

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO EN EL HOSPITAL DE BARRANCA.**

TRABAJO ACADEMICO

**PRESENTADO POR:
LIC. JULIANE LUNA CADENA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**ASESOR:
Mg. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY**

**Lima, Perú
2018**

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5

CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS

1.1. Infarto agudo de Miocardio.....	7
1.2. Fisiopatología	7
1.3. Etiología	10
1.4. Manifestaciones Clínicas	11
1.5. Diagnóstico.....	12
1.6 Tratamiento.....	13
1.7 Cuidados de Enfermería.....	17
1.8 Teoría de Enfermería	19

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PCE – EBE

2.1 Valoración datos de filiación.....	21
2.2 Situación problemática.....	22
2.3 Valoración por dominios	30
2.4 Listado de Diagnosticos.....	35
2.5 Planificación, ejecución y evaluación	36

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones	54
3.2 Recomendaciones	55
3.3 Referencias Bibliográficas.....	56
3.4 Anexos.....	57

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en la aplicación del Proceso del cuidado de enfermería en el caso clínico de un paciente adulto mayor de 68 años de edad, con diagnóstico médico Síndrome Isquémico Coronario Agudo, Infarto Agudo De Miocardio e Hipertensión Arterial, quien acude a emergencia, donde se brinda al paciente y su entorno cuidados enfermeros, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, disminuir riesgo de mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en tres capítulos: capítulo I Marco Teórico, aspectos generales, aspectos fisiopatológicos, cuidados de enfermería en pacientes con infarto agudo de Miocardio, así como la teoría de enfermería que sustenta el caso clínico; Capítulo II Aplicación del Proceso del Cuidado de Enfermería basado en evidencias, Capítulo III tenemos las Conclusiones y Recomendaciones, luego Referencias Bibliográficas y Anexos. Se ha hecho uso de la Taxonomía NANDA NIC-NOC, basado en la Teoría Salud-Cuidado-Persona-Entorno de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: Enfermera, especialista, cuidados, infarto, miocardio.

ABSTRACT

The present academic work consists in application of the process of care of nursing in the clinical case of an adult patient older than 68 years of age, with medical diagnosis acute coronary ischemic syndrome, acute myocardial infarction and high blood pressure, who goes to emergency, which provides the patient and their environment nursing care, with the aim of improving their quality life, reduce risk of mortality and increase life expectancy.

The present clinical case has been developed in three chapters: chapter I theoretical framework general aspects, physiopathological aspects, nursing care in patients with acute myocardial infarction, as well as the theory of nursing that supports the clinical case, chapter II application of the evidence based nursing care process, chapter III we have the conclusions and recommendations. then bibliographic references and annexes we have made use of the taxonomy NANDA NIC – NOC based on the health - care – person - environment theory of Virginia Henderson.

KEYWORDS: Nurse, specialist, care, myocardial, infarction.

INTRODUCCION

La Enfermera especialista surge como una respuesta a la necesidad de explorar la realidad de la práctica profesional en esta área y la de contar con lineamientos teóricos y prácticos, que orienten el cuidado a personas adultas, con problemas cardiovasculares, en etapas que van desde el desarrollo de procesos agudos, hasta llegar a los procesos de convalecencia y rehabilitación. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en pacientes adultos en la mayoría de los países desarrollados, y se espera que también lo sean en los países en vías de desarrollo en el año 2020

Dentro de éstas, la manifestación más dramática es el infarto agudo al miocardio (IAM), al que sobreviven, al cabo de un año, sólo la mitad de los pacientes, muchos de los cuales no se recuperan en forma óptima, siendo una entidad de alta prevalencia en el mundo occidental, incluido Perú (ver anexo).

El infarto de miocardio es la presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica. La OMS estimó en el año 2002 el 12.6% de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica, que es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del Perú, en un estudio realizado por la sociedad peruana de cardiología en el 2006, reveló que la enfermedad cardiovascular es responsable del 23.7 % de muertes.²

El enfermero especialista atiende a un paciente con infarto agudo de miocardio, instalándolo en la unidad de shock trauma para mantenerlo bajo monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones. Para esto la intervención de la enfermera especialista cobra importancia; la cual debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente brinda el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones. Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico

son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio, herramientas en las que se basa la enfermera para realizar su intervención. La Intervención de enfermería especialista se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología científica del quehacer profesional, es un proceso intelectual y deliberado, estructurado de acuerdo a una serie de etapas, ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados, dirigidos a procurar el mayor bienestar de la persona atendida, en este caso centrados en el cuidado de pacientes con infarto agudo de miocardio.

La utilización de un método científico de trabajo en enfermería exige aplicar la base teórica como fundamento de las decisiones que se toman al momento de brindar cuidado y ayuda; guía el ejercicio de la práctica clínica; permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones y asegura la calidad de la prestación. Asimismo, permite evaluar el resultado de las intervenciones realizadas. Por último, exige del profesional, el desarrollo de capacidades intelectuales, técnicas e interpersonales, para satisfacer las necesidades de las personas con Infarto Agudo de Miocardio.

CAPÍTULO I

BASES TEÓRICAS

1.1 DEFINICIÓN

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El IAM es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio¹. Esta isquemia se da por un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno en el miocardio. La mayoría de los casos se debe a la oclusión coronaria trombótica aguda. El síndrome coronario agudo se divide en 2 grandes grupos: angina de pecho estable y los síndromes coronarios agudos: infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, angina inestable e infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST².

El infarto de miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo.

1.2 FISIOPATOLOGIA

Los síndromes coronarios agudos (SCA) son una manifestación de la aterosclerosis. Normalmente se precipitan por la aparición de una trombosis aguda, inducida por la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción concomitante, que produce una reducción súbita y crítica del flujo sanguíneo.

La rotura de la placa expone sustancias aterógenas que pueden producir un trombo extenso en la arteria relacionada con el infarto. Una red colateral adecuada que impida la necrosis, puede dar lugar a episodios asintomáticos de oclusión coronaria. Los trombos completamente oclusivos producen, de forma característica, una lesión transparietal de la pared ventricular en el lecho miocárdico irrigado por la arteria coronaria afectada y suelen elevar el segmento ST en el ECG.³

En el complejo proceso de rotura de una placa, se ha demostrado que la inflamación es un elemento fisiopatológico clave. En casos esporádicos, los SCA pueden tener una etiología no aterosclerótica, como en la arteritis, el traumatismo, la disección, la tromboembolia, las anomalías congénitas, la adicción a la cocaína y las complicaciones del cateterismo cardiaco.

El infarto agudo de miocardio (IAM) forma parte de lo que conocemos como Síndromes Coronarios Agudos (SCA), que son la manifestación clínica de la evolución acelerada de la cardiopatía isquémica. La aterosclerosis puede evolucionar de forma lenta y crónica, dando lugar a la obstrucción progresiva de una arteria coronaria; éste es el sustrato de la angina estable. Pero también puede producirse una evolución acelerada cuando una placa de ateroma se rompe o se ulcera y genera un trombo intraluminal que puede ser más o menos obstructivo y más o menos estable. Dependiendo de ello, tendremos una angina inestable (trombo lábil) o un infarto de miocardio (trombo estable). El tiempo es un factor de importancia crucial en la producción de la necrosis. Si el miocardio queda sin riego durante un periodo de tiempo breve, no se producen consecuencias irreversibles; pero si la isquemia se prolonga, el aporte insuficiente de oxígeno no es capaz ni de mantener la viabilidad de la zona y el miocardio se necrosa.

El fenómeno de la necrosis se produce a lo largo del tiempo, comenzando por las zonas más vulnerables, que son las del subendocardio; si la isquemia dura lo suficiente, al final se acaba necrosando todo el espesor transmural del miocardio. La consecuencia positiva es que si somos capaces de interrumpir el proceso, abriendo la arteria obstruida, podremos limitar la cuantía de la necrosis. Una importante consecuencia de la necrosis es la inestabilidad eléctrica que provoca, dando lugar a arritmias que pueden ser especialmente graves. De hecho la mayor parte de las muertes precoces por IAM (las que suceden antes de llegar al hospital) son debidas a fibrilación ventricular.

Otra consecuencia es la aquinesia o falta de contracción de la zona muerta; cuanto más extensa sea la necrosis, más extensa será la zona de aquinesia y, en consecuencia, más deprimida se verá la función ventricular (menor fracción de eyección). En casos muy severos -por fortuna infrecuentes-

la necrosis se sigue de rotura miocárdica, que origina complicaciones particularmente graves.

