intervenciones que se planificaron previamente.

La persona que procede a la evaluación de un determinado objetivo debe, además, redactar sus observaciones de forma concisa, indicar fecha de la evaluación y firmar con su nombre²⁴

²⁴ Phaneuf, Margot, op cit. Pp. 59 145.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GENERALIDADES DE LA PATOLOGÍA

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

CONCEPTO

El infarto de miocardio es la necrosis irreversible del miocardio.²⁵
Lo que se encontrará hemodinámicamente es una disminución del volumen sistólico y del rendimiento cardíaco. Todos los IAM alteran la función ventricular.²⁶

ZONAS O AREAS DE INFARTO

ZONA CENTRAL O NECROTICA: Por muerte celular por hipoxia, inerte eléctricamente y cuyo reflejo en el electrocardiograma (ECG) es la onda Q patológica.

ZONA DE LESION: Adyacente a la necrotica, sometida a modificaciones metabólicas cuyo reflejo en el ECG es la elevación del segmento ST en aquellas derivaciones que reflejan la actividad de la zona dañada.

ZONA ISQUEMICA: Inestable pero aun con la llegada aunque insuficiente de oxígeno, la representación eléctrica en el ECG es la inversión de la onda T.

Las zonas necroticas y de lesión son mecánicamente ineficaces por lo que la capacidad de bombeo del músculo del corazón disminuye proporcionalmente a la cantidad del músculo lesionado.²⁷

ETIOLOGÍA

Suele ser consecuencia de una trombosis en el lugar de una lesión preexistente de la pared vascular o de una placa aterosclerótica rota en una arteria coronaria principal.

Inicialmente se produce isquemia que, sin ser intensa y prolongada, va seguida de infarto de miocardio, cuya extensión depende de la intensidad de la isquemia, la zona de músculo irrigada por la arteria coronaria obstruida, el grado de flujo sanguíneo colateral y las demandas de oxígeno del tejido irrigado por la arteria.²⁸

EPIDEMIOLOGIA

El infarto al miocardio suele presentarse con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (4 a 1), al menos mientras las mujeres permanecen en edad fértil o protegidas con

²⁵ Cecil et al En Compendio de Medicina Interna. editorial Interamericana - Mc Graw Hill 2da. Edición México 1993

²⁶ La obstrucción final P.84

²⁷ Amado Canillas Javier en Enfermería Cardiorrespiratoria. Edit. FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería) 1ra Edición España 1999. pp. 40, 41.

²⁸ Cecil Op Cit Ibidem Pp. 78 y 79

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hormonas. Suele aparecer en edades medias de la vida aunque cada vez se observan más casos entre jóvenes de 20 a 30 años.

MORBI – MORTALIDAD

La mortalidad del infarto en nuestro medio se establece en torno al 12 – 15 % y de este porcentaje el 80% de las muertes ocurre en las primeras 24 hrs.

La causa de muerte mas frecuente es la fibrilación ventricular o muerte súbita y el shock Cardiogenico.

La morbilidad que provoca es muy alta y los cuidados rehabilitadores muy largos y costosos.

TIPOS

La ubicación de la lesión en la pared del miocardio describe el nombre. Así puede ser: anterior, inferior, posterior o lateral, así como la combinación de estas mismas.

Generalmente los infartos se producen en el ventrículo izquierdo (el que mayor carga de trabajo soporta), y la principal arteria ocluida es la coronaria descendente anterior (DA). También puede en ocasiones infartarse el ventrículo derecho.

En el ECG estarán afectadas aquellas derivaciones que registren la actividad eléctrica de la zona infartada.²⁹

El infarto agudo al miocardio (IAM) puede ser transmural, esto es, que afecte todo el espesor de la pared del ventrículo izquierdo, o no transmural, afectando solo al subendocardio y al miocardio adyacente. Los hallazgos electrocardiográficos de infarto transmural y subendocardico no guardan una buena correlación con la extensión anatomopatológica del infarto.³⁰

ANATOMOPATOLOGIA.

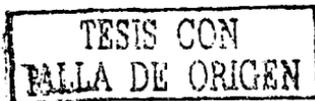
No se producen alteraciones anatomopatológicas macroscopicas en el miocardio hasta transcurridas aproximadamente 6 horas tras el infarto de miocardio, e incluso los hallazgos al microscopio óptico hasta ese momento son sutiles.

El miocardio aparece inicialmente pálido y ligeramente edematoso, cambiando de color durante los días siguientes al producirse exudado e infiltración de neutrofilos. Entre 8 y 10 días después del infarto, el miocardio en la región del mismo disminuye de grosor al ser eliminados los residuos, y se forma tejido de granulación que en 3 o 4 semanas se extiende por todo el tejido necrotico.

Posteriormente se forma una cicatriz fina que se va fortaleciendo a lo largo de un periodo de 6 semanas.

²⁹ Amado Canillas et al ibidem. Pp 40, 41.

³⁰ Cecil op. cit. Ibidem P: 79



FISIOPATOLOGÍA

Una lesión en la capa endotelial de las arterias coronarias provoca que las plaquetas, los leucocitos, la fibrina y los lípidos converjan en una zona lesionada, lo que da lugar a la formación de trombos. Las células espumosas o macrófagos internos, se acumulan debajo de la capa lesionada y absorbe el colesterol oxidado, provocando la formación de una franja de grasa que estenosa la luz arterial.

Dado que la luz arterial se estenosa de forma gradual, se desarrolla una circulación colateral que intenta mantener la perfusión de sangre al miocardio distal a la zona obstruida.

Quando la demanda de oxígeno del miocardio es superior a la del aporte de la circulación colateral, el mecanismo miocárdico cambia de aeróbico a anaeróbico y produce ácido láctico, que a su vez estimula las terminaciones nerviosas

Quando no hay oxígeno, las células del miocardio mueren. Esto disminuye la contractilidad, el volumen sistólico y la presión arterial. La hipoperfusión estimula los barorreceptores, que a su vez estimulan las glándulas suprarrenales con el fin de liberar adrenalina y noradrenalina. Estas catecolaminas incrementan la frecuencia cardíaca y causan una vasoconstricción periférica, incrementando nuevamente la demanda de oxígeno por parte del miocardio.

Las membranas celulares lesionadas de la zona infartada permiten el paso de los contenidos intracelulares al espacio intersticial y a la circulación vascular. Después aparecen arritmias ventriculares junto con las concentraciones séricas elevadas de potasio, de creatinina (CK), de CK MB (específica del músculo cardíaco), de aspartato aminotransferasa, y de lactatohidrogenasa (LDH).

Todas las celdas miocárdicas son capaces de llevar a cabo una despolarización y repolarización espontáneas, de forma que es posible que el sistema de conducción eléctrica éste afectado por el infarto, la lesión y la isquemia.

Una lesión extensa en el ventrículo izquierdo puede deteriorar la capacidad de bombeo, dejando que la sangre retroceda a la aurícula izquierda y finalmente a las venas y a los capilares pulmonares. A la auscultación pueden oírse crepitanes pulmonares. Hay un aumento de las presiones arteriales pulmonares y capilares en cuña.

A medida que aumenta la presión posterior, el líquido cruza la membrana alveolocapilar, impidiendo la difusión de oxígeno y de anhídrido carbónico (CO₂). Es posible que las determinaciones de la gasometría arterial revelen una disminución de la presión parcial de oxígeno (PO₂) y del pH arteriales y un incremento de la presión parcial de CO₂ arterial (PCO₂)¹¹

¹¹ Infarto de miocardio ¡Increiblemente fácil! En Revista Nursing 2000 volumen 18, numero 5 p. 50.

SÍNTOMAS

Dolor torácico

Intenso y prolongado, de carácter similar al de angina de pecho, de inicio súbito e intensidad progresiva, hasta llegar al dolor invalidante e insoportable. No se produce necesariamente después de una emoción o esfuerzo físico, incluso aparece en reposo. Cede hasta ser tratado

Localización - Retroesternal, puede abarcar un área extensa de la cara anterior del torax.

Irradiación - Hombro izquierdo, maxilar inferior, cara interna del brazo y dedos izquierdos.

Intensidad - Variable, insoportable, sensación de inminente muerte

Duración - Mas de 30 minutos o hasta llegar a varias horas, no cede con nitritos.

Nauseas, vómitos, Diaforesis profusa

Disnea, Astenia, Lipotimias, Vértigos

SIGNOS

Ansiedad

Tensión arterial elevada (si no existe shock)

Taquicardia (puede haber bradicardia en los infartos de localización inferior).

Latido ventricular izquierdo discinético.

Pulsos carotídeos de pequeña amplitud

Tonos cardíacos apagados.

Galope auricular. S4.

Galope ventricular. S3

Soplo sistólico alto en casos de ruptura de músculo papilar o de tabique interventricular.