La fisiopatología de IM implica todo el proceso de lo que causa un infarto de miocardio y la forma en que finalmente sucede. Como se mencionó anteriormente, el factor etiológico más común que es responsable de un infarto de miocardio es la presencia de una placa aterosclerótica en la región de las arterias coronarias. La placa en las arterias es una condición en donde existe la presencia de un bloqueo en forma de un tapón hecho de colesterol, lípidos y plaquetas entre otras células. El desarrollo real de una placa lo suficientemente grande como para causar síntomas de aterosclerosis toma años. Aunque puede haber cierta cantidad de erosión de la placa debido a la acción de metaloproteasas, que conduce a un adelgazamiento de la placa, el espesor puede todavía ser lo suficientemente grande como para dar lugar a una obstrucción. Esto conduce a la interrupción en el flujo de sangre de las arterias coronarias a las células del músculo cardíaco. Uno de los factores más importantes en esta fisiopatología es el hecho de que el tamaño del trombo es lo que dicta el porcentaje de bloqueo. Y es el porcentaje de bloqueo, el que decidirá la extensión del daño hecho a los músculos del corazón.

Si la disminución en la cantidad de flujo sanguíneo al corazón dura el tiempo suficiente, con el tiempo desencadena un proceso conocido como la cascada isquémica. Esto hace que las células del músculo cardíaco pueden morir debido a la necrosis hipóxica. En la región de las células musculares muertas, se forma una cicatriz de colágeno. Debido a esto, la parte del corazón se daña permanentemente. Esta cicatrización del miocardio también pone al paciente en riesgo potencialmente mortal de arritmia cardíaca ya que la parte del corazón dañada no será capaz de bombear sangre suficiente, como lo requiere el cuerpo.

La base principal de la fisiopatología de infarto de miocardio radica en el hecho de que el tejido cardíaco lesionado conduce los impulsos eléctricos a una velocidad que es mucho más lenta que en el tejido normal del corazón. Esta diferencia en la velocidad de conducción de los impulsos entre los tejidos lesionados y no lesionados del corazón puede desencadenar arritmias, que incluso podrían ser la causa final de muerte. La más grave de estas arritmias

es la fibrilación ventricular, un ritmo cardíaco muy rápido y caótico que es la principal causa de paro cardíaco repentino. Otra arritmia potencialmente mortal es la taquicardia ventricular, que también da lugar generalmente a ritmos cardíacos rápidos que impiden que el corazón bombee sangre de manera eficaz a las diferentes partes del cuerpo. Esto puede resultar en la salida cardíaca baja y una caída peligrosa en la presión sanguínea, que puede conducir a isquemia coronaria, y aún más, a la extensión del infarto, lo que eventualmente puede culminar en la muerte de la persona.

1.3 ETIOLOGÍA:

La principal causa es la enfermedad de las arterias coronarias con riego sanguíneo insuficiente, que produce daño tisular en una parte del corazón producido por la obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente, no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene la anoxia (falta de oxígeno en un tejido) o hipoxia (disminución del suministro de oxígeno), se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir, el infarto.

El infarto de miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. La facilidad de producir arritmias, fundamentalmente la fibrilación ventricular, es la causa más frecuente de muerte en el infarto agudo de miocardio en los primeros minutos, razón por la que existe la tendencia a colocar desfibriladores externos automáticos en lugares públicos concurridos.

Los principales riesgos que predisponen a un infarto son la aterosclerosis u otra enfermedad de las coronarias, antecedentes de angina de pecho, de un infarto anterior o de trastornos del ritmo cardíaco, así como la edad, principalmente en hombres mayores de 40 años y mujeres mayores de 50 años. Ciertos hábitos modificables, como tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, obesidad y niveles altos de estrés también contribuyen significativamente a un mayor riesgo de tener un infarto.

Un infarto de miocardio es una urgencia médica por definición y se debe buscar atención médica inmediata. Las demoras son un error grave que cobra miles de vidas cada año. El pronóstico vital de un paciente con infarto depende de la extensión del mismo (es decir, la cantidad de músculo cardíaco perdido como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea) y la rapidez de la atención recibida.

Es la causa más frecuente, pero no la única, de muerte súbita cardíaca, mediante las referidas arritmias. El cuadro es de un paro cardíaco. Sin embargo, en la mayor parte de los casos hay actividad eléctrica en el corazón, cuyo paro puede revertirse con una desfibrilación precoz.

1.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

Dolor torácico

El dolor torácico repentino es el síntoma más frecuente de un infarto, por lo general es prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse o propagarse hasta los brazos y los hombros, sobre todo del lado izquierdo, a la espalda, al cuello e incluso a los dientes y la mandíbula. El dolor de pecho debido a isquemia o una falta de suministro sanguíneo al corazón se conoce como angor o angina de pecho, aunque no son poco frecuentes los infartos que cursan sin dolor, o con dolores atípicos que no coinciden con lo aquí descrito.

Cuando es típico, el dolor se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Corresponde a una angina de pecho pero prolongada en el tiempo, y no responde a la administración de los medicamentos con los que antes se aliviaba (por ejemplo, la nitroglicerina sublingual) ni cede tampoco con el reposo. El dolor a veces se percibe de forma distinta, o no sigue ningún patrón fijo, sobre todo en las personas ancianas y en las personas con diabetes.

En los infartos que afectan la cara inferior o diafragmática del corazón puede también percibirse como un dolor prolongado en la parte superior del abdomen que el individuo podría, erróneamente, atribuir a indigestión o acidez. El signo de Levine se ha categorizado como un signo clásico y predictivo de un

infarto, en el que el afectado localiza el dolor de pecho agarrando fuertemente su tórax a nivel del esternón.

Dificultad respiratoria

La disnea o dificultad para respirar, ocurre cuando el daño del corazón reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, causando insuficiencia ventricular izquierda y, como consecuencia, edema pulmonar. Otros signos incluyen la diaforesis o una excesiva sudoración, debilidad, mareos (en un 10 por ciento de los casos es el único síntoma), palpitaciones, náuseas de origen desconocido, vómitos y desfallecimiento. Es probable que la aparición de estos últimos síntomas sea consecuencia de una liberación masiva de catecolaminas del sistema nervioso simpático, una respuesta natural al dolor y las anomalías hemodinámicas que resultan de la disfunción cardíaca.

Los signos más graves incluyen la pérdida de conocimiento debido a una inadecuada perfusión cerebral, shock cardiogénico e incluso muerte súbita, por lo general debido a una fibrilación ventricular.

1.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un infarto de miocardio debe formularse integrando aspectos clínicos de la enfermedad actual del individuo y un examen físico, incluido un electrocardiograma y pruebas de laboratorio que indiquen la presencia o ausencia de daño celular de las fibras musculares. Por esta razón, la semiología que el clínico debe aplicar ante la presencia de un dolor precordial (por sus características y por su duración) debe obligarlo a proponer el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con suficiente premura, ya que el retraso en el planteamiento se traduce en la pérdida de un tiempo valioso necesario para instituir el método de reperfusión disponible con la idea de recuperar la mayor extensión de miocardio ya que, como es bien sabido, existe una relación inversa entre el tiempo transcurrido para iniciar el procedimiento y la cantidad de músculo “salvado”.

Se reconoce a las características electrocardiográficas como válidas para el diagnóstico cuando en el ECG de presentación existen:

Supradesnivel del Segmento ST en dos o más derivaciones contiguas mayor de 0,1mv ó bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) presumiblemente nuevo . (Se recomienda el registro de V4R, V3R, V7 y V8).

Alteraciones bioquímicas: Marcadores de injuria miocárdica (CPK, CPK-MB, Troponina T cuantitativa o por Trop Test . Será necesario (en atención a los fármacos utilizados actualmente en el tratamiento del IAM) contar con un estudio básico de coagulación sanguínea. Es también necesaria la determinación de gases en sangre, estado ácido base, y rutina de laboratorio. Será necesaria la obtención precoz de telerradiografía de tórax.

Angiografía; en los casos más complicados o en situaciones donde se amerite una intervención para restaurar el flujo sanguíneo, se puede realizar una angiografía de las coronarias. Se introduce un catéter en una arteria, por lo general la arteria femoral, y se empuja hasta llegar a las arterias que irrigan al corazón. Se administra luego un contraste radio-opaco y se toma una secuencia de radiografías (fluoroscopia). Las arterias obstruidas o estrechas pueden ser identificadas con este procedimiento, pero solo debe ser realizada por un especialista calificado.

Estudios isotópicos o cateterismo cardíaco (coronariografía). Como elemento de diagnóstico, se plantean cuando ya ha pasado la fase aguda. No obstante puede plantearse la realización de una cineangiocoronariografía por cateterismo cardíaco, a los efectos de determinar el o los vasos obstruidos y plantear una desobstrucción en agudo, por angioplastia percutánea con o sin colocación de stents o, más raramente por endarterectomía.

1.6 TRATAMIENTO

Manejo En Emergencia:

Reconocimiento inicial: disponer de un ECG de 12 derivaciones dentro de los 10 minutos y completar el examen físico dentro de los 20 minutos posteriores de la presentación.

- Inserción de una vía periférica.
- Administración de Oxígeno Se sugiere administrarlo a todos los pacientes por 2-3 hs y luego sólo a aquellos con congestión pulmonar y/o saturación de O₂ menor del 90%.
- Monitoreo electrocardiográfico
- Aliviar el Dolor

TRATAMIENTO ESPECIFICO

1) Antiagregantes plaquetarios :

Aspirina: Administrar cuanto en dosis de 160- 325mg, la primera de ellas masticable o disuelta, y continuar indefinidamente con aspirina diariamente.

Clopidogrel : En caso de estar absolutamente contraindicada la Aspirina (alergia o UGD activa), o tener manifestaciones gastrointestinales. Dosis: 75mg cada 24 hs precedida de una toma de 4 comp. de 75mg. En caso de decidirse reperfusión mecánica se debe administrar dosis de carga de clopidogrel que ha demostrado su eficacia en prevenir, al igual que la ticlopidina la trombosis aguda de stents.

2) Reperusión miocárdica

Todo paciente con sospecha razonable de IAM con supradesnivel del segmento ST o BCRI presumiblemente nuevo, que ingrese dentro de las 12 hs de haber comenzado los síntomas, debe someterse a reperfusión con fibrinolíticos.

3) Nitroglicerina:

Su utilización no rutinaria está indicada en infartos transmurales grandes o extensos (IAM anterior) por 24-48hs, isquemia persistente, hipertensión o insuficiencia cardíaca. Se puede continuar más allá de las 48hs. en casos de angina recurrente o congestión pulmonar persistente. Debe administrarse con bomba de infusión intravenosa, 10-20 ug/m aumentando la dosis en 5-10 ug/m

cada 5-10', monitorizando cuidadosamente la respuesta clínica y hemodinámica. La titulación se puede hacer de acuerdo al control de los síntomas clínicos o hasta la disminución de la TAS del 10% en pacientes normotensos o del 30% en aquellos hipertensos. Deben mantenerse cifras de TAS superior a 100 mmHg y evitarse un aumento de la FC mayor de 10 latidos/m o que exceda los 110 latidos/m. Dosis mayores a 200 g/m deben ser evitados por el riesgo potencial de inducir hipotensión arterial. Se debe suspender la administración por 14hs. para evitar la tolerancia que se produce al administrar nitratos en forma continuada. En caso de que se produzca taquifilaxis, ésta puede ser superada incrementando la dosis o cambiando a nitratos orales con intervalos libre de droga. Efectos adversos: hipotensión, taquicardia refleja, lo que puede empeorar la isquemia miocárdica, agravación de la hipoxia por aumentar el mismatch ventilación/perfusión; cefaleas. En los infartos de cara inferior con compromiso del VD se debe administrar cuidadosamente, siendo conveniente hacerlo, para mejor seguridad, con monitoreo hemodinámico. Debe tenerse en cuenta la interacción con heparina, ya que inducen disminución de la sensibilidad a la heparina, requiriendo aumentar la dosis de esta última para obtener el nivel de anticoagulación deseada. Puede aumentar el riesgo de hemorragias al suspender la NTG si se continúa con la misma dosificación de heparina. En caso de que la NTG produzca bradicardia e hipotensión se debe interrumpir la droga, elevar los miembros inferiores y/o administrar Atropina.

4) Beta Bloqueantes

Atenolol: 5-10 mg i.v.. Administrar 5 mg/m i.v., repetir a los 5-10' si la FC no es menor a 60 latidos/m y la TAS no inferior a 100 mmHg. Administración oral: 25-100mg /d indefinidamente. Otra opción es el Esmolol, que es un betabloqueante de acción muy corta que se administra por v/ev.

Propranolol: Comenzar con 10-20mg cada 6-8hs. La titulación será igual que con el anterior. Carvedilol: comenzar con 6,25mg ½-1 comprimido cada 12hs.

Contraindicaciones:

. FC menor de 60 latidos/m

- . PAS menor de 100 mmHg
- . Insuficiencia Cardíaca Moderada a Severa
- . Signos de hipoperfusión periférica
- . Intervalo PQ superior a 0,24"
- . Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) severa
- . Enfermedad vascular periférica severa (para administración oral)
- . Asma Bronquial
- . Diabetes insulino dependiente (contraindicación relativa).

Inhibidores de la ECA

Pacientes dentro de las primeras 24hs. de un IAM con elevación del ST que comprometen 2 ó más derivaciones precordiales o que cursan con insuficiencia cardíaca clínica en ausencia de hipotensión significativa (menor de 100 mmHg) o de contraindicaciones para su uso (alergia). En pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda menor del 40% o pacientes con disfunción sistólica durante y después del IAM. Se deben administrar una vez estabilizado el paciente.

Se puede utilizar cualquiera de los que actualmente se comercializan, comenzando con dosis bajas y titulando la dosis diaria hasta lograr la mayor que no induzca a disminución de la TAS a valores inferiores a 100 mmHg. En infartos no complicados puede iniciarse durante el primer día de internación y valorar su continuación por tiempo indefinido a las 48-72hs. Si no existieran signos de disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca pueden suspenderse.

Bloqueantes de los canales de calcio

Las dihidropiridinas están contraindicadas

Diltiazem y Verapamilo:

En el IAM no complicado no están indicados, salvo en aquellos pacientes que tengan indicación de betabloqueantes pero tienen contraindicación clínica para su uso, como lo son los hipertensos, aquellos que cursan con estado hemodinámico hiperquinético y en los pacientes con fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular rápida.

Magnesio

Empleados para la corrección de déficit de magnesio documentada, especialmente en pacientes recibiendo diuréticos antes del comienzo del infarto. En episodios de TV y aquellas arritmias asociadas con intervalos QT prolongados deberían ser tratados con 1-2 gr de Mg administrados en bolo i.v. en 5 minutos.

1.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Oxígeno. Normalmente se suele administrar con gafas nasales a 2 ó 3 litros. Puede ser la primera medida en el hospital o la propia ambulancia.
- Canalización de vía periférica, para administración de los medicamentos indicados.
- Analgésicos (medicamentos para el dolor). Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina (ampollas de cloruro morfico de 1 mililitro con 10 mg) o medicamentos similares para aliviarlo (petidina-dolantina).
- Antiagregantes plaquetarios. Son medicamentos que impiden la agregación plaquetaria en la formación del trombo. Los más empleados son el aspirina en dosis de 100-300 mg al día, y el Clopidogrel.
- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por medio de un catéter (un tubito largo y flexible). Este medicamento medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una Unidad de Cuidados Intensivos, aunque ya se ha comenzado a realizar la fibrinólisis extrahospitalaria por los equipos de emergencias móviles con el fibrinolítico TNKase (tenecteplasa) con el objeto de iniciar lo más rápidamente posible el tratamiento específico.
- Nitratos. Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho

se toman en pastillas debajo de la lengua o también en *spray*. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa (Solinitrina en perfusión intravenosa).

- Betabloqueantes. Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- Digitálicos. Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca en el contexto de una fibrilación auricular (arritmia bastante frecuente en personas ancianas) con respuesta ventricular rápida.
- Los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.
- Control de los signos vitales: Cada 30' hasta que la estabilización del paciente; luego cada 4hs. Se debe notificar si la FC es menor de 60 latidos/min. o mayor de 110 latidos/min., la FR menor de 12/min. o mayor de 22/min. y la TAS menor de 90 mmHg ó mayor de 150 mmHg.
- Electrocardiograma: Diario y todas las veces que presente dolor precordial y/o arritmias.
- Laboratorio: Enzimas Cardíacas CPK, CPK-MB, GOT y LDH diariamente hasta que se normalicen.
- Eco 2-D: A las 72hs. previo al alta de la Unidad.
- RX de tórax: Al ingreso, día siguiente y posteriormente cada 48hs.
- Dieta hipocalórica: En las primeras 24hs. es preferible administrar dieta líquida para luego indicar una dieta hipocalórica, normosódica y rica en residuos.

- **Reposo:** Se recomienda la movilización precoz en ausencia de complicaciones a partir de las 12hs. La progresión de la actividad es personalizada y dependerá de la edad, estado clínico y de la capacidad física. La deambulacion precoz consiste en sentarse en una silla, pararse y caminar alrededor de la cama. Se debe controlar esta actividad con la FC. Si ésta aumenta más del 10% o hay aparición de fatiga o de arritmias se debe suspender la movilización.