Signos de shock cardiogenico si esta infartado mas del 40% del miocardio

Febrícula

Roce pericárdico (tercero o cuarto día, con infartos transmurales)

Taquiarritmias auriculares o ventriculares, bloqueos cardíacos.³²

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

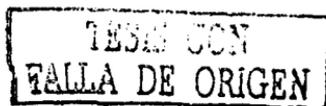
LABORATORIOS

Los análisis seriados de las enzimas se establecen con la creatinfosfoquinasa (CPK o CK) y mas concretamente en la fracción CK - MB (isenzima específica del músculo miocardio); solo aparece alterada si hay lesión en células musculares cardíacas. Es el dato analítico mas fiable para el diagnóstico del infarto, ya que detecta hasta 0.1 gr. de masa muscular dañada. Las cifras comienzan a elevarse a las 3 a 6 hrs. De la aparición de la lesión hasta llegar al pico máximo en torno a las 12-24 hrs.

La Deshidrogenasa láctica (LDH) no es un índice tan fiable como la CPK, pero su elevación mas tardía (12-24 hrs), es útil para detectar los infartos en estadio más tardío. Las isoenzimas LDH1 y LDH2 son la fracción miocárdica que aumenta en el IAM

La Transaminasa glutamicooxalacética sérica (SGOT), una enzima que esta principalmente en el músculo cardíaco, en el hígado, en el músculo esquelético, el riñón y los hematíes.

³² Cecil et al. Ibidem o op cit



ELECTROCARDIOGRAMA

El ECG es el método más accesible y menos invasivo para detectar e identificar al IAM. La realización seriada de un ECG es útil tanto para el diagnóstico como para determinar la evolución de la lesión.³³

Cada uno de los tipos de sufrimiento del miocardio tiene expresiones electrocardiográficas diferentes:

- I. La necrosis se caracteriza por aparición de ondas Q patológicas: más de 0.04'' o más profunda de 1/3 de la altura del complejo QRS
- II. La lesión se manifiesta por un desnivel del segmento ST, frecuentemente positivo.
- III. La isquemia se expresa por alteraciones de la onda T, que a menudo comprenden inversiones de esta onda

En el cuadro típico del infarto pueden observarse manifestaciones de las 3 diferentes alteraciones de la fibra miocárdica (necrosis, lesión e isquemia).

En las fases iniciales del IAM, predomina la zona de lesión, por lo que en los primeros minutos de su evolución lo que se observa es un desnivel del segmento ST.

Poco a poco disminuye el desnivel del segmento ST y aparece la onda Q. La T va haciéndose negativa (3-5 días)

Entre el 4to y 6to día el desnivel del segmento ST ha desaparecido, la onda Q ha adquirido una profundidad de más de 25% del total del complejo QRS y la onda T se hace profundamente negativa, conservándose esta imagen, durante 1 a 4 semanas.

La imagen definitiva de infarto, que persiste por toda la vida, se alcanza a las 3 o 4 semanas y consiste en una onda Q mayor del 25% del QRS, de 0.04'' o más de anchura y T negativa, de ramas iguales

Una característica importante del infarto es que los cambios descritos ocurren casi sistemáticamente en áreas diversas.

- El infarto posteroinferior es visible en DII, DIII, y aVF.
- El infarto de cara lateral es detectable en DI, aVL, V5 y V6.
- El infarto de cara anterior se aprecia en V3 y V4.
- El infarto septal es apreciable en V1 y V2.³⁴

ECOCARDIOGRAMA

Se utiliza para valorar alteraciones valvulares y la afectación del infarto en la fracción de eyección del ventrículo

³³ Amado Canillas Ibidem u op cit

³⁴ Alcocer Diaz Barreiro Luis et al en El Electrocardiograma Guía practica para su lectura elemental Editorial 3ra Edición México 1982 Pp 43 a 45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CATETERIZACION CARDIACA Y ANGIOGRAFÍA

Sirve para visualizar la coronaria afectada e identificar la zona estenosada.

TRATAMIENTO

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Alivio del dolor y estrés.

Reducción de la sobrecarga cardiaca para permitir la cicatrización.

Limitación del daño.

Prevenir las complicaciones o la extensión del infarto.

MEDIDAS GENERALES

OXIGENOTERAPIA. -

Se puede dar de 4 a 8 litros por minuto por sonda nasal o mascarilla, en la insuficiencia respiratoria, disnea, angina, shock o la cianosis. Mejora la saturación y disminuye la frecuencia respiratoria.

REPOSO

Reposo en cama y posición de esta en semifowler

Una sobrecarga reducida ayuda al miocardio lesionado a cicatrizar y desarrollar circulación colateral. Una vez aliviado el dolor iniciar movilización de pies y piernas para minimizar el riesgo de tromboflebitis.

Se debe iniciar la actividad física de una manera gradual, observe el dolor, taquicardia o el aumento o disminución de la presión arterial antes, durante y después de la actividad. Si existe alguna alteración, el paciente no esta preparado para asumir una actividad normal.

DIETA

De inicio unas 12 hrs. pos IAM una dieta liquida y posteriormente blanda (los alimentos facilmente digeribles reducen la sobrecarga cardiaca), si y solo si no se presentan complicaciones

Hiposodica

Evitar los siguientes alimentos

"Tentempiés" salados, alimentos enlatados, frutos secos, carnes frias y embutidos, quesos de todas clases, cualquier conserva salada (aceitunas, escabeches, etc...), azúcar y caramelos, alimentos ricos en colesterol, leche, productos lácteos o aceite de coco y bebidas alcohólicas.

Incluir los siguientes alimentos

Frutas y zumos

Manzanas, plátanos, toronjas, naranjas, uvas, albaricoques, dátiles, ciruelas, nectarinas, sandias, etc.

Vegetales (frescos y congelados)

Espárragos, coles de brucelas, coliflor, pimientos, rábanos, lechuga, maiz, papas, calabazas, etc ³⁵

MEDIDAS GENERALES

Laxantes para evitar maniobras de valsava.

³⁵ La obstrucción final

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

TROMBOLITICOS.

Los trombolíticos disuelven los trombos arteriales agudos durante el infarto agudo al miocardio. Después de 3 a 6 hrs. Después del inicio del infarto el fármaco se inyecta de preferencia por medio de un catéter largo insertado a través de una arteria periférica. Con eso se minimiza la lesión causada por la trombo embolia disolviendo el embolo y restableciendo el flujo sanguíneo coronario

Los vasodilatadores aumentan el flujo sanguíneo coronario y la perfusión de oxígeno del miocardio y mantienen la dilatación arterial durante un largo periodo para hacer frente a las necesidades metabólicas los nitratos producen mas dilatación venosa que arterial

ANTICOAGULANTES

Como medida profiláctica. La heparina a dosis bajas reduce la posibilidad de formación de nueva formación de trombo y con esta la de reinfarctos.

VASODILADORES

La nitroglicerina o el dinitrato de isosorbide también alivian el dolor, redistribuyen el flujo sanguíneo a la zona isquémica del miocardio incrementando el gasto cardíaco y reduciendo la sobrecarga.³⁶

Mantiene la dilatación arterial durante un largo periodo para hacer frente a las necesidades metabólicas.

Nitroglicerina en perfusión dependiendo de la T.A.

ANTIARRÍTMICOS

Lidocaina en perfusión de forma profiláctica.

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

Aspirina de 200 a 300 Mg. Es recomendada ya que reduce la morbi-mortalidad y el tamaño de la lesión.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Analgesia para disminuir la ansiedad, estrés y dolor torácico

³⁶ la obstrucción

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

CATETERIZACION CARDIACA Y ACTP

Corrige la obstrucción al vaso sanguíneo despegando y rompiendo la placa de ateroma mediante un balón que se infla a la altura de la misma.

REVASCULARIZACION O BY-PASS.

Puente para salvar la obstrucción . se suele realizar sobre la arteria mamaria o vena safena. Se pueden realizar uno o varios.

PRONOSTICO.-

Reservado a la extensión, localización del infarto, edad del paciente, horas de evolución del infarto, tratamiento aplicado, patologías agregadas y complicaciones presentadas.

COMPLICACIONES

- Insuficiencia cardiaca
- Rotura miocárdica
- Taquicardia auricular
- Fluter auricular
- Fibrilacion ventricular
- Fibrilacion auricular
- Diversos grados de bloqueo AV
- Bradicardia sinusal
- Rutura del miocardio³⁷
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Choque cardiogénico

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

³⁷ Las obstrucción final

PROCESO APLICADO A UN PACIENTE CON UN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN SALA DE URGENCIAS.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Masculino de 55 años de edad, estatura media y sobrepeso que presenta alteración en la perfusión sanguínea del músculo cardiaco relacionado a la interrupción del flujo sanguíneo en las arterias coronarias y con ello a la reducción de oxígeno en el miocardio. Manifestado por dolor precordial intenso de tipo opresivo, disnea, nauseas, palidez de tegumentos, diaforesis, ansiedad y temor ante el riesgo de muerte prematura.