1.8 TEORIA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero con el paciente.

Nivel de sustitución; llega un momento en que el paciente va a depender en su totalidad de la enfermera.

Nivel de ayuda; Virginia hace mención que la enfermera es un instrumento valioso que satisface las necesidades que el paciente no puede realizar, debido a complicaciones de su enfermedad.

Nivel de acompañamiento; Virginia planteaba que la enfermera puede modificar el entorno que rodea el paciente en los casos que se requiera reforzando de esta manera el potencial de independencia del paciente.

Desde mi perspectiva he optado por el modelo conceptual de Virginia Henderson por que ofrece un marco con elementos teóricos de referencia para todas y cada una de las etapas del proceso.

La primera etapa que es valoración del proceso de atención de enfermería, me permite la recopilación de los datos de mi paciente con Infarto agudo de Miocardio, para ello la concepción de Virginia Henderson de los conceptos

paradigmáticos de la enfermera, persona, salud y entorno están presentes en todo el proceso de cuidados, donde la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden el máximo desarrollo de su potencial, los cuales me permitirán orientarme sobre los datos subjetivos, objetivos que he recopilado, organizado y clasificado, los cuales me ayudan a determinar cuál de ellos son relevantes y cuales carecen de valor, lo cual me permitió identificar la situación de mi paciente con Infarto Agudo de Miocardio en relación a sus 14 necesidades básicas que se ven plasmados más adelante en la valoración por dominios.

El modelo de Henderson es coherente con mi trabajo académico ya que me permite realizar intervenciones que busca evitar complicaciones y muerte súbita de la paciente con IMA.

En conclusión decir que la valoración es la piedra angular de mi trabajo ya que me proporciona una base sólida de información, para proporcionar los cuidados que como enfermera especialista van a contribuir en bien del paciente.

En una época donde el enfermero delega muchas veces las funciones a los aparatos y a la tecnología por sobre los cuidados humanizados, Virginia consideraba que todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la satisfacción de las 14 necesidades y de esta manera contribuir al conocimiento de los profesionales de enfermería y sensibilizarlos acerca de la importancia de utilizar los modelos teóricos al servicio de la enfermería para que se implemente cuidados avanzados en enfermería. La teoría abarca todos los problemas o necesidades del paciente las cuales pueden ser satisfechas por el paciente o su familia cuando tienen la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Cuando alguna necesidad se altera, la enfermera especialista actúa como sustituta, colaboradora y compañera del paciente. Al leer acerca del trabajo de Virginia, queda claro que su interés no se limitó a dar solo una definición de enfermería, sino que lo extendió al análisis de la relación enfermera-paciente y las relaciones de la enfermera con otros profesionales de la salud.

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PCE – EBE

2.1 VALORACIÓN:

2.1.1 .- Datos De Filiación:

- Nombre del paciente : J,T.L
- Servicio : Emergencia
- Fecha de Ingreso : 22/08/2017
- Hora : 8:00 pm
- Sexo : masculino
- Etapa de Vida : Adulto mayor
- Edad : 66 años
- Ocupación : Chofer jubilado
- Estado civil : viudo
- N° de hijos : 3 hijos
- Religión : católica
- Lugar de nacimiento : huaraz
- Raza : mestiza
- Peso : 88 kilos
- Talla : 1.75 cm

2.1.2.-_Antecedentes Personales:

- Hipertensión arterial (desde hace 1 año); toma Valsartan 5mg 1 tab (M-N).
- Fumador de hace 10 años aproximadamente se termina una cajetilla diaria.
- intervenido de catarata hace 8 años.

2.1.3.- Antecedentes Familiares:

- Padre falleció de cáncer de próstata.
- Madre falleció en accidente de tránsito hace 20 años.
- Hermana con diabetes mellitus.
- Hijo mayor con diabetes.

2.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente adulto mayor de 66 años ingresa a la emergencia acompañado de su hija. Paciente refiere “señorita, estaba paseando por la calle con mi hija; cuando de pronto sentí un dolor horrible intenso en mi pecho hasta mi espalda pensé que me moría no quiero morir ayúdenme, es mi culpa yo fumo mucho, todo mi brazo izquierdo está adormecido; como no resistía el dolor mi hija me trae al hospital, aun me duele bastante mi pecho, no puedo pararme, no puedo respirar, me falta el aire, me canso hablar, ”

La hija refiere: “ mi papá sufre de la presión y toma medicamento cada que se acuerda hoy se estuvo quejando de una acidez y no le daba importancia hace tres días que no hace sus necesidades y ahora en la calle parece que se le ha bajado la presión, esta con ese dolor en el pecho más o menos una hora, el dolor es más fuerte y no respira bien, come mucha comida chatarra y ha subido de peso, también fuma mucho mi papá, por favor ayúdenlo no quiero que le pase nada”.

A la observación paciente despierto, agitado, con escala de Glasgow 15/15: AO = 4 RV= 5, RM = 6, ventilando espontáneamente, piel pálida con frialdad al tacto, diaforético, agitado, mucosas semisecas, con fascie expresivas de dolor, a la auscultación tórax simétrico con murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, polipnéico, latidos cardiacos rítmicos, taquicárdico, no se evidencia soplo, dolor en el lado izquierdo del tórax que se irradia hasta la espalda, valorable en escala de EVA 8/10, abdomen distendido no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaereos presentes. Miembros superiores

simétricos con adormecimiento en el lado izquierdo, miembros inferiores con pérdida de la fuerza de sostén, genitales conservados. con funciones vitales:

- . Presión arterial (PA): 200/110 mmhg.
- . Frecuencia cardiaca (FC): 110 latidos por minuto.
- . Saturación de oxígeno (SO₂): 92% .
- . Temperatura 36,2°C.
- . Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto.

2.2.1 EXÁMENES AUXILIARES:

HEMOGRAMA

REPORTE DE	RESULTADO	RESULTADO A LAS 6 HORAS	VALOR DE REFERENCIA
Plaquetas	189 x 10 ⁹ /ul	136 X10 ⁹ /uL	150 – 450
Vol. Plaquetario	7.700	11.00	9.00 – 13.00
Leucocitos	22.56 x10 ⁹ /ul	16.17 x 10 ⁹ /ul	4.50 – 11.00
Globulos rojos	4.10		4.50 – 5.60
Hemoglobina	13,3 g/dl	11.5 g/dl	12 – 14 g/dl
Hematocrito	41.0%	36.4 %	36 – 54
Neutrófilos	5.6	6.2	1.9 – 8.0
Linfocitos	2.20	0.94	0.90 – 5.20
Monocitos	1.06	1.25	0.00 – 1.00
Eosinofilos	0.17	0.03	0.00 – 0.70 %
Basófilos	0.11	0.03	0.00 – 0,20%

BI
O
QU
ÍMI
CO

REPORTE	RESULTADO	RESULTADOS A 6 HORAS	VALOR DE REFERENCIA
Glucosa	308 g/dl	105 g/dl	(70 – 110 mg/dl)
Urea	67.5 mg/dl	48 mg/dl	(20 – 45 mg)
Creatinina	1.79 mg/dl	1.23 mg/dl	(0.6 – 1,1 mg/dl)
Sodio	145 mmol/L	146 mmol/L	(135 – 155)

Potasio	4.85 mmol/l	5,46 mmol/L	(3,6 – 5.5 mmol)
Cloro sérico	104 meq/dl	108 meg/dl	98 – 106 meq//l
Calcio sérico	7.8 meq/dl	1.14 meg/dl	8,4 – 10.2 mg/dl
troponina	1.68		0.4 ng/ml
Ck-NAC	829 u/l	354 u/l	24 – 173 U/l
CK - MB	127 u/l	55 u/l	85-90 ng/ml

PERFIL LIPÍDICO:

Colesterol	230 mg/dl
LDH	60 mg /dl
HDL	28 mg /dl

GASES ARTERIALES

	RESULTADO	6 HORAS
PH	7.29	7.35
CO2	50 mmHg	48 mmHg
HCO3	18	19

2.2.2.- EXAMEN FÍSICO:

Piel:, con frialdad al tacto, con una temperatura de 36.2 °C. se observa palidez, vitíligo en dorso de manos.

Cabeza: normocéfalo sin presencia de cicatrices con buen implante capilar, canoso.

Cara: redonda, simétrica, presencia de arrugas y lunares.

Ojos: simétricos fotoreactivos, conjuntivas palidas, escleras blancas.

Orejas: simétricas con abundante presencia de serumen, paciente manifiesta que tienen que hablarle fuerte.

Nariz: permeable con secreción.