NECESIDAD.

Oxigenación.

MANIFESTACIONES.

Hipoxia tisular miocárdica

Disnea

Dolor precordial opresivo

OBJETIVO

- 1 Conseguir un riesgo sanguíneo satisfactorio.

EJECUCION.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES.

- 1.1 Explicarle los procedimientos a realizar con claridad.

Fundamentación:

El paciente al tener conocimiento de causa mostrará cooperación, disminuyendo al mismo tiempo su estrés y ansiedad

- 1.2 Toma de electrocardiograma inicial

Fundamentación

El electrocardiograma mide y registra la actividad eléctrica y sirve para determinar la gravedad y localización del problema y así establecer el tratamiento oportuno. El electrocardiograma se le toma con círculo cardiaco completo que implica toma de electrocardiograma de 12 derivaciones y también derivaciones derechas y posteriores (V₁ y V₆)

- 1.3 Monitorización Cardiaca y de demás signos vitales

Fundamentación

La observación y el registro de la actividad eléctrica del miocardio permite detectar con oportunidad alteraciones en el ritmo y la conducción que pongan en peligro la vida del paciente

En respuesta al ácido láctico y a la disminución de oxígeno, el tejido miocárdico se vuelve más excitable y algunas zonas del sistema de conducción pueden modificar la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En respuesta al ácido láctico y a la disminución de oxígeno, el tejido miocárdico se vuelve más excitable y algunas zonas del sistema de conducción pueden modificar la transmisión de los impulsos, repercutiendo en la contracción y la dilatación de las cavidades cardíacas, y así nos permite observar el ritmo, la frecuencia y la detección de arritmias. Esta observación simultánea nos permite visualizar la actividad tanto auricular como ventricular.

En el área donde se colocan los electrodos para monitorización se mantendrán limpios, se rasurará el vello y se mantendrán secos para evitar que el vello y la humedad del paciente altere los trazos electrocardiográficos y estén reflejadas con interferencias en el monitor.

1.4 Instalación de dos vías de acceso sanguíneo

Fundamentación

Se coloca una vía central por medio de un cateter largo y otra vía periférica.

La primera vía central es exclusiva inicialmente para la administración en trombolítico, para el paso directo del fármaco al torrente de la circulación de la aurícula derecha a través de la colocación de esta en la vena basilica o cefálica y con ello al espacio intercelular cardiaco.

La segunda vía de acceso sanguíneo será la de una vena periférica y será una vía alterna para la administración de diversos medicamentos y en el caso de la administración de algún medicamento de emergencia. Una vez concluida la trombólisis se procede a heparinizar la vía periférica y a utilizar solo la vía central.

1.5 Toma de Muestras Sanguíneas para Laboratorios

Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, grupo y RH y enzimas cardíacas

Fundamentación

Se le toman en el momento de colocación del cateter largo central para evitar multipuncionar al paciente y antes de iniciar algún fármaco que altere las muestras de laboratorio. La necrosis del tejido muscular da lugar a la liberación de ensangre de diversas enzimas: la creatininfosfoquinasa (CPK), la deshidrogenasa oxalacética (TGO). La enzima más específica e importante para el diagnóstico del IAM es la CPK y específicamente su isoenzima (fracción) específica del músculo cardiaco: CPK-MB que se eleva al cabo de dos a cuatro horas y alcanza su máximo a las seis horas hasta en un 5% del valor de CPK, para retornar a sus valores normales a las 24 a 48 horas. Se eleva a las pocas horas el recuento leucocitario que se vuelve al poco tiempo a sus niveles normales.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

1.6 Ministración de terapia trombolítica con actilyce (alteplasa)

15 mg IV Bolo Dosis única

50 mg IV para 30 minutos

35 mg IV para 30 minutos

Fundamentación

Este medicamento trombolítico es un activador del plasminógeno tisular humano y su actividad trombolítica se inicia inmediatamente después de la administración inicial del bolo. La afinidad del actilyce con la fibrina es elevada, permanece inactivo en la sangre hasta que se fija a la fibrina del trombo. El actilyce se activará por fijación en la fibrina, induce la transformación del plasminógeno en plasmina y da lugar a una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

disolución del trombo en menos de una hora. Es escasa su influencia sistémica sobre los componentes de coagulación sanguínea

1.7 Toma de Electrocardiograma Postrombólisis

Fundamentación:

Estos electrocardiogramas se le toman a los 60 minutos y 90 minutos pos-trombólisis y a partir de este cada 8 horas para vigilar la reperfusión sanguínea al miocardio como efecto de la terapia trombolítica y valoración de los cambios electrocardiográficos y para determinar la limitación del infarto.

1.8 Ministración de vasodilatadores:

Isosorbide intravenoso

Fundamentación:

El isosorbide intravenoso produce una vasodilatación sistemática, disminuye el flujo de retorno al corazón, el volumen ventricular, las presiones de llenado y la tensión diastólica experimenta una disminución (reducción de la pre-carga).

La dilatación de las grandes arterias próximas al corazón lleva a una disminución de la resistencia a la expulsión (reducción de la pos-carga), esto hace bajar el consumo miocárdico de energía y respectivamente de oxígeno. Es importante detectar de manera continua signos de hipotensión por efecto secundario a los vasodilatadores.

1.9 Ministración de anticoagulantes:

Heparina en infusión a 1000 UI por hora en una dilución de 100 ml de solución glucosa al 5% + 6000 UI de heparina para 6 horas.

Fundamentación:

Previene la formación de un coágulo de fibrina estable mediante la inhibición de la activación del factor estabilizante de la fibrina mediante la trombina. La heparina no tiene actividad fibrinolítica, de esta manera, ayuda a prevenir la formación de nuevos trombos.

1.10 Ministración de Beta bloqueadores:

Metoprolol tabletas 100 mg VO ½ tableta cada 24 horas.

Fundamentación:

Disminuye o inhibe el efecto estimulante de las catecolaminas en el corazón, lo que da lugar a una reducción de la frecuencia cardiaca, de la contractilidad miocárdica y del gasto cardiaco.

Baja la tensión arterial tanto en pie, como en decúbito, aumenta la tolerancia física al esfuerzo, tiene efecto antiarrítmico, al regular la frecuencia cardiaca y disminuye la mortalidad en pacientes con IAM.

OBJETIVO

2. Mejorar el patrón respiratorio y el intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

2.1 Instalación de Catéter Nasal (Puntas Nasaes)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundamentación

Aumentar el transporte de oxígeno en la periferia con lo que disminuirá el trabajo al miocardio. Mejora la saturación y disminuye la frecuencia respiratoria. Hay que humedecer el oxígeno para evitar resequeidad en membranas nasales y bucales, además de cuidar de evitar irritación dérmica por roce y presión excesiva con las puntas nasales.

2.2 Reposo Absoluto en Cama

Fundamentación:

La restricción de la actividad física disminuye los requerimientos de oxígeno en todos los tejidos del organismo. Mantener cuidado especial en evitar formación de pliegues entre la piel y la ropa de cama del paciente para prevenir excoriaciones y úlceras por decúbito.

2.3 Posición semi-fowler

Fundamentación:

Ejercer una menor presión intratorácica lo que permitirá una mejor expansión del tórax y campos pulmonares durante la inspiración.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

2.4 Toma de Gasometría Arterial para vigilar Datos de Hipoxemia Arterial.

Fundamentación:

Mediante la eliminación de bióxido de carbono por los pulmones se mantiene el pH para conservar el funcionamiento normal de los alveolos.

2.5 Monitorización de Gases Arteriales.

Fundamentación:

El pH arterial: 7.35 - 7.42 para valorar el estado ácido base y ventilación.

El pH venoso: 7.32 - 7.43

PCO₂ arterial: 34-45 mmHg - La hipocapnia se produce por hiperventilación.

PO₂ arterial: 80 - 95 mmHg - La hipoxemia se produce por hipoventilación o desequilibrio entre la perfusión-ventilación.

HCO₃: 22 - 28 mEq/l. - La alcalosis la produce un exceso de absorción renal de bicarbonato o pérdida excesiva de H⁺ (hidrogeniones) y la acidosis se produce por excesiva producción de H⁺ o por excesiva pérdida de bicarbonato.

SA O₂: 95 - 99% - Su descenso se debe a la mala comunicación venosa, arterial o a intoxicación de dióxido de carbono.

La hipoxemia en el paciente está dada por un trastorno de ventilación y perfusión requiriendo de oxígeno adicional.

Vigilar continuamente signos de insuficiencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, cianosis ungueal, peribucal y coloración de la piel.