Boca: mucosa oral seca, en regular estado de higiene, halitosis, piezas dentarias incompletas.

Cuello: móvil, con simetría anatómica, no se aprecia dureza ni dilataciones.

Torax: simétrico, polipneico, a la auscultación se evidencia murmullo vesicular en ACP, conservado, dolor que se irradia hasta brazo izquierdo y espalda valorable en escala de EVA 8/10.

Corazón : se ausculta latidos cardiacos rítmicos, FC = 110X' no presencia de soplos.

Abdomen: simétrico b/d no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Columna vertebral: normal, región enrojecida en coxis.

Riñon y vías urinarias: regular estado de higiene al momento de la colocación de sondaje vesical presenta cuadro de anuria.

Excretor: conservado.

Miembros superiores e inferiores: simétricos con vías periféricas en ambos brazos, miembro superior izquierdo presenta adormecimiento con disminución de la fuerza.

Miembros inferiores: debilidad; perdida de la fuerza de sostén.

Genitales: externamente conservado según su edad; presenta cuadro de anuria.

Excretor: conservado (deseo de defecar).

Neurológico; presenta un Glasgow de 15/15, AO = 4, RV = 5, RM = 6. Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, que responde al

interrogatorio con lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión, Memoria inmediata, reciente y tardía conservadas.

2.2.3 DIAGNOSTICO MÉDICO:

Síndrome Isquémico Coronario Agudo.

Infarto Agudo De Miocardio.

Hipertensión Arterial.

2.2.4 TRATAMIENTO:

EKG convencional C/2 h

CINa 9% 1000 l Vía

Monitoreo cardíaco

Brindar O₂ por máscara de reservorio

Isorbide de 10 mg S/L stat

Nitroglicerina 25 mg por bomba de infusión a 5 cc/h a titular.

Aspirina 100 mg 3 tab V.o

Clopidogrel 75 mg 4 tab Vo

Furosemida 20 mg Ev stat

Atorvastatina 80 mg V.o stat

Cateterismo Vesical

Heparina 5000 UI S/C c / 24 horas.

Gluconato de Ca^{*} 10% ev c/8 horas

Aga c/12 horas

Insulina Escala móvil

Control de hemoglucotest c/2 hora

Omeprazol 40 mg ev c/ 24 horas.

Tramadol 100 mg s/c

Lactulosa 30cc c/24 h VO

Vendaje de Miembros Inferiores

2.3.- VALORACIÓN POR DOMINIOS:

DOMINIO I: PROMOCION DE LA SALUD (Toma de conciencia, manejo de la salud)

Hija refiere que su papá ha tenido regular estado de salud, cumplió su tratamiento, Desde que le diagnosticaron hipertensión arterial (HTA) hace 1 año, pero no ha dejado de fumar hasta el momento lo ha intentado varias veces, ha subido de peso, se observa sobrepeso y una presión Arterial de 200/110 mmHg

DOMINIO II: NUTRICIÓN (Ingestión; Digestión; Absorción; Metabolismo; Hidratación).

- ✓ Cambio de peso durante el último año.
- ✓ Apetito: normal
- ✓ Ingesta de líquidos: bebidas azucaradas, poca agua.
- ✓ Hábitos alimenticios: consumo de carbohidratos, grasas, azúcares, proteínas, escasa cantidad de consumo de verduras, legumbres. El paciente tiene hábitos alimenticios desorganizados le gusta mucha fritura.
- ✓ Aumento de la glucosa por encima de los valores normales en los exámenes auxiliares.
- ✓ Medidas y valoración antropométrica: peso (88 kg), Talla (1.75 cm), IMC: 28.8 kg/m².
- ✓ Abdomen: Distendido, no dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, matidez abdominal.

DOMINIO III: ELIMINACIÓN: (sistema urinario, Gastrointestinal, Tegumentario y pulmonar)

Hace tres días que no hace deposiciones.

DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO: (Reposo y sueño, actividad y ejercicio, equilibrio de la energía y respuestas cardiovasculares/respiratorias)

- ✓ No realiza mucho ejercicio,
- ✓ Sueño/descanso. Descansa 7 horas nocturnas y 30 minutos diurnos
- ✓ Capacidad de autocuidado:

Independiente (0)	Ayuda de otros (1)
Ayuda de personal (2)	dependientes incapaz (3)

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilidad en cama	x			
deambula	x			
Ir al baño/bañarse	x			
Toma de alimentos	x			
vestirse	x			

- ✓ Movimientos de miembros: fuerza muscular disminuida en miembros inferiores, con limitación de actividades diarias. Adormecimiento de brazo izquierdo

DOMINIO V: PERCEPCION COGNICION:

- ✓ Conoce su patología y su tratamiento (hipertensión)
- ✓ Orientado en tiempo, espacio y persona, a la evaluación con escala de Glasgow (AO: 4, RV: 5, RM: 6) 15 puntos.
- ✓ Desde el primer momento el paciente se muestra ansioso, responde a las preguntas con voz cansada debido al dolor que manifiesta.

DOMINIO VI: AUTOPERCEPCION:

Se muestra ansioso, ya que a pesar de haber intentado dejar de fumar cuando le diagnosticaron hipertensión arterial (HTA), para evitar el riesgo de sufrir IAM no ha podido evitar que ocurriera. Se siente culpable.

DOMINIO VII: ROL/RELACION:

El estado civil del paciente es de viudo, jubilado, actualmente vive con una de sus hijas, con la que se encuentra feliz. Tiene dos hijos que viven independientes.

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD:

Sin alteración.

DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ✓ Reacción frente a la enfermedad: se observa al paciente con temor, ansiedad.
- ✓ Cuenta con el apoyo de sus hijos para afrontar su problema de salud.

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

Religión: católica.

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCION

- ✓ Enfermedad de hipertensión es diagnosticada hace un año, paciente no se ha cuidado como debía.
- ✓ Su médico le había advertido sobre un futuro infarto, pero fue hace mucho tiempo y se le había olvidado.

DOMINIO XII: CONFORT

- ✓ Dolor de mayor intensidad y duración. Acompañado de disnea, sudoración.
- ✓ el dolor se irradia a hombro y brazo izquierdo de moderada a severa intensidad hasta la espalda.

DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- ✓ El índice de masa corporal del paciente es de 28.7 kg/m², lo cual indica que esta en obesidad mórbida el IMC.

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: hija refiere: “mi papá ha estado más o menos bien de salud, no ha dejado de fumar a pesar que le diagnosticaron hipertensión hace 1 año”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/ A = 200/110 mmhg • Peso = 88 kg 	<p>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Clase 2: Gestión de la Salud. (Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar)</p> <p>Gestión ineficaz de la salud</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS: hija Refiere: “mi papá come mucha comida chatarra y ha subido de peso”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>CLASE 1: Ingestión (Actividades de incorporación, asimilación y utilización de</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Peso= 88 Kg´ • Talla = 1.75 cm´ • IMC = 28.8 Kg/cm² • Obesidad 	<p>nutrientes con el propósito de mantener y repara los tejidos y producir energía)</p> <p>Desequilibrio Nutricional por exceso</p>
<p align="center">TIPOS DE DATOS</p>	<p align="center">DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p align="center">DATOS SUBJETIVOS:</p> <p align="center">Paciente Refiere:</p> <p>“Me falta el aire señorita, por favor ayúdeme”</p> <p align="center">DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR = 28 X´ • AGITACIÓN • Disnea • Saturación de O2 = 92 % • P/A = 200/110 mmhg. • Aga: <p>Ph 7:29</p> <p>CO2= 50 mmhg</p> <p>HCO3 = 18 mEq/L</p>	<p align="center">DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p align="center">CLASE 4: función Respiratoria</p> <p align="center">(Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo)</p> <p align="center">Deterioro Del Intercambio Gaseoso</p>
<p align="center">TIPOS DE DATOS</p>	<p align="center">DOMINIOS ALTERADOS</p>

<p>DATOS SUBJETIVOS: Datos subjetivos: Hija refiere “hace tres días que no hace deposiciones come mucha comida chatarra”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso = 88 kilos • Malos hábitos alimentarios 	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>CLASE 2: sistema gastrointestinal (Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo)</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p>
<p>TIPOS DE DATOS</p>	<p>DOMINIOS ALTERADOS</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Datos subjetivos: Paciente refiere “No puedo levantarme señorita, me siento cansado, mi brazo esta adormecido”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR = 28 Rx´ • Agitado • Diaforético • Pérdida de la fuerza de sostén • SaO2 = 92% 	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO</p> <p>CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias (Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo)</p> <p>Intolerancia A La Actividad Física</p>