OBJETIVO

3. Eliminar o disminuir el dolor precordial.

EJECUCIÓN



ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

3.1 Recibir al paciente en una forma tranquila, competente y brindarle apoyo.

Fundamentación:

La tranquilidad y competencia manifestada brindan un ambiente de confianza tanto en el tratamiento, como en la enfermera, y el entorno, así disminuirán los niveles de estrés y por lo consiguiente de dolor.

3.2 Explicar el curso previsible y de los factores desencadenantes del dolor.

Fundamentación:

El dolor y el estrés genera un aumento en la sangre de catecolaminas que incrementan la frecuencia cardiaca y causan una vasoconstricción periférica, incrementando nuevamente la demanda de oxígeno por parte del miocardio.

3.3 Vigilar continuamente el nivel de conciencia.

Fundamentación:

El dolor agudo severo puede conducir a una pérdida de la conciencia.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES.

3.4 Ministración de analgesia:

Nalbufina amp 5mg ½ ampolleta IV dosis única.

Fundamentación:

Analgesico narcótico que alivia los dolores de moderados a severos

El aumento del tono simpático incrementa directamente la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y el estado de contractilidad del miocardio y por tanto de las demandas de oxígeno del mismo.

Además, el incremento de las concentraciones de catecolaminas circulantes potencializa las arritmias cardiacas, en particular la taquicardia ventricular o la fibrilación ventricular. La finalidad es disminuir el dolor del paciente, no eliminarlo totalmente, ya que el dolor es un parámetro de vigilancia de un potencial re-infarto.

EVALUACIÓN:

Se obtiene un riego sanguíneo adecuado que elevó el aporte de oxígeno en el miocardio en el área isquémica (V_1 a V_4 infarto anteroseptal), no detectándose ninguna arritmia complicatoria, laboratorios (CK+CKMB) confirmatorios del infarto, y mantiene un rango normal de gasto cardiaco reflejado en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial dentro de parámetros normales.

Cede disnea y mantiene un patrón respiratorio eficaz reflejado por gasometría dentro de parámetros normales y disminuye el dolor evaluado en su respuesta verbal y en su facies sin dolor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD

Nutrición e hidratación

MANIFESTACIONES

Nauseas relacionadas a la actividad parasimpática intensificada.

OBJETIVO

1. Eliminar o disminuir las nauseas manteniendo una hidratación optima.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Limitación en la ingesta de líquidos y control hídrico

Fundamentación:

El incremento en el volumen sanguíneo circulante aumenta el trabajo del corazón y por lo tanto aumenta la demanda de oxígeno al miocardio.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

- 1.2 Ministración de antieméticos
Metocloplamida amp 10mg IV dosis única.

Fundamentación

Las propiedades antieméticas de la metocloplamida son el resultado de su antagonismo a los receptores dopaminérgicos. La dopamina produce náuseas y vómito por estimulación de los quimiorreceptores medulares.

- 1.3 Ministración de soluciones intravenosas

Fundamentación:

Los líquidos deben perfundirse al ritmo de flujo necesario de acuerdo con los niveles de tensión arterial y turgencia de la piel.

- 1.4 Ministrar hasta las 8 a 10 horas pos-infarto dieta líquida.

Fundamentación:

Se ministra inicialmente líquidos y no dieta sólida por disminuir el trabajo cardíaco y prevenir vómitos, ya que estos pueden estimular el nervio vago y producir arritmias.

- 1.5 Vigilancia de electrolitos séricos por laboratorio

Fundamentación

La alteración de los niveles de electrolitos produce irritabilidad miocárdica y con ello el aumento en la probabilidad del desarrollo de arritmias

Parámetros electrolíticos normales

Potasio 3.8 - 5.0 mEq/l

Sodio 135 - 145 mEq/l

Cloro. 100 - 106 mEq/l

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN

Disminuye el reflejo nauseoso, inclusive después de la ingesta de líquidos reflejado en la tensión arterial dentro de parámetros normales, turgencia de la piel normal y electrolitos séricos dentro de parámetros normales.

NECESIDAD

Eliminación

MANIFESTACIÓN

Potencial estreñimiento

OBJETIVO

1. Evitar el estreñimiento manteniendo un buen funcionamiento intestinal.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

1.1 Ministración de laxantes horarios

Fundamentación:

El descanso en cama prolongado disminuye la actividad gastrointestinal y la materia fecal puede endurecerse en el intestino. Se deben evitar las maniobras de valsalva porque aumenta el trabajo y la frecuencia cardíaca, así como también evita cualquier estimulación vagal.

EVALUACIÓN

Presenta movimientos peristálticos normales sin presencia de esfuerzo al evacuar.

NECESIDAD

Moverse y mantener una buena postura

MANIFESTACIONES

Riesgo de deterioro relacionado al reposo obligado en cama

OBJETIVO

1. Mantener la circulación adecuada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

1.1 Movilización en cama cada 2 horas

Fundamentación:

Las posiciones pueden ser decúbito, decúbito lateral izquierdo o derecho, fowler o semi-fowler.

El paciente debe girarse, toser y respirar profundamente cada 2 horas para prevenir úlceras por decúbito, dolor en zonas de presión, estasis de secreciones en el aparato respiratorio y atelectasia favoreciendo el menor esfuerzo físico y bajo gasto de energía.

1.2 Enseñar al paciente a moverse con lentitud

Fundamentación:

Se evita el desgaste de energía y con ello el aumento de la frecuencia cardíaca

1.3 Vendaje de miembros pélvicos inferiores

Fundamentación:

Para impedir la estasis de la sangre en las venas y así reducir el riesgo de desarrollo de la flebitis.

EVALUACIÓN:

Se encuentra en una posición alineada, libremente escogida y cómoda.

NECESIDAD

Descanso y sueño

MANIFESTACIONES

Miedo y ansiedad relacionada a la patología per-se.

OBJETIVO

1. Mantener un estado de confort aliviando los temores del paciente.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Recibir al paciente de forma tranquila, competente y brindarle apoyo

Fundamentación:

Se debe favorecer una reducción de tensión y estrés y obtener un periodo de descanso ya que el miedo del paciente activará el sistema nervioso simpático y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consecuente liberación de catecolaminas (se abre adrenalina y norepinefrina) que causan el aumento de la frecuencia cardíaca y precipitan arritmias potencialmente fatales.

1.2 Presentarse con nombre, apellidos y cargo al paciente

Fundamentación:

Crear un ambiente de confianza y permitir una mejor comunicación, para que el paciente pueda expresarnos sus dudas y temores

1.3 Explicarle sobre los procedimientos a realizar.

Fundamentación:

Dar una explicación necesaria sobre el uso del equipo de control y tratamiento contribuirá a una mejor comprensión y mayor colaboración, junto con una disminución de estrés.

1.4 Mantenerlo en reposo absoluto

Fundamentación:

Por medio del reposo absoluto permitir una relajación de los músculos, una baja en las demandas de circulación y oxígeno en el cuerpo y así facilitar un entorno cómodo.

1.5 Proporcionar un entorno tranquilo, en posición corporal adecuada

Fundamentación:

El estrés libera catecolaminas, las cuales aumentan la frecuencia cardíaca, la fuerza de contracción del miocardio y sus requerimientos metabólicos, si el corazón enfermo no puede hacer frente a la gran demanda de oxígeno puede desarrollar arritmias, insuficiencia cardíaca, fallo en el bombeo u otro infarto

ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES

1.6 Comunicarse con el demás personal del equipo de la salud, familiares y en general con todas las personas que esten alrededor del paciente

Fundamentación:

Procurar por todos los medios eliminar el ruido innecesario y permitir un periodo de descanso al paciente de sus visitas familiares.

EVALUACIÓN

Muestra una reducción de estrés manifestada por una actitud más relajada, manifestación verbal y colaboración con los procedimientos

NECESIDAD

Uso de prendas de vestir adecuadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANIFESTACIONES

Expresión verbal por parte del paciente.

OBJETIVO

1. Protección del cuerpo en función del clima, normas sociales y de la reserva personal.
EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

1.1 Cambio de ropa personal a bata institucional por reglamento del servicio.

Fundamentación:

Al paciente se le cambia la ropa por normatividad institucional

EVALUACIÓN

Se encuentra satisfecho el paciente debido a estar cubierto y mantener una temperatura corporal adecuada.

NECESIDAD

Termorregulación

MANIFESTACIONES

El Sr. Ángel no hace referencia alguna a esta necesidad

OBJETIVO

1. Mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

1.1 Medición de temperatura corporal

Fundamentación:

Por medio de la medición de temperatura corporal, se puede determinar los grados centígrados y verificar que estén dentro de los parámetros normales, ya que aunque el paciente no nos haga referencia alguna, es un instrumento de valoración de esta necesidad.

EVALUACIÓN

Mantiene una temperatura corporal dentro de parámetros normales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD

Higiene y protección a la piel

MANIFESTACIÓN

Diaforesis

OBJETIVO

1. Mantener tegumentos integros y limpieza de la piel

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

- 1.1 Aplicación de talco en pliegues de la piel

Fundamentación:

El talco es un polvo absorbente de humedad y deodorizante que al mantener los secos los pliegues cutáneos, evita excoriaciones y posteriores úlceras, agregado a esto el paciente se encuentra más cómodo al estar seco.

EVALUACIÓN

Expresa verbalmente mas comodidad y presenta integridad cutánea, sin excoriaciones en las zonas de presión.

NECESIDAD

Evitar peligros

OBJETIVOS

1. Mantener al paciente libre de caídas
2. Mantener al paciente libre de potenciales complicaciones como las arritmias

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

- 1.1 Colocación de barandales

Fundamentación:

Es una medida de prevención de accidentes

ACTIVIDAD DEPENDIENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1 Ministración de Xilocaina al 2% 2ml dosis única.

Fundamentación:

Como medida profiláctica ya que incrementa el umbral de la estimulación eléctrica ventricular durante la sistole.

EVALUACIÓN

El Sr. Ángel no presenta ni caída, ni arritmias, el monitor refleja un ritmo cardiaco normal.

NECESIDAD

Comunicación

MANIFESTACIÓN

Ansiedad y temor relacionado con el riesgo de una muerte prematura que impida el logro de importantes objetivos vitales

OBJETIVO

1. Controlar la ansiedad y angustia manteniendo sus relaciones sociales y familiares.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Preparar un ambiente tranquilo con la menor cantidad de estímulos visuales y auditivos.

Fundamentación:

Por medio de conseguir un ambiente tranquilo se reducen los factores que predisponen el aumento o mantenimiento del estrés.

- 1.2 Permanecer con el paciente de manera continua

Fundamentación:

Proveerle cierto estímulo y calor humano para compensar la falta de estímulos por parte de sus seres queridos, así se le ayuda al paciente a mantener su autoestima y relaciones sociales.

- 1.3 Hacer sentir al paciente que toma parte en las decisiones que se hacen en relación a su salud y a la importancia de su cooperación

Fundamentación

La disminución de los factores estresantes, así como la comunicación verbal proporcionan tranquilidad para el individuo que se encuentre en situaciones desconocidas. Todos los procedimientos y planes para la terapia deben explicarse con cuidado y claridad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1.4 Permitir el acceso de familiares el tiempo necesario y cuando lo permiten las circunstancias

Fundamentación

El mantener comunicación con personas queridas o conocidas, disminuirá la tensión del paciente, ya que se encuentra inmerso en un medio en el cual no tiene relación social alguna

- 1.5 Usar técnica de respiraciones profundas

Fundamentación

Una inspiración profunda y exhalaciones lentas, permite un mayor aporte de oxígeno a los campos pulmonares, así como una baja fisiológica de la frecuencia cardiaca y relajación de los músculos del cuerpo.

EVALUACIÓN

Mantiene su autoestima y relaciones sociales y familiares y como consecuencia muestra un nivel de ansiedad reducido por su facies, posición corporal y conducta más relajada.

NECESIDAD

Vivir según creencias y valores

OBJETIVO

1. No interferir en la adhesión del paciente a sus creencias, religión, principios o filosofías.

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

- 1.1 Conversación directa con el paciente al respecto

Fundamentación:

Por medio de la conversación, se interroga si es que algún procedimiento hospitalario ponga en tela de juicio alguna creencia, situación religiosa o valor personal. Y si le es necesario conversar con algún dirigente religioso, se le proporcionarían las facilidades para realizarla.

EVALUACIÓN

El paciente refirió que nada de lo que acontecía alteraba su situación religiosa, ni sus valores personales

NECESIDAD

Trabajar y realizarse

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MANIFESTACIÓN

Dudas expresadas al respecto de su situación laboral

OBJETIVO

- 1- Aclaración de dudas.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Conversación con el paciente

Fundamentación:

Se le explica los trámites administrativos e incapacidades que se extenderán mientras cursa su estancia en el hospital y se recupera en casa, así como se le notifica que sus familiares pueden hacer el trámite y no es necesario que se realice de manera personal.

EVALUACIÓN

El Sr. Ángel refiere que su patología y sus incapacidades no le provocan conflicto laboral alguno.

NECESIDAD

Participar en actividades recreativas.

OBJETIVO

Orientar al respecto.

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Conversación con el paciente

Fundamentación:

Se le aclara que debido a su estado labil, no puede realizar ninguna actividad física ya que inicialmente debe de estar en reposo absoluto, aunque si se le permitiera leer y escuchar música y TV cuando este fuera del área de urgencias y de la terapia intensiva.

EVALUACIÓN

El paciente esta consciente de su estado fisico, agregado a que sabe que su estado es transitorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD

Aprendizaje

MANIFESTACION

Déficit de conocimientos relacionados al proceso de la patología

OBJETIVO

1. Mantener al paciente informado y en pleno conocimiento de su nueva situación de salud

EJECUCIÓN

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

- 1.1 Usar tono amable y firme mostrándole su diagnóstico y tratamiento

Fundamentación:

La necesidad de información estará cubierta por lo que el paciente mostrará cooperación, además de la comprensión de que su patología y su estado físico, tienen solución satisfactoria a pesar de ser un problema grave de salud. Se le dará a conocer lo que es el concepto de su patología, evolución, diagnóstico, tratamiento, actividad física gradual, restricciones alimentarias, tratamiento iniciado al momento, proceso y papel de la enfermera.

EVALUACIÓN

Dudas del paciente al respecto resueltas de una manera satisfactoria, verbaliza los nuevos conocimientos que tiene acerca de la patología, y muestra un aumento en la comprensión del proceso de enfermería.

NECESIDAD

Sexualidad y reproducción

MANIFESTACIÓN

Alteración de los patrones de sexualidad relacionada a la falta de conocimiento sobre conductas o técnicas alternativas a la transición de su patología

OBJETIVO

1. Mantener su desarrollo como ser humano sexual

FALLA DE ORIGEN

EJECUCIÓN

ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

1.1 Mostrar al paciente alternativas de conductas sexuales

Fundamentación:

El paciente que se enfrenta a patologías cardiacas tiene temor, ya que esto le genera desde el punto de vista sexual una amenaza a la autoimagen y a la potencia sexual, mas aún cuando el entorno cultural (machismo, virilidad y potencia) lo obliga a no perder esa "hombria", ya que lo declina como ser humano.

El paciente se encuentra en una nueva situación sexual en el que se le muestran nuevas conductas que requieran de un menor consumo de energía, así como de un menor esfuerzo físico-cardíaco

EVALUACIÓN

Se encuentra satisfecho ya que esta orientado al respecto de nuevas actitudes sexuales, sin ver por esto truncado su desarrollo y vida sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al mirar en retrospectiva y analizar en conjunto el presente proceso, las vivencias aportadas a la elaboración de este, a la aplicación y a los resultados obtenidos, encuentro que como enfermera cuento con muchos medios para actuar, no solo se trata de un paciente con un infarto en un contexto hospitalario, si no que es un ser humano, al que aparte de tener un proceso patológico le rodean diversas necesidades, de las cuales la enfermera es la mediadora y satisfactora de estas mismas.

De ahí la gran importancia de lo que me aportó el presente proceso, ya que dentro de la profesión de enfermería se ve que queda mucho por hacer, tanto en sentido teórico como en sentido práctico, ya que está claro que el aceptar un modelo de atención por parte de las enfermeras, nos compromete a desarrollar nuestro trabajo de una forma más profesional aun.

Ya que se aprende a analizar las situaciones sistemática y jerarquizadamente, con una perspectiva organizada que nos permite pensar, observar e interpretar acciones durante un proceso que nos guía una práctica.

Práctica y proceso siempre cambiantes, ya que las experiencias vitales de los distintos seres humanos que tratamos, los hace dinámicos por naturaleza y en un proceso de cambio permanente.

Cambio al que hay que ajustarse y satisfacer las necesidades surgidas de ese nuevo cambio

Es por eso que resulta primordial para la Licenciada en Enfermería y Obstetricia interactuar de manera permanente con los docentes de enfermería y las escuelas de enfermería de las distintas universidades, como entre el personal que trabaja en los servicios y hospitales de diversas instituciones de salud para continuar fomentando un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería.

Esta iniciativa significaría para la enfermería un avance muy importante, dado que ya se han tenido experiencias en la comprensión y aplicación del Proceso de atención en Enfermería.

Así mismo me es necesario mencionar lo relevante que ha sido el esfuerzo de muchas enfermeras docentes por determinar la función específica de la enfermera. Este esfuerzo, ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que la enfermera puede ejecutar por si misma (incluido en diagnostico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el medico que tradicionalmente ha venido ejecutando.