<ul style="list-style-type: none"> • PA = 200/110 mmhg • FC = 110 X' 	
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente refiere</p> <p>“Me agito mucho, me siento mal, me canso al hablar”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaforético • Piel fría • CPK = 1.68 mg/m • PA = 200/110 mmhg • Perdida de la fuerza de sostén • FC = 110 X' 	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO</p> <p>CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</p> <p>(Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo)</p> <p>Disminución del gasto Cardiac</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Refiere:</p> <p>“ intenté dejar de fumar cuando me diagnosticaron hipertensión hace un año, es mi culpa”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Temor 	<p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN</p> <p>CLASE 4: COGNICIÓN</p> <p>(Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación)</p> <p>Disposición para mejorar el autoconcepto</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Verbalización de su enfermedad 	
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Hija refiere</p> <p>“mi papá está muy mal, no quiero que le pase nada”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización de la situación del estado de salud de su familiar 	<p>DOMINIO 7: ROL /RELACIÓN</p> <p>CLASE 2: Relaciones Familiares (Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección.)</p> <p>Interrupción de los procesos familiares</p>
TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>paciente refiere</p> <p>“No puedo respirar, no quiero morirme”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intranquilidad ✓ Agitación ✓ Fc= 110 x´ ✓ FR = 28 X´ ✓ Referencia verbal. ✓ Diaforesis 	<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>CLASE 2: Respuesta de afrontamiento (Procesos de gestión del estrés del entorno)</p> <p>Ansiedad</p>

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>paciente refiere</p> <p>“me duele mucho el pecho hasta la espalda, no puedo levantarme”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facie de dolor ✓ Escala de EVA 8/10 ✓ Expresión verbal 	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <p>CLASE 1: Confort físico</p> <p>(Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor)</p> <p>Disconfort</p>

2.4. LISTADO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C los signos y síntomas actuales E/P verbalización del paciente de no haber emprendido acciones para reducir los factores de riesgo, PA 200/110 mmHg.
- 2) Gestión ineficaz de la salud R/C conocimientos deficientes del proceso patológico E/P PA 200/110 mmhg, sobrepeso
- 3) Desequilibrio Nutricional por exceso R/C aporte excesivo e inadecuado con las necesidades metabólicas E/P peso corporal superior al ideal IMC 28.8 kg/cm².
- 4) Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio de la ventilación percusión E/P fr = 28x', agitación, disnea.
- 5) Intolerancia a la actividad física R/C desequilibrio del aporte y demanda de oxígeno E/P fatiga, pérdida de la fuerza de sostén, agitación.
- 6) Disminución del gasto cardiaco R/C trastorno de la contracción miocárdica E/P cpk elevado troponina = 1.68 mg/m, ekg alterado con elevación segmento st.
- 7) Disposición para mejorar el autoconcepto R/C enfermedad actual E/P verbalización de aceptar sus equivocaciones en cuanto a su salud.
- 8) Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia E/P verbalización de la situación del estado de salud del familiar.
- 9) Ansiedad R/C temor de muerte súbita E/P referencia verbal, agitación.
- 10) Disconfort R/C dolor secundaria a isquemia coronaria E/P expresión verbal.
- 11) Riesgo de perfusión tisular cerebral cardiopulmonar R/C isquemia aguda secundaria a cardiopatía coronaria.
- 12) Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente, estrés emocional, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.

2.5.- PLANIFICACION, EJECUCION Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

1

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente Refiere:</p> <p>“Me falta el aire señorita, por favor ayúdeme”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación • Disnea • Saturación de O2 = 92 % • FR = 28 X´ • Aga: <p>Ph 7:29 CO2= 50 mmhg HCO3 = 18 mEq/L</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio de la ventilación perfusión E/P SaO₂ 92%, agitación, disnea.</p> <p>Aga: Ph 7:29 CO2= 50 mmhg HCO3 = 18 mEq/L</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mejorará el intercambio gaseoso al cabo de 4 horas</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente logrará un adecuado intercambio gaseoso al cabo de 4 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se Explica el procedimiento al paciente. • Se Administrar O2 por cánula bi nasal. • Se Valora la respuesta a la administración de O2. • Se Monitoriza saturación de oxígeno. • Se mantiene en reposo absoluto. • Se Controla gases arteriales cada 24 horas o según necesidad. • Se Monitoriza FR, ritmo, y características cada hora y 	<p>Paciente mejora la demanda de oxígeno, con una saturación de O2 = 96%</p> <p>FR = 22 X´</p> <p>AGA :</p> <p>Ph = 7.35 CO2 = 48mmHg HCO3 = 19mEq/L</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorará nivel de saturación al cabo de 2 horas. 	<p>Auscultar según necesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Valora coloración de la piel, mucosa oral, región peribucal y uñas. • Se Enseña al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza v <p>Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad.</p>	
--	--	---	---	--

2

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente refiere</p> <p>“señorita que me pasa, siento que me agito, me siento mareado”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaforesis • Piel fría. • CPK elevado 829 u/l • Troponina 1.68 mg/m • P/A 200/110 mmHg 	<p>Disminución del gasto cardíaco</p> <p>R/C trastorno de la contracción miocárdica E/P</p> <p>CPK elevado, valor de troponina = 1.68 mg/m, EKG alterado con elevación del segmento ST.</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mejorara el gasto cardiaco al cabo de seis horas.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorará estado circulatorio al cabo de seis horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se Explica al paciente el procedimiento a realizar. • Se Valora nivel de conciencia. • Se Administra O2 por canula bi nasal • Se realiza toma y valoración del Aga. • Se Proporciona reposo absoluto en cama. • Se Monitoriza electrocardiográficamente c/2h • Se valora resultado de muestra de laboratorio: enzimas cardíacas, El control de Troponina se 	<p>paciente mejoró el gasto cardiaco, signos vitales estables:</p> <p>PA 140/90 mmhg</p> <p>CPK = 354 u/l</p>

			<p>hace al ingreso del paciente y luego de 6 a 12 horas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se monitoriza signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR, To.• se Administra y valora efectos secundarios en la administración de medicamentos.• Se Realiza Balance hídrico estricto• Se Palpa y controla pulsos periféricos cada 4 horas. <p>.</p>	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere</p> <p>“me duele mucho el pecho, como si me aplastaran”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fascie de dolor • Escala de EVA 8/10 	<p>Disconfort R/C dolor secundaria a isquemia coronaria</p> <p>E/P Fascie de dolor, Escala de EVA de 8/10,</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>El paciente recuperará el confort al cabo de 4 horas.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <p>paciente expresará disminución del dolor al cabo de 4 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza medidas de Bioseguridad en la atención al paciente. • Se canaliza vía periférica. • Se Explica al paciente los procedimientos a realizar. • Se mantiene al paciente en Reposo absoluto en posición semifowler. • Se Administra analgésico: tramadol 100 mg s/c, isorbide S/L • Se Controla FV especialmente PA y 	<p>Paciente manifiesta disminución del dolor en escala de EVA 4/10, al cabo de 6 horas.</p>

			<p>FC mientras se administra analgésico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se Valora efecto y respuesta a la administración del analgésico.• Se valora el dolor: aumento, disminución o recurrencia durante el tiempo que el Paciente permanezca en la unidad crítica.• Se Mantiene en un ambiente tranquilo.• Se escala de coma de Glasgow cada 4 horas.• Se Procura proporcionarle largos periodos de sueño organizando las actividades de	
--	--	--	--	--

			<p>enfermería de tal forma que permitan al paciente descansar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se procura hablar suavemente y disminuir el ruido ambiental 	
--	--	--	--	--

4

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere</p> <p>“No puedo levantarme señorita, me siento cansado, mi brazo esta</p>		<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mejorará intolerancia a la actividad al cabo de 6 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica el procedimiento al paciente concientizándolo acerca de la razón y su importancia del cuidado. • Se comprueba tolerancia del 	<p>Paciente mejora tolerancia a la</p>

<p>adormecido”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR = 28 Rx´ • Agitado • Fatiga • Pérdida de la fuerza de sostén • PA = 200/110 mmhg • FC = 110 X´ 	<p>Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio del aporte y demanda de oxígeno E/P fatiga, perdida de la fuerza de sostén, agitación.</p>	<p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente expresará tolerancia a la actividad al cabo de 6 horas. 	<p>paciente a la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se instruye al paciente sobre las limitaciones a ciertas actividades. • Se vigila signos de agitación luego de hacer pequeños esfuerzos. • Se mantiene en reposo absoluto. • Se asiste al paciente durante su movilización en la cama. • Se realiza cambios posturales y lubricación de la piel cada 2 horas. • Se Incrementa la actividad física en forma paulatina y de acuerdo a la respuesta del paciente: dolor 	<p>actividad, mejorando demanda de oxígeno</p>
--	---	--	---	--