También me es satisfactorio mencionar, que entre otros resultados obtenidos a la aplicación del presente proceso es la recuperación de mi paciente, el Sr. Angel, ya que gracias a los cuidados y a su convincente cooperación se pudo egresar del hospital a los 10 días egresándose mejorado y con una buena atención de calidad hacia su persona.

Esta satisfacción, no solo de mi paciente, si no en general de todos los pacientes es una cuestión que interesa no solo a nosotros como profesionales de la salud, sino también a los organismos encargados de gestionar los servicios de salud y por ello establecen conocer dicha satisfacción como objetivo prioritario.

Finalmente cabe mencionar como sugerencia la amplia difusión que se debería de dar a los procesos de atención, no solo para los estudiantes y profesionales de la enfermería, si no para los demás profesionales de la salud ya que es un facilitador o fuente de datos que permite a todos los involucrados en la atención al paciente, hacerse partícipes de la atención para la salud de una manera planificada y unificada, así como la difusión en las distintas unidades medicas a los 3 niveles de atención y sus distintas bibliotecas para consulta.

Ya que con este tipo de conocimientos teóricos aunado a una buena planeación estratégica, políticas de cambio y bajo una buena gestión, se dará una pauta aun mayor para la gran transformación que le es necesaria a la enfermería.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXOS

ALGUNOS CONSEJOS PARA LOS PACIENTES CARDIOPATAS DESPUES DEL ALTA

Haga 4 pequeñas comidas al día, coma lentamente. Evite situaciones muchedumbres y condiciones que puedan hacerle sentir tenso o enojado.

Planifique sus actividades para permitir descansar a su corazón.

-Planifique su trabajo y repártalo para evitar sobrecargos y permitir un reposo entre las actividades más pesadas.

-Si se siente cansado, no importa lo que este haciendo pare y descanse de 10 a 15 minutos. No se esfuerce a terminar de segar el césped ni de ver los últimos 30 minutos de aquel programa de televisión

-Trate de no entadarse

-Dedique 30 minutos de reposo dos veces al día

-Duerma de 6 a 8 horas cada noche

-Evite trabajar con los brazos a nivel de los hombros. No limpie ventanas o cuelgue la ropa en el tendedero

Durante las primeras semanas que esté en casa procure estar tan activo como lo estaba los últimos días en el hospital. Puede hacer las siguientes cosas levantarse y vestirse cada día. Camine diariamente como lo hacía en el hospital. Salga a pasear cuando haga buen tiempo pero debe pasear a nivel llano. Evite escalones y rampas. Evite pasear contra el viento porque su corazón trabaja más y los latidos son más rápidos entonces. En el invierno pasee durante la hora del día más cálida en verano hágalo por la mañana o a última hora de la tarde cuando se esta más fresco. Pasee despues de un periodo de reposo o cuando no este cansado. Si tiene molestias torácicas o ahogo siéntese en un peldaño o bordillo y si tiene dolor tome una nitroglicerina y espere hasta sentirse bien de nuevo. Cuéntele a su medico este episodio de dolor cuando le vea. Suba escaleras solo una vez al día. Es aconsejable que suba sólo unos peldaños de una vez pare y descanse

Evite hacer cualquier cosa que ponga en tensión su organismo como:

- Hacer fuerza cuando este defecando (pida un laxante al medico)
- Levantar cualquier peso excesivo: niños, la bolsa de la compra, maletas
- Empujar o tirar de algo pesado
- Tratar de abrir una ventana o desenroscar la tapadera de u bote atrancadas

Durante las semanas posteriores

Pregunte a su medico y/o enfermera cuándo puede:

- Conducir un coche
- Volver a trabajar
- Ir a pescar
- Ir al cine
- Jugar a la pelota
- Rizarse el pelo

Puede cortar el césped con una segadora auto propulsada o que requiera conducción Haga esta actividad con cuidado y en tiempo fresco

Cuando su medico le diga que puede trabajar, hágalo progresivamente, terminando antes al principio y después aumentando lentamente su horario de trabajo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Puede hacer otras preguntas acerca de sus actividades: dieta, medicación o enfermedades. Si lo hace, hágalo libremente.

Consejos generales

Se siente dolor, entumecimiento o ahogo pare lo que esta haciendo tome su nitroglicerina y descanse durante unos minutos. Cuando las molestias desaparezcan continúe lo que hacia más lentamente.

Siga una dieta pobre en grasas. Es una parte importante de su cuidado para ayudarle a reducir su colesterol en sangre.

Continúe los ejercicios de amplitud de movimientos iniciados en el hospital hasta que retorne a su anterior actividad. Haga estos ejercicios dos veces al día. Después de las comidas el corazón trabaja en la digestión de los alimentos.

Por tanto, descanse durante una hora después de ellas y antes de hacer cualquier ejercicio pesado.

Deje de fumar. Fumar cigarrillos aumenta las posibilidades de tener otro ataque cardíaco. Si su medico le de que puede tomar licor beba con moderación.

Consulte a su medico antes de hacer un largo viaje. Cuando lo haga, pare cada dos horas y pasee por los alrededores para evitar la formación de coágulos en las piernas.

También consulte a su medico y/o enfermera antes de ir a la montaña o a un lugar cálido o húmedo. Los viajes en avión están por regla general permitidos un mes después del alta

Al igual que con algunas otras actividades, no debería practicar actividad sexual si:

- Esta cansado - haga una siesta de 30 minutos primero
- Acaba de terminar una comida pesada
- Ha estado bebiendo
- Esta enfadado con su cónyuge
- La temperatura de la habitacion es desagradablemente fria o caliente.

Si comienza a tener molestias torácicas PARE. La próxima vez tómese una nitroglicerina antes de empezar. Recuerde que es normal que su corazón lata más deprisa y que su ritmo respiratorio suba durante su actividad sexual. Su latido cardiaco y su respiración deberían volver a su ritmo normal al cabo de un corto espacio de tiempo después.

Avise al medico y/o enfermera siempre que note:

- Una pesada presión o un dolor compresivo en el tórax con extensión al hombro, brazo, cuello, mandíbula y no se alivia con 15 minutos de reposo y/o nitroglicerina
- Incremento del ahogo
- Cansancio inusual
- Tumefacción de los pies y los tobillos
- Lipotimias
- Frecuencia cardiaca muy lenta o muy rápida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE REHABILITACION CARDIACA PARA LA ACTIVIDAD GRADUAL Y EL EJERCICIO

EN EL HOSPITAL	EJERCICIO	ACTIVIDAD
Día 2	Ejercicios de amplitud de movimientos limitados (EAM) pasivos en todas las extremidades, en la cama extensión y dorsiflexión plantar activas.	Eliminación intestinal en cama. Autocuidados en la nutrición y en el vestido
Días 3 y 4	EAM activos (por encima de 10 cada vez)	Autocuidado en la higiene bajo supervisión
Días 5 a 7	Mínima resistencia a los EAM activos 10 cada vez	Caminar en la habitación dos veces cada día
Días 8 y 9	Moderada resistencia a los EAM activos, 10 cada vez	Permanecer de pie en el lavabo para afeitarse; caminar al baño bajo supervisión
Día 10	Añadir: Ejercicio: Tres movimientos de brazo y hombro, cinco flexiones laterales y elevar las rodillas, y cinco elevaciones laterales de las piernas	Ducha, caminar por el pasillo
Días 11 y 12	Añadir: Sentado en la cama tocarse los dedos de los pies y flexionar el tronco dos veces	Levantarse la mayor parte del día; pasear por el pasillo
Días 13 y 14	Añadir: Tres flexiones de las rodillas estando de pie	Caminar, incluyendo subir y bajar escaleras de un piso

Esta planificación esta hecha bajo la supervisión directa del equipo de rehabilitación cardiaca. Las actividades deberían terminar siempre que la frecuencia de pulso excediera 115 l.p.m. (latidos por minuto) se produjeran latidos ectópicos, o el paciente experimentara dolor torácico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA

DATOS PERSONALES

Nombre _____
No. Afiliación _____
Cama: _____ Fecha ingreso/ egreso _____
Servicio _____
Edad _____ Sexo _____ Edo Civil _____
Religión _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Domicilio _____
Nivel socioeconómico _____
Motivo de ingreso _____
Diagnostico Medico _____
Esta tomando medicamentos. ¿cuales? _____
Alergias y reacciones _____
Signos vitales: P _____ T _____ TA _____ R _____
Familia no. de miembros _____ Con quien vive? _____
Problemas de relacion con la familia Si _____ No _____
¿Porque? _____

Obtención de la información

Paciente _____ Familia _____ Otros _____
Nivel de conciencia: Alerta _____ Somnoliento _____ Confuso _____
Estupor _____ Coma _____ No responde _____
Discurso: Claro _____ Afásico _____ Inartamudo _____
Orientado: Si _____ No _____
Cooperador: Si _____ No _____
Audiación: Normal _____ Afectada _____ Sordo _____
Vértigo _____ Secreción _____
Visión: Normal _____ Afectada _____ Ceguera _____
Enrojecidos _____ Llorosos _____ Prótesis _____
Cirugías anteriores _____

1 -OXIGENACION

Estilo de vida: Sedentaria _____ Activa _____
Realiza sus actividades cotidianas sin disnea _____
Patrón respiratorio: Ritmo _____ Profundidad _____
Regularidad _____
Secreciones _____ Tos _____ Aleteo nasal _____
Dolor asociados a la respiración _____ Disnea _____
Ortopnea _____ Polipnea _____ Bradipnea _____
Cuantos cigarrillos fuma al día? _____ desde cuando? _____
Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias _____
Asma _____ Taquicardia _____ Hipertensión _____
anemia _____ Varices _____
Dolor precordial _____
Dolor de piernas _____ Paresias _____
Parestesias _____ Marcapaso _____

LEER CON
FALSA DE ORIGEN

2 -NUTRICION E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo _____ con ayuda _____
Horario y numero de comidas habituales _____
Calidad y tipo de liquidos que ingiere al dia _____
Preferencias o desagradados _____
Patrones de aumento/ perdida de peso _____
Suplementos de alimentacion _____
Conocimientos de factores que favorecen la
digestión _____
Anorexia _____ Nauseas _____ Vómitos _____ Indigestión _____
Hiperacidez _____
Medidas para purificar el agua _____
Revisión: Peso _____ Talla _____
Boca: _____ Capacidad para hablar _____
Masticar _____ Deglutir _____
Lengua: Hidratación _____ Ulceras _____ Inflamación _____
Encías: Color _____ Edema _____ Hemorragia _____ Dolor _____
Dientes: Caries _____ Prótesis _____
sensibilidad al frío/ calor _____
Labios: Color _____ Hidratación _____ Grietas _____

3 -ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 hrs.: Heces _____ Orina _____
Color _____ consistencia _____
Heces _____ Orina _____
Ardor y dolor al evacuar _____ Orinar _____
Estreñimiento _____ Hemorroides _____
Dolor menstrual _____
Ayudas: _____ líquidos _____ Alimentos _____
Enemas _____ Medicamentos _____
Problemas de urgencia _____ Retención _____
Incontinencia _____ Infecciones _____
Intestino: Dolor _____ Diarrea _____ Flatulencia _____ Hendas _____
Estomas _____
Genitales: Erupciones _____ Irritaciones perineales _____
Lesiones _____ Secreción anormal _____

4 -MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en casa, en el trabajo y en el
tiempolibre _____
Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos
para mejorar un tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado) _____

Limitaciones en la deambulación _____
Postura habitual en relación al trabajo _____
Dolor muscular _____ Inflamación en las
articulaciones _____ defectos óseos _____
Revisión capacidad funcional _____ mano dominante _____
Diestro _____ Zurdo _____ Ambidestro _____
Utilización de brazos _____ Piernas _____ manos _____
Fuerza _____ Presión _____ Marcha _____
Utilización de aparatos _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.-DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche.

siesta _____

Alteraciones por estados emocionales _____

Uso de reductores de tensión _____

Facilitadores de sueño: Masajes _____ Relajación _____

Música _____ Lectura _____ Medicamentos _____

Otros _____

6.-USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse _____

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido _____

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor _____

7.-TERMORREGULACIÓN.

Se protege en los cambios de temperatura ambiente _____

Sensibilidad extrema al frío/ calor _____

Que valor le da a: comida _____

Ropa _____

Manejo adecuados en el control de temperatura a otras medidas físicas: _____

8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL.

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener: higiene oral _____

Higiene femenina _____

Arreglo personal _____

Frecuencia de: Aseo de dientes _____

Aseo de manos _____

Aseo de uñas _____

Baño _____

Uso de algún producto específico: colonia, crema.

etc. _____

Revisión de la piel: Pigmentación _____ Temperatura _____

Textura _____ Turgencia _____ Lesiones _____

Contusiones _____ Hemorragias _____ Cicatrices _____

Masas _____ Prurito _____ Edema _____

Mucosa oral Integra _____ Hidratada _____

Deshidratada _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9 -EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal Hábitos

Drogas _____ Alcohol _____ Tabaco _____

Café _____ Bebidas con cola _____

Nivel de consumo _____

Recursos de salud Médicos _____

Odontólogos _____

Hospitales _____

Practicas de salud manejo de estrés, ansiedad _____

Técnicas de relajación _____

Auto examen de mamas y testiculos _____

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad:

Pisos _____ Escaleras _____ Aislamiento _____

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales: _____

10 -NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos

Relaciones de familia y con otras personas _____

Utilización de mecanismos de defensa (agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc...).

Imitaciones físicas que interfieran en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios _____

Facilitadores de relación Confianza _____

Receptividad _____

Empatía _____

Disponibilidad etc _____

11 - VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Ritos que debe de practicar de acuerdo a su religión

Frecuencias de sus servicios religiosos _____

Valores que ha integrado a su estilo de vida _____

En que medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud. _____

CREENCIAS religiosas significativas en ese momento _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historial laboral, tipo de trabajo, duración.

¿El trabajo le provoca satisfacción o conflicto, porque?

La enfermedad, que tipo de problemas le ha traído

Psicológicos: _____

Económicos: _____

Laborales: _____

Auto concepto positivo/ negativo de sí mismo

Capacidad de decisión y de resolver problemas

Problemas en Olfato _____ Gusto _____ Tacto _____

Memoria _____ Orientación _____

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre.

La última vez que participo en actividades de ese tipo

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción.

Disponible de recursos para dedicarse a cosas que le interesan

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas.

Su estado de salud actual

Su tratamiento y autocuidado que necesita.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/ enfermedad.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje: Ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15.- SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual. ¿Porque?

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de acuerdo con una ética personal y social

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales.

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas.

MUJER:

Menarca _____
Menopausia _____ Menstruación _____ Frecuencia
(días) _____ Flujo (cantidad) _____
Dismenorrea _____ Hipermenorrea _____
Metrorragia _____
Historia de embarazos Gestas _____ Partos _____
Abortos _____ Cesareas _____
Medidas de control de natalidad _____
Examen de Papanicolaou: Si _____ No _____ Cuando _____
Otros problemas _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES.

1 Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Ley General de Salud Artículos 51 y 89

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48

2 Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes

Ley General de Salud Artículos 51 y 83

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48

3 Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

El paciente, o en su caso el responsable tienen derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

4 Decidir libremente sobre su atención.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80 NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1

Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3

"Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10

5 Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos

Ley General de Salud Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81



NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 4.2 y 10.1.

6 Ser tratado con confidencialidad.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36.

Ley General de Salud Artículos 136, 137 y 138

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

7 Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Números 4.9, y 5.5

8 Recibir atención médica en caso de urgencia.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Ley General de Salud. Artículo 55 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

9 Contar con un expediente clínico.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de presentación de servicios de atención médica. Artículo 32 NOM-168-SSA1-1996, del Expediente Clínico.

10 Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de Salud. Artículo 54 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico Artículos 2, 3, 4 y 1

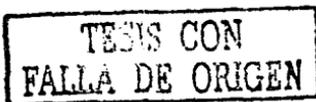
TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