			<p>precordial.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se administra heparina 5000 UI s/c.• Se coloca vendaje en MMII para prevenir estasis venoso.• Se enseña al paciente ejercicios de relajación.• Se Administrar laxante y se vigila los alimentos ricos en fibra según orden médica para prevenir el estreñimiento.	
--	--	--	---	--

5

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>paciente refiere</p> <p>“Dios mío me voy a morir”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intranquilidad ✓ Agitación ✓ FC= 110 x´ ✓ FR = 28 X´ ✓ Diaforesis 	<p>Ansiedad R/C temor de muerte súbita E/P</p> <p>Intranquilidad, Agitación, taquicardia, diaforesis, polipnea, referencia verbal de temor.</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mejorará su ansiedad al cabo de 4 horas.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente expresara tranquilidad al 	<ul style="list-style-type: none"> • se Establece comunicación verbal empática con el enfermo, se ofrece seguridad y confianza permitiendole que externe sus dudas y preocupaciones. • Se Proporciona una explicación sencilla del entorno hospitalario. • Se Explica al paciente todo procedimiento que se le realice y el porqué de cada 	<p>Paciente más tranquilo, verbaliza ya no tener temor.</p>

<p>✓ Referencia verbal de temor.</p>		<p>cabo de 4 horas.</p>	<p>uno de ellos, buscando brindarle seguridad..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Proporciona al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud. • Se Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas para cada una de ellas sean las apropiadas. • Se Permite al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control. 	
--------------------------------------	--	-------------------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> Se Informa al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce la unidad critica.. 	
--	--	--	---	--

6

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Hija refiere</p> <p>“mi papá está muy mal, no quiero que le pase nada”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbalización de la situación del 	<p>Interrupción de los procesos familiares</p> <p>R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia E/P</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Mejorar el apoyo familiar durante el tratamiento.</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente verbalizará 	<ul style="list-style-type: none"> Se brinda tranquilidad a la familia. Se facilita el ingreso de las visitas. Se brinda apoyo emocional, escuchando inquietudes y sentimientos de la familia. Se brinda orientación para Comprensión de la enfermedad 	<p>Paciente se siente más confiado, tranquilo</p>

<p>estado de salud del familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Preocupación 	<p>verbalización de la situación del estado de salud del familiar.</p>	<p>disponibilidad para el apoyo emocional y familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se enseña a la familia posibilidades y alternativas para convivir con el familiar enfermo. Se acepta los valores familiares sin emitir juicios. Se favorece una relación de confianza con la familia. 	
---	--	---	---	--

7

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere</p> <p>“No puedo levantarme señorita, siento mucho dolor”</p>		<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente mejorará</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se Explica al paciente todo cuanto se le va a realizar Se mantiene al paciente en reposo, para evitar el déficit de flujo sanguíneo 	<p>Paciente mejora en su perfusión tisular con</p>

<p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • EKG alterado con elevación del segmento ST > 3mm • Falta de aire • Cansancio 	<p>Riesgo de perfusión tisular cerebral cardiopulmonar R/C disminucion del flujo sanguineo cerebral y cardiopulmonar</p>	<p>perfusión tisular cerebral, cardiopulmonar al cabo de 6 horas</p>	<p>coronario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Monitoriza al paciente seleccionando una derivación que permita una adecuada interpretación. • Se Obtiene un ECG completo, el cual deberá repetirse cada 2 horas según indicación médica, dependiendo de la evolución. • Se Evalua el dolor torácico en escala de EVA, así como los signos y síntomas acompañantes (mareo, diaforesis, emesis, palidez, angustia, sensación de muerte inminente, disnea,). • Se valora eficacia de la 	<p>trazos de EKG tendientes a su normalidad.</p>
---	--	--	---	--

			<p>oxigenoterapia (pulsoxímetro y gases arteriales).</p> <ul style="list-style-type: none">• Se vigila Toma y análisis de laboratorios (troponina, CPK, electrolitos)• Se controla y valora indicadores de hipoxemia••• tisular mediante el Aga.• Se ausculta sonidos pulmonares.• Se realiza cambio de posición en forma suave.• Se vigila el estado neurológico.• Se vigila función renal.	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
<p>DATOS SUBJETIVOS: hija refiere: “mi papá ha estado más o menos bien de salud, no ha dejado de fumar a pesar que le diagnosticaron hipertensión hace 1 año”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • Fumador • Hipertenso 	<p>Gestión ineficaz de la salud R/C conocimientos deficientes del proceso patológico E/P sobrepeso, fumador, hipertenso.</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente verbalizará deseo de mejorar su salud</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente manifestará preocupación sobre su salud y los factores relacionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se Evalúa el nivel actual de conocimientos del paciente referente a su enfermedad. • Se describe al paciente el proceso de su enfermedad. • Se Proporciona información al paciente acerca de la enfermedad. • Se Identifica cambios en el estado físico del paciente. • se Comenta cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios 	<p>Paciente acepta tener la enfermedad y controlarse con un especialista (cardiólogo).</p>

			<p>para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se Describe las recomendaciones de control, terapia, tratamiento.• Se orienta al paciente sobre las medidas para prevenir, minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.• Se orienta al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de lo que debe informarse su familia.	
--	--	--	---	--

--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACION
-------------------	--------------------	----------------------	---------------------------	-------------------

<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Datos subjetivos:</p> <p>Hija refiere “hace tres días que no hace deposiciones como mucha comida chatarra”</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso = 88 kilos • Malos hábitos alimentarios 	<p>Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente, estrés emocional, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>Paciente Mejorará motilidad del tracto gastrointestinal al cabo de 12 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica el procedimiento al paciente. • Se monitoriza manejo de líquidos. • Se realiza BHE • se coordina con personal de nutrición para inicio de alimentación rica en fibra. 	<p>Paciente mejora motilidad del tracto gastrointestinal, realiza evacuación intestinal después de 24 horas.</p>
---	--	--	---	--

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES:

1. Es relevante destacar la importancia de las teorías de enfermería en el cuidado de nuestros pacientes con infarto agudo de miocardio, permitiendo una intervención oportuna e individualizada a cada paciente durante su estancia hospitalaria.
2. A través de los planes de cuidado estandarizados se facilita la labor del especialista de enfermería, pues ofrecen una guía para prestar cuidados de calidad a los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, de esta manera se reduce la inversión de tiempo y esfuerzo necesario para su elaboración, pues a partir de un plan de cuidados estandarizados, el profesional de enfermería puede añadir o eliminar los elementos necesarios para adaptar el plan de cuidados a la situación individual del paciente.
3. El cuidado de enfermería en forma holística permite conocer al paciente con infarto agudo de miocardio en cada una de sus dimensiones, por esto la importancia de brindar un cuidado de enfermería que minimice los efectos negativos de la enfermedad y contribuya con el bienestar de la persona.
4. La promoción de la salud y la prevención del infarto agudo de miocardio son el pilar fundamental en todas las actividades encaminadas a modificar los factores de riesgo y aumentar los protectores.

3.2. RECOMENDACIONES:

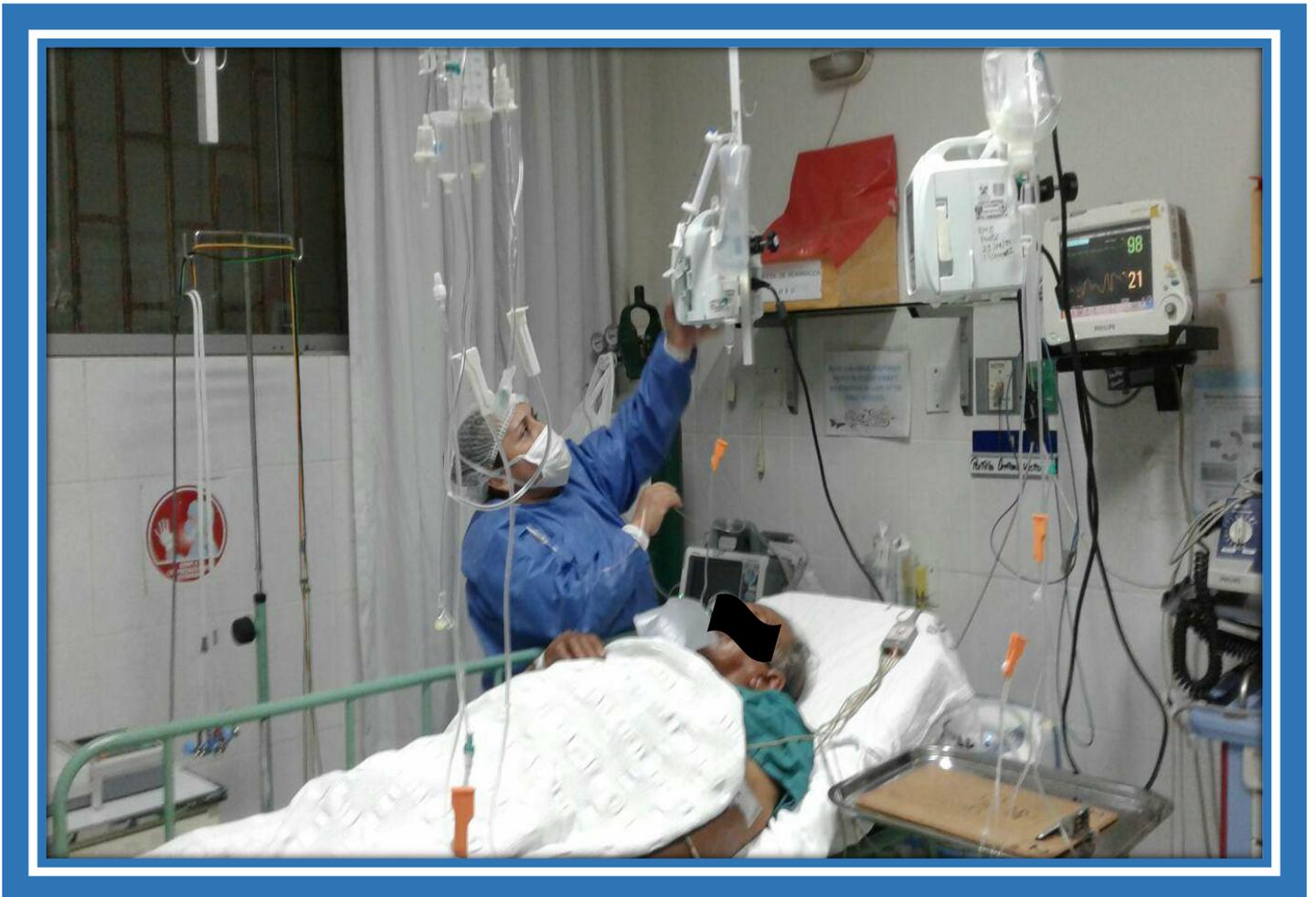
1. Las Enfermeras especialistas que laboran en las unidades críticas (emergencia) deben capacitarse continuamente e internalizar las teorías de enfermería en el quehacer diario y crear el protocolo de atención estándar.
2. Que estas guías y protocolos deben ser revisadas continuamente por enfermeras especialistas manteniendo los avances científicos actualizados.
3. Sugerir que los especialistas de enfermería que trabajan en las áreas críticas Proporcionen cuidados que garanticen la atención del paciente con infarto agudo de miocardio libre de riesgos y daños innecesarios, Fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados.
4. Uno de los pilares de la disciplina de enfermería es la educación, el paciente con infarto agudo de miocardio debe tomar conciencia sobre su enfermedad y utilizar medidas preventivas dadas por el especialista de enfermería para evitar complicaciones posteriores, acompañado de la intervención de los familiares y el entorno social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

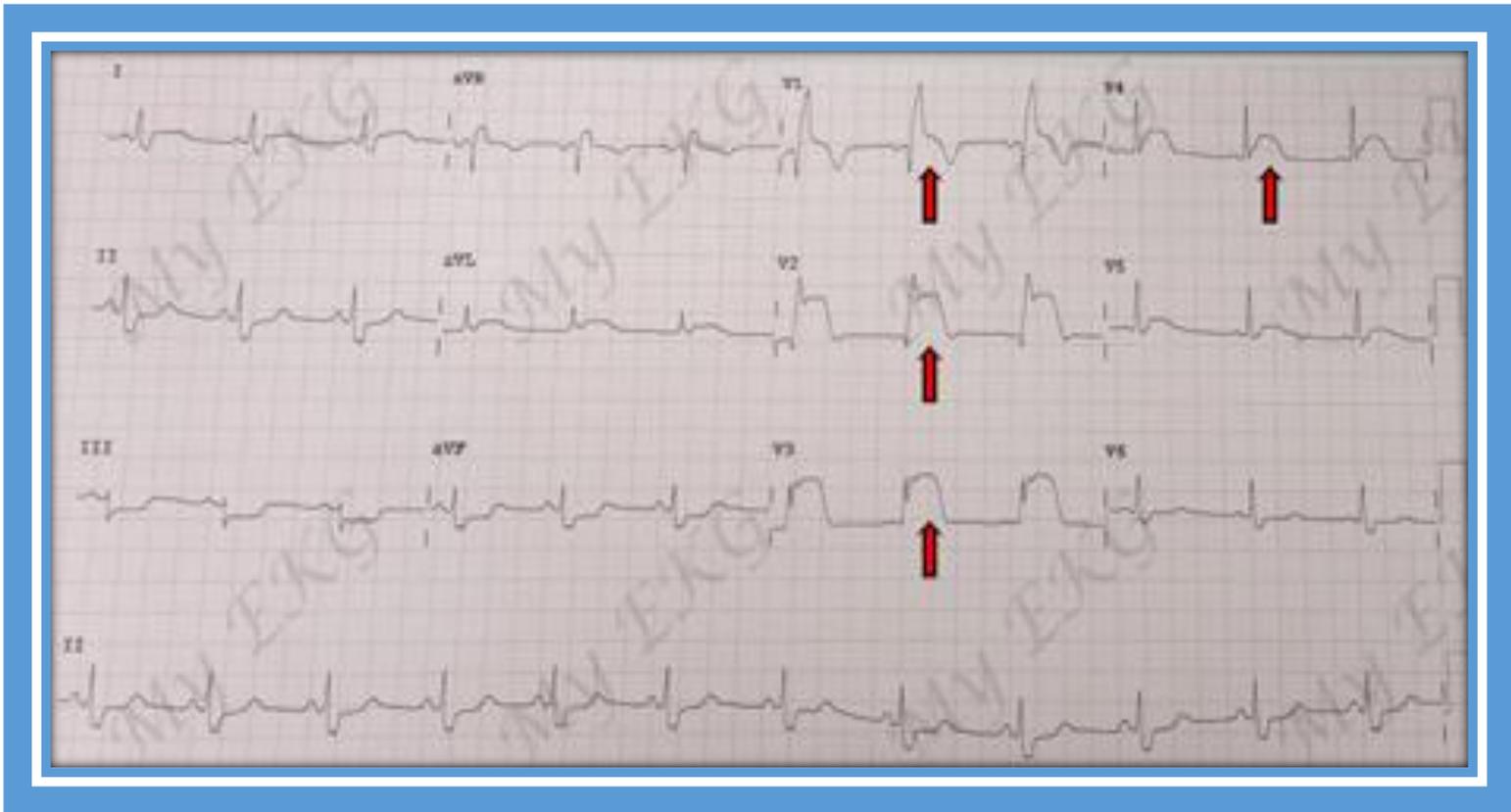
1. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 349: 1498-504.
2. organización mundial de la salud – Ent perfiles de países , 2014
3. Coll Muñoz Yanier, Valladares Carvajal Francisco, González Rodríguez Claudio. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev. Finlay [Internet]*. 2016 Jun [citado 2018 Ene 05] ; 6(2): 170-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mundia 2014 Ginebra: OMS; 2014 Enfermedades cardiovasculares., nota descriptiva enero 2015.
5. Coll Muñoz Yanier, Valladares Carvajal Francisco, González Rodríguez Claudio. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev. Finlay [Internet]*. 2016 Jun [citado 2018 Ene 09] ; 6(2): 170-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es.
6. Brevis urrutia, ivonne, valenzuela suazo, sandra, & sáez carrillo, katia. (2014). efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. *ciencia y enfermería*, 20(3), 43-57.
7. Ugalde Héctor, Espinosa Pilar, Pizarro Gonzalo, Dreyse Ximena (2014) Centra su estudio en el Infarto agudo al miocardio en pacientes de 80 y más años. Evolución hospitalaria y seguimiento. *Rev. méd. Chile [Internet]*. [citado 2017 Oct 28] ; 136(6): 694-700. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.
8. Gloria Cortez Cuaresma, Francisca Castillo Luján (2015) Guía para aplicar Proceso de Enfermería, Taxonomía NANDA, N.I.C, N.O.C.

ANEXOS

**LA ENFERMERA ES UN ENTE DECISIVO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**



ATENCIÓN DEL PACIENTE CON IMA



ELCGTROCARDIOGRAMA CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST

COLOCACIÓN CORRECTA DE LOS ELECTRODOS DE EKAG