AFÁSIA.-	Trastorno del habla, a pesar de oír bien, que se piensa puede deberse a una lesión cerebral
ASCETISMO.-	Práctica o ejercicio en búsqueda de perfección espiritual.
ATEROMA.-	Depósito de placas duras y amarillentas de material lipóide en la capa íntima de las arterias. Puede estar relacionado con un alto nivel de colesterol en sangre o con una ingesta excesiva de azúcar refinada. Infiuye enormemente en la predisposición a trombosis en las arterias coronarias
BARORRECEPTORES.-	Terminaciones nerviosas sensitivas que responden a cambios de presión, están presentes en la aurícula, vena cava, arco aórtico, seno carotídeo y en el oído interno.
CINÉTICO.-	Relativo al movimiento.
COTA.-	Cuota, a la misma altura.
DIÁSTOLE.-	Periodo de relajación del ciclo cardíaco.
DOPAMINA.-	Catecolamina neurotransmisora relacionada con la adrenalina y nor-adrenalina. Aumenta el gasto cardíaco y el flujo sanguíneo renal, pero no produce vasoconstricción periférica.
ENDOTELIO.-	Epitelio formado por una sola capa de células, que tapiza una cavidad interna
ENZIMAS.-	Proteínas catalíticas que varían en concentración, dependiendo del tejido en el que aparecen dado que un tejido lesionado libera enzimas en la sangre, los análisis de las mismas dicen que órgano es el lesionado y en que extensión.
ÉSTASIS.-	Estancamiento, cesación de movimiento
ESTOICISMO	Que manifiesta indiferencia por el placer y el dolor; que tiene gran entereza ante la desgracia.
ESTUPOR.-	Estado de deterioro notable de la conciencia, sin pérdida total de la misma. Las víctimas muestran una ausencia marcada de respuestas, y por lo general suelen general solo a estímulos nocivos.
EYECCIÓN.-	Expulsión.
EXCRECENCIA.	Tumor o callosidad que aparece en la superficie de un órgano o, especialmente en la piel o mucosas
FANERAS.-	Lo relativo a uñas, pelo y demas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIBRINA.-	La matriz en la que se forma el coágulo de sangre. La sustancia se forma a partir del fibrinógeno soluble de la sangre por la acción catalítica (enzimática de la trombina)
FIBRINÓGENO.-	Una proteína soluble de la sangre a partir de la cual se produce la proteína insoluble llamada fibrina, esencial para la coagulación de la sangre
GRANULOCITO.	Una célula que contiene gránulos en su citoplasma. Sinónimo de leucocitos polimorfonucleares que tienen granulos neutrófilos, eosinófilos o basófilos.
GREGARIO.-	Dícese del que está en compañía de otros sin distinción
HIPERPNEA.-	Frecuencia alta respiratoria durante tiempo prolongado (lesiones en tronco cerebral).
HIPERVENTILACIÓN.-	Frecuencia respiratoria mayor que la necesaria para conservar la presión parcial de bióxido de carbono normal al plasma.
HIPOVENTILACIÓN.-	Frecuencia respiratoria menor que la necesaria para conservar la presión parcial de bióxido de carbono que es normal en el plasma.
HIPOXIA.-	Disminución de la cantidad de oxígeno en los tejidos.
HIPOCÁPNIA.-	Disminución del contenido de anhídrido carbónico (PCO ₂ arterial) en la sangre.
LIPOTIMIAS.-	Pérdida súbita y pasajera del sentido.
LUDICO.-	Perteneiente o relativo al juego.
MIMETISMO.-	Tendencia de imitación de formas y actitudes con la finalidad de pasar inadvertido o de ser señalado.
NEUTROFILOS.-	La forma más común del granulocito en la sangre, cuyas granulaciones no son ni basófilas ni eosinófilas intensas.
PARESIAS.-	Parálisis facial o ligera debilidad de un miembro.
PARESTESIAS.-	Cualquier anomalía en la sensación.
PECUNIARIO.-	De orden económico o monetario.
PERFUSIÓN.-	Riego sanguíneo
PER-SÉ.-	Palabra de origen latino que significa "por sí mismo".
PLASMINA.-	Una fibrinolisisina.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PLASMINÓGENO.-	Precursor de la plasmina. La liberación de activadores de los tejidos dañados promueve la conversión de plasminógeno en plasmina.
POLIFAGIA.-	Ingestión considerable de alimentos, debida a sensación imperiosa de hambre.
POLUCIÓN.-	Contaminación.
PRURITO.-	Escozor.
PROTROMBINA.-	Precursor de la trombina que se forma en el hígado. El tiempo de protrombina mide su producción y concentración en la sangre, y es el tiempo que necesita el plasma para coagularse después de la trombocinasa.
QUIMIORRECEPTORES.-	Receptor situado fuera del sistema nervioso central, en los cuerpos carotídeos y aórtico o cerca de ellos, que detecta la presencia de ciertas sustancias químicas.
SÍNCOPE.-	Suspensión repentina de los movimientos del corazón y de la respiración, con pérdida del conocimiento. Es causado por la disminución de la circulación cerebral, con frecuencia después de un susto.
SÍSTOLE.-	La fase de contracción del ciclo cardiaco.
SUBLIMACIÓN.-	Acción de engrandecer, ensalzar.
REGRESIÓN.-	Retroceso (acción y efecto).
TROMBINA.-	Normalmente no se encuentra en la sangre circulante; se produce a partir de la protrombina.
TROMBOLÍTICO.-	Lo que desintegra un coágulo de sangre. Terapéutica trombolítica.- es la que intenta eliminar las oclusiones intravasculares preformadas de fibrina, utilizando agentes fibrinolíticos.
VALSALVA, maniobra de.-	Presión intratorácica máxima lograda mediante la espiración forzada contra la glotis cerrada; sucede en las actividades tales como levantar objetos pesados o en el esfuerzo de la defecación; la glotis se estrecha simultáneamente a la contracción de los músculos abdominales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA
Editorial Océano-Centrum
Edición España 2001
Tomo I, II y VI
- DICCIONARIO MÉDICO MOSBY
Editorial Océano
Edición Mexico 1985
- DICCIONARIO DE ENFERMERIA
Nancy Roper
Editorial Mc Graw Hill
Edición 16A . México 1991
- ENFERMERIA CARDIOVASCULAR. PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
Holland Jeanne M.
Editorial Limusa
1ª Edición, México 1982
- PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERIA "UN ENFOQUE CIENTÍFICO"
Ann Marriner
Editorial Manual Moderno
2ª Edición al Español, México 1983
- CRITICAL CARE NURSING CARDIVASCULAR
Diane K. Dressler, Kathy V. Gettrust
Editorial Del mar Publishers Inc.
Edición 1994
- CUIDADOS INTENSIVOS PARA EL PACIENTE CORONARIO
L. E. Meltzer, R. Pinneo
Editorial La Prensa Médica Mexicana
2ª Edición al Español, México 1982
- ENFERMERIA CARDIORRESPIRATORIA
Javier Amado Canillas
Editorial FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería)
1ª Edición, España 1999
- MANUAL PRACTICO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
Dr. Enrique Martínez Sánchez
Edición, Mexico 1982
- MANUAL DE CARDIOLOGIA PARA ENFENFERMERAS
Walter Modell, Doris R. Schawartz
Editorial La Prensa Médica Mexicana
1ª Edición en Español 1979

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- REDACCIÓN DE TESIS Y TRABAJOS ESCOLARES
Jonathan Anderson, Millicent Poole
Editorial Diana
Edición 1991, 14va. Impresión, México.
- MANUAL DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL
Antonio Tena Suck, Rodolfo Rivas Torres
Editores Plaza y Valdez
1ª Edición, México 1995
- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION
Filadelfia, Pennsylvania
Harcourt 1999-2000
- LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS "REVISIÓN CRÍTICA Y GUÍA PRÁCTICA"
María Teresa Luis Rodrigo
Editorial Masson
Edición Barcelona, España 2000
- EL ELECTROCARDIOGRAMA "INTERPRETACIÓN CLÍNICA"
Collette Bishop Hender
Editorial Manual Moderno
3ª Edición, México 2001
- CUADERNOS DE ENFERMERÍA
J. Quevauvilliens-et al
Editorial Masson
1ª Edición, Barcelona, España 1980
- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Revisión 2002
- TRASTORNOS CARDIOVASCULARES. ATENCIÓN INTEGRAL EN ENFERMERÍA
Editorial Doyma
2ª Edición al Español, 1989
- PROCESO DE ENFERMERÍA "ANTOLOGÍA"
División Sistema de Universidad Abierta
Editorial UNAM
Impresión 2000
- MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERÍA
Marriner T. Ann, et al
Editorial Mosby Doyma
4a Edición, Barcelona, España 1998

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON
García Gonzalez María de Jesús
Editorial Progreso
1ª Edición, México 1997
- COMPENDIO DE MEDICINA INTERNA
Cecil- et al
Editorial Interamericana Mc Graw Hill
2ª Edición, México 1993
- INFARTO DE MIOCARDIO "INCREÍBLEMENTE FÁCIL"
Revista Nursing
Volumen 18 Número 5, Año 2000 Pp. 50
- EL ELECTROCARDIOGRAMA "GUÍA PRACTICA PARA SU LECTURA ELEMENTAL"
Alcocer Diaz, Barreiro Luis, et al
Editorial Interamericana
3ª Edición, México 1982
- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Phaneuf Margot
Editorial Mc Graw Hill Interamericana
Madrid, España 1992
- CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA
Yura M . Walsh M. B.
Editorial Alambra
2a Edición, Versión Española 1992
- CUIDE SU CORAZÓN
Reynoso Erazo, Leonardo
Editorial Promesa
1ª Edición, México 1990
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA "TEORÍA Y PRACTICA"
Potter Patricia, et al.
Editorial Mosby Doyma
3a Edición, Madrid, España 1996
- ENFERMERÍA Y CUIDADOS DE LA SALUD
Hinchliff Susan et al
Editorial Doyma
Edición Barcelona, España 1993

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN