

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
EN EL ADULTO MAYOR**

TRABAJO ACADÉMICO

**PRESENTADO POR
LIC. Katherine Lizeth PITTMAN HEREDIA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**ASESOR:
Mg. TEODOLINDA CONDOR DORREGARAY**

2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5

CAPÍTULO I: BASES TEÓRICAS

CAPITULO I MARCO TEÓRICO	7
1.1. FISIOLÓGÍA Y ENVEJECIMIENTO	7
1.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	10
1.3.- MARCADORES CARDIACOS:	15
1.5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	18
1.6 .- TEORIA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON	24

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE	31
2.1 - DATOS DE FILIACIÓN:	31
2.2.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	32
2.3.- VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	35
2.4.- PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS.	40
2.5.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:	42

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
3.1.- CONCLUSIÓN	50
3.2.- RECOMENDACIONES	51
3.3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
3.4.- ANEXOS	54

RESUMEN

El presente trabajo académico es un caso clínico de un paciente que se encuentra en el servicio de Medicina del Hospital “Víctor Ramos Guardia” de la ciudad de Huaraz; con diagnóstico médico infarto agudo al miocardio (IAM) patología principal causa de mortalidad en el país, esto es más notorio en pacientes adultos mayores, lo que se ha asociado a su edad, mayor comorbilidad, y también una aplicación insuficiente de tratamientos probadamente útiles.

El principal objetivo de este trabajo es la contribución en la educación de enfermería con el fin de mejorar la calidad de atención en las personas adultas mayores con estas diferentes enfermedades, para poder desarrollarlo se tomó el caso de un paciente adulto mayor con IMA, y con las diferentes necesidades del adulto mayor en comparativo con las necesidades humanas de Virginia Henderson, se analizó las necesidades alteradas del paciente y se desarrolló el plan de cuidados de enfermería con los datos obtenidos, donde se logró mejorar las expectativas del paciente

Palabras clave: Adulto mayor, infarto, agudo, miocardio, cuidados.

ABSTRACT

The present academic work is a clinical case of a patient who is in the service of Medicine of the Hospital "V́ctor Ramos Guardia" of the city of Huaraz; with medical diagnosis acute myocardial infarction (AMI) is the pathology with the main cause of mortality in the country, this is more noticeable in elderly patients, which has been associated with age, greater comorbidity, and also insufficiently applied treatments tools.

The main objective of this work is the contribution in nursing education in order to improve the quality of care in elderly adults with these different diseases, to be able to develop it was taken the case of an older adult patient with IMA, and with The different needs of the older adult in comparison with the human needs of Virginia Henderson, analyzed the altered needs of the patient and developed the plan of nursing care with the data obtained, where it was possible to improve the patient's expectations

Key words: Adult elderly, infarction, acute, myocardial, care.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional de la enfermería ha alcanzado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos durante su ciclo de vida.

La práctica de enfermería está dirigida a proporcionar cuidados al usuario de acuerdo a sus necesidades humanas, en cualquier ámbito donde se encuentre tomando en cuenta los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. Además, forma parte importante del equipo de salud, al actuar en colaboración con otras disciplinas. Su esencia es el cuidado del hombre de forma holística, en todas sus dimensiones, por lo que se requiere aplicar un método sistemático que permita valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar sus intervenciones en los usuarios con el fin de conservar y recuperar la salud.

Los profesionales de enfermería requieren de fundamentos científicos propios, cristalizados en el proceso de enfermería, que guíe en forma planeada, sistematizada y organizada sus acciones. En particular, el proceso de enfermería realizado a un paciente con infarto agudo al miocardio (IAM), pretende identificar los problemas de salud reales y potenciales que permitan la toma de decisiones con base en el conocimiento y evidencia existente del cuidado de enfermería para ser aplicado en forma sistemática y organizada.

El presente caso está estructurado de la siguiente manera: Se aplicó la taxonomía de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), NIC (Clasificación de intervenciones de Enfermería) Y NOC (Clasificación de los resultados de Enfermería). Dicha clasificación incluye las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería en función del paciente, las cuales pueden ser tanto independientes como de colaboración.

En el presente trabajo se desarrolló un plan de cuidados de enfermería para pacientes con una enfermedad cardiovascular. Uno de ellos es el hecho relacionado con los datos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular en nuestro medio ya que, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2012, las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron como la primera

causa de muerte en Perú, siendo responsables del 30.3% de las defunciones, ocupando la cardiopatía isquémica.

El plan de cuidados para este tipo de pacientes, es porque estos sufren un cambio repentino en su vida, siendo inesperado y con un corto periodo de tiempo para asimilarlo, por lo que es de gran interés que el profesional de enfermería trabaje junto al paciente para dotarle de herramientas útiles en el manejo de su enfermedad y tratamiento, así como para hacer frente a los cambios en el estilo de vida, ya que se ha demostrado que el control de los factores de riesgo modificables disminuye la aparición de nuevos episodios isquémicos.

El cuidado del adulto mayor supone la participación de toda la sociedad. La Enfermera Geriátrica contribuirá de forma importante en el cuidado de la población anciana, ya que es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a esta población colectiva en situaciones complejas, cuyo objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor.

En el primer capítulo se abordan la base teórica de: IMA, definición y fisiopatología, epidemiología, factores de riesgo, clasificación, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas, tratamiento en la fase aguda y crónica y complicaciones, del envejecimiento en las personas.

El segundo capítulo se desarrolla el proceso de cuidados de enfermería del paciente adulto mayor con IMA, para lo cual se realizó la valoración, se formularon los principales diagnósticos de enfermería estandarizados por el NANDA para pacientes con estas patologías, se trazó objetivos para mejorar el estado de salud del paciente, y se evaluó los resultados de los objetivos trazados en el plan.

En el tercer capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones del proceso de cuidados de enfermería para pacientes adultos mayores con IMA.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. FISIOLÓGÍA Y ENVEJECIMIENTO

1.1. Aparato circulatorio

En las personas mayores hay cambios en el corazón y los vasos sanguíneos secundarios al envejecimiento y a las adaptaciones a éste. El aparato cardiovascular lo componen el corazón y los vasos sanguíneos, arterias y venas. La función del corazón, como ya es sabido, consiste en el bombeo de la sangre para que ésta circule a través de las arterias para llevar al organismo oxígeno y otros nutrientes y recoger por las venas los productos de desecho (5) .

1.2. Envejecimiento del sistema cardiovascular

El envejecimiento del sistema cardiovascular está asociado con un número característico de cambios a nivel bioquímico, histológico y morfológico. Sin embargo, no todas las modificaciones presentadas se asocian con deterioro en la función. Entre los cambios a nivel cardiaco se tienen:

- Disminución en el número de miocitos y en las células del sistema de conducción cardíaca, desarrollo de fibrosis, cambios en el transporte de calcio a través de las membranas y disminución del cronotropismo, inotropismo y lusitropismo mediados por estímulo β -adrenérgico.
- A nivel vascular, hay incremento en la rigidez de la pared de las arterias, con aumento en la velocidad de la onda de pulso, disfunción endotelial y disminución de la vasodilatación mediada por estímulo β -adrenérgico.
- Durante el reposo el sistema cardiovascular es capaz de desarrollar mecanismos adaptativos eficientes, pero en situaciones de estrés como el ejercicio, los cambios asociados con el envejecimiento se hacen evidentes ya que está disminuida la capacidad para obtener la frecuencia

cardiaca máxima, está incrementada la postcarga y hay disminución de la contractilidad intrínseca. (4)

Por lo anterior, los ancianos deben utilizar al máximo el mecanismo de Frank-Starling para mantener el gasto cardiaco. Los cambios estructurales y funcionales asociados con el envejecimiento cardiovascular, disminuyen de forma significativa el umbral en el cual las enfermedades cardiacas llegan a ser evidentes, y deben ser conocidos por el personal de salud encargado de cuidar a los ancianos. (4)

El corazón consta básicamente de cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos. Las aurículas funcionan como cámaras de entrada de la sangre desde las venas, mientras que los ventrículos impulsan la sangre hacia las arterias. El control del paso de unas a otros se realiza por las válvulas; de esta manera el corazón funciona como una bomba hidráulica. (7)

Tanto el corazón como los vasos sanguíneos presentan una estructura similar: una capa interna o íntima (endocardio en el corazón), una capa muscular, especialmente importante en los ventrículos y casi inexistente en las venas, y una capa externa (adventicia) de material fibroso que protege el conjunto.

Con el paso del tiempo las arterias pierden elasticidad a causa del aumento del grosor de la pared media muscular, lo que dificulta el paso de la sangre por el estrechamiento del calibre del vaso y facilita el desarrollo de hipertensión arterial. También se produce un depósito de grasas (colesterol) en la íntima, que se calcifican formando placas, lo que aumenta el tamaño de la pared arterial y empeora la rigidez. (7)

En las venas los cambios son escasos y tienen lugar básicamente en las extremidades inferiores. Debido a la delgadez de la capa media muscular las venas sufren de manera importante el efecto del peso de la columna de sangre y si no puede compensarse (con el movimiento de las piernas, por ejemplo) aparecen las varices. (7)

1.3. Cambios múltiples en el corazón

Aumento del grosor de la pared del ventrículo izquierdo por aumento del colágeno y la grasa entre las células musculares, que disminuyen en número:

1. Aumento del grosor de la capa interna de todas las cavidades cardíacas.
2. Aumento del grosor de las válvulas cardíacas, que además se calcifican.
3. Disminución de las células “marcapasos” (las células cardíacas encargadas de crear la electricidad que genera el latido del corazón), con fibrosis del tejido de conducción del impulso eléctrico. (2)

Las consecuencias de estas modificaciones son muy importantes:

- Menor capacidad de tolerancia al ejercicio, con mayor dificultad para recuperarse de él.
- Mayor dificultad tanto para llenar las cavidades cardíacas (diástole) como para vaciarlas (sístole), pudiéndose llegar a la insuficiencia cardíaca.
- Mayor dificultad para el correcto movimiento de apertura y cierre de las válvulas cardíacas, lo que a la larga influye en la función general de bomba del corazón.
- Aumento de los periodos en que se pierde el ritmo regular del corazón (arritmias), de forma que la regularidad de llenado y vaciado de las cámaras cardíacas se ve afectada. En ocasiones se pueden crear remolinos en el flujo de la sangre que pueden facilitar la aparición de coágulos que posteriormente pueden viajar por las arterias y bloquear la circulación de la sangre (trombosis y embolias) (2)

1.2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Definición:

El infarto de miocardio es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria.

En las circunstancias en las que se produce la obstrucción el aporte sanguíneo se suprime. Si el músculo cardíaco carece de oxígeno durante demasiado tiempo, el tejido de esa zona muere y no se regenera (5)

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 substrato 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). (3)

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.

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. (3)

1.2.1. Causas

La principal causa del infarto de miocardio es la obstrucción de las arterias coronarias. Para que el corazón funcione correctamente la sangre debe circular a través de las arterias coronarias. Sin embargo, estas arterias pueden estrecharse dificultando la circulación.

Si el corazón se expone a un sobreesfuerzo pueden aparecer trastornos y formar un coágulo que, a su vez, puede tapan una arteria semi obstruida. Esta obstrucción, interrumpe el suministro de sangre a las fibras del músculo cardiaco. Al dejar de recibir sangre estas fibras mueren de forma irreversible. El infarto de miocardio ocurre cuando un coágulo de sangre (trombosis coronaria) obstruye una arteria estrechada. Normalmente el infarto de miocardio no sucede de forma repentina. Puede llegar causado por la aterosclerosis, un proceso prologado que estrecha los vasos coronarios.

Existen factores que pueden acelerar que las arterias se deterioren y propiciar que se obstruyan, tal y como señala Lidón, quien destaca el tabaco, el colesterol, la diabetes y la hipertensión como algunos de los factores de riesgo cardiovascular que obligan al corazón a trabajar en peores condiciones. (5)

1.2.2. Síntomas

La descripción clásica del infarto es un dolor opresivo en el centro del pecho irradiado a brazos (sobre todo el izquierdo), cuello y espalda. “Esto es una sensación subjetiva del paciente. En algunos el dolor a veces se transforma en opresión; en otros, en malestar”. “Debido a estas diferencias subjetivas, el profesional de enfermería tiene la obligación de que, ante todo malestar que ocurra de cintura para arriba y que está afectando al paciente,

realizar un electrocardiograma que revelará si el corazón está sufriendo”.
(5)

1.2.3.Los síntomas habituales son:

- Dolor torácico intenso y prolongado, que se percibe como una presión intensa y que puede extenderse a brazos y hombros (sobre todo izquierdos), espalda e incluso dientes y mandíbula. El dolor se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Es similar al de la angina de pecho, pero más prolongado y no cesa aunque se aplique un comprimido de nitroglicerina bajo la lengua.
- Dificultad para respirar.
- Sudoración.
Palidez.
- Mareos en el diez por ciento de los casos.
- Otros: Pueden aparecer náuseas, vómitos y desfallecimiento. (5)

1.2.4. Prevención

El riesgo de padecer un infarto puede evitarse siguiendo algunas pautas de vida saludable:

- Dejar de fumar.
- Llevar una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres y cereales. “Se ha demostrado que la dieta mediterránea es la más eficiente para prevenir tanto la aparición de infartos, como de recurrencias”.
- Realizar ejercicio físico aeróbico. Los mejores ejercicios para el corazón son caminar, la bicicleta o la natación. “Caminar 30 minutos al día por la mañana y por la tarde es una garantía de éxito para la salud del corazón y ayudaría a controlar los factores de riesgo cardiovascular.
- Evitar las bebidas alcohólicas. (5)

1.2.5.Diagnóstico

La prueba más sencilla, evidente y eficaz durante el dolor para diagnosticar el infarto agudo de miocardio es el electrocardiograma. Sin embargo, si por ejemplo el paciente tiene una crisis de angina y consulta al médico entre

dolor y dolor, el electrocardiograma puede ser normal. En esas circunstancias, los especialistas pueden realizar otras pruebas, como la de esfuerzo, para ver si cuando someten al corazón a un esfuerzo se producen alteraciones en el electrocardiograma.(4)

1.2.6 Las principales pruebas diagnósticas que se realizan son:

- **Electrocardiograma**

Es la prueba fundamental para diagnosticar el infarto agudo que, además, permite analizar su evolución. Durante el electrocardiograma se mantiene monitorizado en todo momento al paciente.

La prueba revela una representación gráfica de las fuerzas eléctricas que trabajan sobre el corazón. Durante el ciclo cardiaco de bombeo y llenado, un patrón de pulsos eléctricos cambiantes refleja exactamente la acción del corazón. Esta prueba es indolora y suele realizarse con el paciente estirado y tranquilo, excepto cuando se hace durante una prueba de esfuerzo.

El electrocardiograma sólo detecta alteraciones en el momento en que se produce el dolor. Con posterioridad, se emplea únicamente para confirmar o descartar si se ha producido daño en el corazón. (4)

- **Análisis de sangre**

A través de un análisis de sangre se puede detectar el aumento de la actividad sérica de determinadas enzimas que se liberan dentro del torrente sanguíneo a causa de la necrosis que se produce durante el infarto. (15)

Para dar este dato con seguridad, los valores enzimáticos se toman por series durante los tres primeros días. Los valores máximos de estas enzimas presentan una correlación discreta con la extensión de la necrosis, aunque también se deben tener en cuenta otros factores que influyen en su grado de actividad. En definitiva, se trata de un cálculo de valores complejo.(5)

Por otra parte, también se obtienen parámetros interesantes para el pronóstico, como el nivel de colesterol, los niveles de glucosa (la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía) y de hormonas tiroideas (un tiroides hiperactivo puede producir alteraciones cardiacas).(15)

- **Prueba de esfuerzo**

Se puede hacer sobre una bicicleta estática o una cinta rodante. En la prueba el especialista colocará electrodos en el cuerpo del paciente, para registrar de forma continua el electrocardiograma, y un manguito de tensión.

Mientras el paciente pedalea o anda por la cinta rodante, el médico que supervisa la prueba observará los cambios de tensión arterial, pulso y trazado del electrocardiograma. La prueba se completa en media hora y se abandona si aparecen cambios que sugieran enfermedad en los parámetros observados o si el paciente no la tolera físicamente, por agotamiento o por dificultad para respirar.(15)

1.2.7. Estudios isotópicos

Estos estudios están asociados a la prueba de esfuerzo y consisten en el análisis del corazón con isótopos. Durante el ejercicio sobre la bicicleta o sobre la cinta rodante se inyecta una pequeña dosis de isótopo radiactivo en la vena. Mientras, un dispositivo especial registra una serie de imágenes de las localizaciones del isótopo en el corazón (las áreas oscuras indican las partes donde no llega bien el flujo de sangre).

El punto negativo de esta prueba es que los isótopos no dan información sobre la arteria bloqueada en concreto. Existen diferentes modalidades de exploración isotópica: la escintigrafía, que aumenta la sensibilidad y la especificidad de la prueba de esfuerzo en varones; la ventriculografía, que permite determinar con gran rapidez los volúmenes ventriculares y detectar zonas de movilidad anormal a causa de la isquemia, muy útiles de cara al pronóstico; y la gammagrafía, que puede detectar defectos en la expansión o contracción de la pared del corazón, señal de que las

arterias no transportan la suficiente cantidad de sangre oxigenada a la zona. (4)

1.2.8. Cateterismo cardiaco y coronariografía

Es la técnica más adecuada para determinar la posible presencia y extensión de cardiopatía isquémica.

La coronariografía permite determinar la localización y grado de obstrucción de las lesiones arteriales coronarias que puedan haberse producido. No puede realizarse cuando el paciente presenta trastornos de coagulación, insuficiencia cardiaca o disfunción ventricular. (4)

1.3.- MARCADORES CARDIACOS:

- **CK (Creatinquinasa)**, se elevan 2-4 hs después del IAM, valores máximos entre las 24 a 36 hs. La isoenzima CK – MB es específica (v > 5% del total o > 25 UI)
- **Mioglobina**. Se eleva 1-4 hs valores máximos entre las 6-7 hs. No es muy específica, también está en el musculo esquelético
- **Troponinas específicas cardiacas TnT y Tnl**, se elevan 3-12 hs, valores maximos de Tnl a las 24 hs y de TnT a las 12-48 hs. Permanecen durante 7-14 dias. La TnT se puede elevar en casos de insuficiencia renal.
- **LDH (lactato deshidrogenasa)** se eleva 8 a 48 hs, valores maximos a los 3-5 dias. No específica, estriado, eritrocitos y riñones.

1.4 TRATAMIENTO: en el hospital, los pacientes pueden recibir distintos tipos de tratamientos:

- **Oxígeno:** Suele ser la primera medida que toman los facultativos en el hospital y en la propia ambulancia.
- **Analgésicos:** En las situaciones en las que el dolor torácico persiste se administra morfina o fármacos similares para aliviarlo.
- **Betabloqueantes:** Impiden el efecto estimulante de la adrenalina en el corazón. De esta forma, el latido es más lento y tiene menos fuerza, por lo que el músculo necesita menos oxígeno.

- **Trombolítico:** Disuelven los coágulos que impiden que fluya la sangre. Para que sean eficaces deben administrarse en la hora siguiente al inicio de los síntomas y hasta las 4,5 horas aproximadamente.
- **Antiagregantes plaquetarios:** Este tipo de fármacos, como por ejemplo la aspirina, impiden la agregación plaquetaria en la formación de los trombos.
- **Calcioantagonistas.** Son bloqueadores de los canales del calcio. Impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. De esta forma disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y posibilitan que el corazón trabaje menos, por lo que disminuyen sus necesidades de oxígeno. También reducen la tensión arterial.
- **Nitratos.** Disminuyen el trabajo del corazón. En la fase aguda de un ataque al corazón suelen usarse por vía venosa y/o sublingual.
- **Digitálicos.** Estimulan al corazón para que bombee la sangre.(5)

1.4.1. OTROS TRATAMIENTOS:

- **Bypass coronario.** La intervención consiste en seleccionar una sección de una vena o arteria de otra parte del cuerpo para unirla a la arteria coronaria por encima y por debajo del área bloqueada. Así se genera una nueva ruta o puente por la que puede fluir la sangre al músculo cardíaco. (4)
- **Intervención coronaria percutánea.** El objetivo es abrir la luz de la arteria bloqueada. El especialista determinará el vaso infartado con un angiografía inicial y posteriormente realizará una angioplastia con balón del segmento trombosado pudiendo a la vez implantar un stent. En algunas ocasiones pueden extraer el trombo con un catéter aspirador.(5)

1.4.2. FACTORES DE RIESGO:

a. Factores de riesgo no modificables:

- ✓ Edad avanzada (> 55 años en varones; > 65 años en mujeres)
- ✓ Sexo masculino
- ✓ Antecedentes familiares

b. Factores de riesgo modificables:

- ✓ Hábito tabáquico
- ✓ Ingesta de alcohol

- ✓ Ingesta de sodio
- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Obesidad
- ✓ Estrés
- ✓ HTA (> 140/90 mmHg)
- ✓ DM (dependiente y no dependiente de insulina)
- ✓ Hipercolesterolemia (> 200 – 220mg/dl)
- ✓ Homocisteinemia
- ✓ Síndrome metabólico (asociado a DM, obesidad)
- ✓ Consumo de anticonceptivos orales combinados en mujeres.

c. Objetivos de enfermería:

1. Determinar la aparición o el estado del problema (PC/CP)
2. Tratar los cambios en el estado del paciente en colaboración con otros profesionales.

1.4.3. Principales Diagnósticos de Enfermería relacionados con IMA:

2. Alteración del gasto cardiaco: disminuido R/C disminución de la contractilidad miocárdica, la precarga y la pos carga
3. Alteración de la comodidad R/C presencia de dolor precordial
4. Intolerancia a la actividad física R/C desequilibrio entre el aporte y la demanda de O₂ a nivel miocárdico
5. Ansiedad R/C situación actual de la salud
6. Dolor Agudo R/C agentes lesivos biológicos y físicos.
7. Ansiedad R/C dolor y amenaza de cambio en el estado de salud
8. Riesgo De Infección R/C el aumento de secreciones acumuladas e incapacidad para su eliminación.
9. Riesgo De Estreñimiento R/C actividad física insuficiente
10. Insomnio R/C malestar físico (dolor, etc.)
11. Riesgo De Disminución De La Perfusión Tisular Cardíaca R/C alteración de la frecuencia o ritmo cardíacos
12. Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C falta de conocimientos, conflictos familiares, escasos recursos económicos m/p verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de las complicaciones.

13. Afrontamiento familiar incapacitante R/C la persona significativa m/p sentimientos crónicos inexpresados de culpa, ansiedad, hostilidad y desesperanza.
14. Desesperanza R/C abandono y estado de salud m/p falta de implicación en sus cuidados manifestaciones verbales de desesperanza.

1.5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición:

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico de la HTA y los efectos beneficiosos de su tratamiento. (2)

Así pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.(7)

1.5.1 FACTORES DE RIESGO VASCULAR:

- a) Obesidad.
- b) Resistencia a la insulina.

- c) Ingesta elevada de alcohol.
- d) Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
- e) Edad y Sexo.
- f) Sedentarismo.
- g) Estrés.
- h) Ingesta baja de potasio.
- i) Ingesta baja de calcio (12)

1.5.2. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares:

- ✓ Presión arterial sistólica y diastólica.
- ✓ Varones de edad mayor de 55 años.
- ✓ Mujeres mayores de 65 años.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Colesterol total mayor de 250 mg/dl.
- ✓ Diabetes.
- ✓ Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (mujer >65 años y varón (12)

1.5.3. Lesiones en órganos diana:

- ✓ Hipertrofia ventricular izquierda (diagnosticada por ECG, ecocardio o Rx).
- ✓ Lesión renal mínima (proteinuria y/o creatinina sérica 1,2 – 2 mg/dl).
- ✓ Placa ateroscleróticas en arterias carótida, ilíacas, femorales y aorta demostrada por ecografía o radiología.
- ✓ Estenosis focal o generalizada de las arterias retinianas por funduscopia. (12)

1.5.4. Trastornos clínicos asociados:

A. Enfermedad vascular cerebral:

- ACV isquémico
- Hemorragia cerebral
- Accidente isquémico transitorio

B. Cardiopatía:

- Infarto de miocardio
- Hemorragia cerebral

- Accidente isquémico transitorio.

C. Nefropatía

- Nefropatía diabética
- Insuficiencia renal (creatinina plasmática superior a 2 mg/dl)

D. Enfermedad vascular:

- Aneurisma disecante
- Arteriopatía sintomática

E. Retinopatía hipertensiva avanzada.

- Hemorragias o exudados
- Edema de papila.

1.5.5. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Clínica de la HTA esencial no complicada: La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de PA pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epístaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos. (15)

1.5.6. Clínica de la hipertensión arterial complicada: Las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardíaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden

desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial.

1.5.7. EXAMENES AUXILIARES:

- Creatinina sérica.
- Potasio sérico.
- Perfil lipídico.
- Glucemia.
- Uricemia.
- Hematimetría.
- Análisis de orina.
- Electrocardiograma.
- Calcemia.
- Microalbuminuria.
- Ecocardiograma
- Radiografía de tórax

1.5.8. TRATAMIENTO DE LA HTA

Modificaciones del estilo de vida

- Reducción de peso (si hay obesidad o sobrepeso)
- Reducción de la ingesta de sodio
- Reducción de la ingesta de alcohol
- Ejercicio aeróbico regular
- Abandono del tabaquismo
- Tratamiento del estrés en aquellos que parece ser un factor importante

1.5.9. Elección del antihipertensivo

- Diuréticos (D).
- Bloqueantes beta-adrenérgicos (BB).
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina(IECA).
- Bloqueantes de los canales del calcio (BC).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA)

1.5.10. HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ANCIANO

La hipertensión arterial (HTA) es un problema frecuente en el anciano, que llega a alcanzar una prevalencia de hasta el 60 al 80% en esta población. (1)

Los estudios realizados en los últimos años, han demostrado categóricamente los beneficios de la terapia antihipertensiva en éstos pacientes, tanto en la hipertensión arterial esencial así como su hipertensión sistólica aislada, la cual no debe considerarse como una manifestación normal del envejecimiento.

También hay consenso en que debería ser cauteloso en el manejo del anciano hipertenso, proceder a su evaluación inicial completa a fin de detectar otros factores de riesgos y, si es necesario, el monitoreo ambulatorio de la presión y finalmente el ensayo del tratamiento no farmacológico antes de prescribir droga alguna.

1.5.11. **CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION EN EL ANCIANO**

Debe considerarse que la clasificación de la hipertensión arterial en el anciano es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes (2):

Presión arterial óptima	< 120/ 80 mm Hg
Presión arterial normal	120-129/ 80-84 mm Hg
Presión arterial normal alta	130-139/ 85-89 mm Hg
HTA ligera	140-159/ 90-99 mm Hg
HTA moderada	160-179/ 100-109 mm Hg
HTA severa	> 180/ 110 mm Hg

1.5.12. **PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO.**

Un principio básico y muy importante, es la reducción de la presión arterial en forma gradual, a fin de disminuir al máximo los riesgos de isquemia, principalmente en pacientes con hipotensión ortostática.

Los recursos no farmacológicos como la disminución de peso, restricción de sal, ejercicio físico (modalidad isotónica con moderación), limitación de la ingesta de alcohol y abandono del hábito tabáquico (al

menos la moderación o cambio de éste hábito) debe ensayarse antes del inicio de la terapia farmacológica, ya que ello puede disminuir la presión arterial en muchos de éstos pacientes. Conviene tener en cuenta que la cumplimentación de estos puede ser menor que en otras edades.

A la hora de elegir el fármaco se deberán considerar las características del paciente (enfermedades asociadas: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, arritmias, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, etc.), así como el costo del tratamiento.

1.5.13. **BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO**

En un meta análisis reciente de estudios de las últimas décadas, se comparó el número de eventos agudos sufridos por los pacientes portadores de HTA que recibieron tratamiento y el correspondiente a los que no la recibieron durante un periodo de 5 años.

En términos relativos se puede mencionar una reducción de AVE fatales y no fatales del orden del 36%, de los infarto agudo de miocardio (IAM) fatales y no fatales del 27%, de las enfermedades coronarias del 27% y de eventos cardiovasculares de todo tipo del 32% (Estudio SHEP).(5) (10) (11)

a. Tratamiento farmacológico

El tratamiento debe iniciarse con dosis farmacológicas bajas y aumentarlas en bajas cantidades en intervalos bien espaciados en caso de ser necesario. Esta conducta gradual da tiempo al reajuste de la autorregulación de flujo sanguíneo cerebral y mejora la tolerancia del tratamiento.

La asociación de diferentes fármacos en dosis bajas es una alternativa muy válida en el anciano ya que permite un mayor efecto antihipertensivo sin sumar efectos colaterales.

Los diuréticos tiazídicos en bajas dosis (hidroclorotiazida 12,5 mg) es un fármaco de eficacia indudable y a estas dosis se evitan los efectos metabólicos adversos. Constituyen una excelente asociación para otros fármacos antihipertensivo.

Los beta bloqueantes son de primera elección en pacientes con cardiopatía isquémica.(1)

El estudio INSIGHT demostró que la nifedipina de acción prolongada era tan efectiva y segura como los diuréticos en los hipertensos de alto riesgo, con menores efectos secundarios. (6)

El estudio Syst- Eur mostró que la nitrendipina disminuía la morbimortalidad cardiovascular, así como el accidente vascular encefálico y la demencia. (7)

El estudio HOPE demostró reducción de la mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y accidente vascular encefálico no fatal en pacientes tratados con ramipril. (8)

Los resultados de varios estudios y en especial el STOP-Hipertensión 2 coinciden en que la eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardiacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar para los diuréticos, los beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio e IECA. (9)

1.6 .- TEORIA DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

La teoría de enfermería de Virginia Henderson comparte fines particulares con las necesidades del adulto mayor.

La aportación específica de la enfermera especialista en geriatría implica la promoción y mantenimiento de la salud de la persona, como el cuidado de la persona mayor enferma, así como el soporte de permanente a los cuidadores esta enfermera especialista tiene que estar capacitada para cuidar en situaciones complejas, educar, supervisar, gestionar y liderar dichos cuidados. También son vitales

todas aquellas competencias que aseguran los cuidados de la persona mayor en la etapa final de su vida, así como el apoyo y soporte emocional que debe prestarse a sus familiares. (4)

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera. (3)

1.6.1. METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. (4)

b) El Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

1.6.2. NECESIDADES SOCIALES Y HUMANAS EN EL ENVEJECIMIENTO.

a. Necesidad de comunicarse:

- ✓ El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresar sin temores su sexualidad.
- ✓ En esta independencia que necesita el anciano influyen los siguientes factores:
 - **Estado físico:**
Mantenimiento de las capacidades sensoriales y del sistema nervioso (poder ver, oler, tocar y sentir), integridad de las cuerdas vocales (para poder hablar), funcionamiento orgánico que le permita su sexualidad.
 - **Estado psíquico:**
Nivel de inteligencia que le permite la comunicación, equilibrio emocional influye en la calidad de la comunicación, la experiencia de comunicaciones inefectivas condiciona nuevas relaciones.
 - **Situación social:**
Las características del entorno influyen en una buena comunicación, el medio social y cultural en el que se desenvuelve

el anciano, la disponibilidad económica facilita la comunicación, los medios de la comunidad que favorezcan o entorpezcan la relación, los cambios rápidos de la comunicación de masas son a veces causa de problemas en la comunicación del anciano.

b. Necesidad de elegir según los valores y las creencias:

El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología o religión, frente a la propia vida o muerte, el anciano es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar, necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, esta en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia.

- ✓ En esta independencia que necesita el anciano pueden influir los siguientes factores:
 - **Estado físico.** Será un factor determinante a la hora de satisfacer autónomamente la necesidad de energía, ya que podrá exteriorizar su forma de pensar a través de gestos y expresiones.
 - **Estado psíquico.** El estado mental y el mantenimiento de las capacidades intelectuales permitirán al anciano a actuar y vivir según sus creencias, la exteriorización de sus emociones expresará la forma del anciano de vivir sus experiencias y determinará sus intereses, la expresión del deseo de búsqueda o de la esencia de la propia vida, de la naturaleza y de la energía.
 - **Situación social.** Factores culturales, educacionales, y grupal será la base de sus creencias y de sus valores sobre la vida, la religión podrá influir en la forma de actuar ante diferentes situaciones.

Ante la necesidad del anciano de elegir según los valores y las creencias **los principios de la actuación de enfermería** para el mantenimiento de la independencia, pretenderán los siguientes objetivos:

- Conocer hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y determinar sus acciones según sus valores.
- Al anciano para que sea capaz de expresar sus creencias y valores.
- Conjuntamente programas que nos den la posibilidad de expresión de sus creencias religiosas o ideológicas.
- Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:
 - Informar de la importancia de conseguir un equilibrio espiritual mediante la expresión de sus creencias.
 - Asistencia religiosa, lecturas y tranquilidad emocional.
 - Ejecución de actividades recreativas relacionadas con la forma de percibir su espiritualidad.
 - Exteriorización de sus emociones, sentimientos y opiniones en un medio receptivo.

c. Necesidad de Autorrealización:

El anciano necesita autorrealizarse, deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener sus autoestima, se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

- En esta independencia que necesita el anciano para poder autorrealizarse pueden influir los siguientes factores:
 - **Estado físico.** Un buen funcionamiento orgánico permite al anciano ser autónomo y realizar actividades de su agrado.
 - **Estado psíquico.** La capacidad psíquica mantenida, la motivación y el dar un sentido a la vida serán los factores que mantienen una actividad para que se sienta realizado.
 - **Situación social.** La situación económica permitirá al anciano el disfrute de ciertas actividades, la comunidad en que se mueva o grupo de pertenencia, le incluirán o excluirán de las actividades.

- Los **principios de la actuación de enfermería** en el mantenimiento de la independencia para conseguir y/o mantener la autorrealización del anciano se encaminará a la consecución de los siguientes objetivos:
 - Conocer gustos y aficiones del anciano.
 - Realizar educación sanitaria referente a las diferentes formas de participación social.
 - Elaborar un programa de actividades que ocupe el tiempo libre del anciano.
- Para ello se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:
 - Su pertenencia a un grupo o asociación, según sus preferencias o aficiones.
 - Se animará a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, etc.
 - Mantener sus aficiones y ayudar a fomentar sus hobbies.
- Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano para su autorrealización, estas pueden ser debidas por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de perdida, también pueden ser debidas por inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

d. Necesidad de Aprender:

El anciano necesita aprender. El anciano vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, si demuestra habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, si se plantea cuestiones, dudas y preguntas acerca de sus emociones, sentimientos y existencia.

En esta independencia que necesita el anciano para aprender influyen:

- ❖ **Estado físico.** La capacidad sensorial que mantiene es un factor preciso para favorecer el aprendizaje.

- ❖ **Estado psíquico.** Parece que el mantenimiento de las capacidades psíquicas es un factor fundamental que interviene en el aprendizaje, el estado anímico puede favorecer la satisfacción de esta necesidad, la motivación generará en el anciano el interés necesario para aprender.
- ❖ **Situación social.** El medio cultural, el estilo de vida, los problemas estructurales, la vivienda, los medios económicos condicionan el aprendizaje, los recursos que cuenta la sociedad que fomenten el interés por aprender.

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para que el anciano pueda aprender estarán basados en los siguientes objetivos:

- Conocer las inquietudes del anciano frente a su necesidad de aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Enseñar al anciano en el conocimiento de los recursos a su alcance.
- Realizar un programa para desarrollar los hábitos de aprendizaje.

Para la consecución de los objetivos marcados se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Facilitar la información precisa de los recursos y medios que cuenta para aprender.
- Reforzar el aprendizaje del anciano.
- Aconsejar al anciano la asistencia a actos de culturales de interés que se realicen en el entorno.
- Apoyar todas las iniciativas del anciano para aprender.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado, por ello se deberán vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, por otro lado deberán vigilarse

también las dificultades originados por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE

2. VALORACIÓN:

2.1 - DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre	:	D. R. P.
Fecha de nacimiento	:	25 / 07 /1950
Edad	:	66 ^a
Sexo	:	masculino
E. Civil	:	casado (vive con su esposa y sus dos hijos)
Religión	:	católico
Ocupación	:	agricultor
L. Nacimiento	:	san pedro – san marcos
Lugar de procedencia	:	San Marcos
Fecha de ingreso al servicio	:	19 /04 / 2017
Acompañante	:	hija
Procedencia	:	admisión () emergencia (x) otro hospital () otro ()
Forma de llegada	:	ambulatorio () silla de ruedas (x) camilla () otro ()
PESO	:	77 KG.
ESTATURA	:	1.60 CM

2.2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRÚRGICAS:

ANTECEDENTES PERSONALES

Infancia	:	Normales
Alergias	:	Niega

Enfermedades crónicas : HTA
Enfermedades transmisibles : Niega.
Intervenciones Quirúrgicas : Niega

Hospitalizaciones : dos veces.
Accidentes anteriores : Ninguna

- **OTROS**

No refiere.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Padres sanos.

Hermanos sanos : Hermano e hija con hipertensión,
hermana con diabetes

Hipertensión arterial : Papá

Alergias : Niega

Cáncer : Niega.

2.3. Diagnóstico médico:

❖ IMA

❖ HTA

Fuente de información: Paciente (x) Familiar (x) Otros: Historia
clínica

2.2.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente adulto mayor, de 66 años de edad, sexo masculino, se encuentra hospitalizado hace 2 días en el servicio de Medicina cama N° 81 del Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz.

Paciente refiere "Me trajeron de San Marcos en ambulancia porque me duele mucho el pecho y en San Marcos no hay especialistas, no me calma el dolor, cuando me muevo me falta hasta el aire, seguro mi presión también esta alta quiero que me pongan un remedio más fuerte para irme a mi casa porque mis animalitos están solos mi esposa también estará preocupada".

Su hija refiere, “a mi papá le duele mucho su pecho, tampoco podía respirar y él sufre de la presión pero no cumple con sus medicinas, es bien terco cuando está mal nomás toma sus pastillas, yo no tengo tiempo para atenderlos porque tengo que trabajar, pero ahora está peor porque le han puesto medicina y no le ha calmado el dolor”.

A la evaluación se encuentra sentado, despierto, lucido en tiempo, espacio, persona; Glasgow 15/15 (A.O: 4, R.V: 5, R.M: 6), piel tibia, llenado capilar < 2', poco hidratada, pálido, con sobre peso, pupilas isocóricas, foto reactivas 2.5 OD y OI, ventilando con soporte de oxígeno de cánula binasal a 5 Ltx', poco agitado, tórax simétrico, conservado, con murmullo vesicular pasa bien en ACP, ruidos cardíacos alterados, arrítmicos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, presencia de vía periférica en miembro superior derecho pasando cloruro de sodio al 9% más una ampolla de Kalium a 10 gotas por minuto, no presenta edemas, realiza deposiciones de 1 a 3 veces al día, con micción espontánea.

2.4. Funciones vitales:

P/A: 160/110mmHg

F.C:110 x'

F.R: 22 x'

Tº: 37°C.

SATO₂: 93% con CBN

2.5. Los estudios de laboratorio que se le practicaron fueron:

HEMATOLOGIA	VALOR NORMAL
• HB= 10.0 g/dl.	11 - 16 g/dl.
• HTO= 40%	37 – 54%
• PLAQUETAS= 256.000x	100 – 300 x campo
• LEUCOCITOS= 15.30 x 10	4.0 – 10 x campo
• GLUCOSA= 89 MG/dl.	70 – 120 mg/dl.
• UREA= 36 mg/dl.	10.7 – 46.5 mg/dl.
• CREATININA= 1.22 mg/dl.	0.3 – 1 mg/dl.

- ERITROCITOS 4.9 4.7a6.1 células /mcl
- LINFOCITOS, 26.9 % 15% a 45%
- MONOCITOS 5%, 3% al 10%
- **DHL 34,** 105 a 333 UI/L
- BUN 17, 6 a 20 mg/dl
- NEUTRÓFILOS 62. 45% a 75%
- TIEMPO DE TROMBOPLASTINA 40 29 – 43 seg
- **TIEMPO DE PROTOMBINA 17** 10 – 15 seg
- **CPK 210 U/I** 24 a 194 U/ml
- INR 2.53 2.5 a 3.5
- MIOGLOBINA 90 ng/ml 0 y 85 ng/ml
- CK 181UI/l 55 y 170 UI/l
- ELECTROCARDIOGRAMA DONDE SE REVELÓ EL IAM.

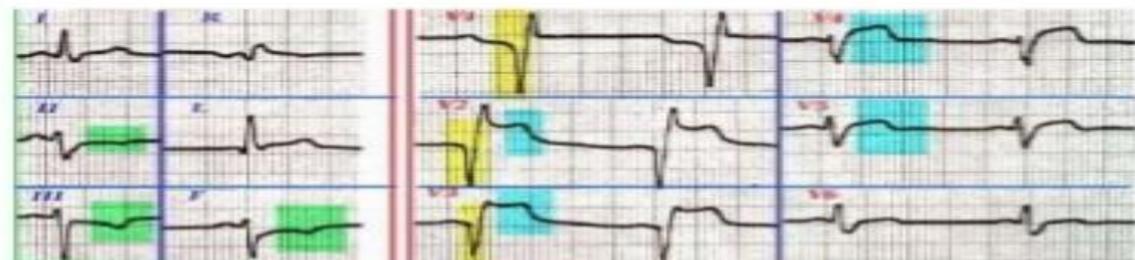
Gases en sangre: 37°C

- PH: 7.477 7.35 – 7.45
- PCO₂: 36 mmHg. 35 – 45mmHg.
- PO₂: 83.9 mmHg. 70 – 100mmHg
- FiO₂: 40%

ELECTROLITOS METABOLICOS:

- cNa⁺: 140 mmol/L. 136 – 146 mmol/ L
- cK⁺: **3.0 mmol/L.** 3.5 – 5.0 mmol/L
- cCa²⁺: 1.13 mmol/L. 2.2 – 2.6 mmol/L
- cCL⁻: 107 mmol/L. 1.2 – 1.9 mmol/L
- cHCO₃ (p.st): 27.3 mmo/L. 22 – 30 mmol/L

En la toma del EKG se observa:



- Aparición de nuevas ondas Q en el ECG
- Cambios en el ECG indicativos de isquemia (elevación o depresión del segmento ST)

2.6. El tratamiento médico 21 / 04 / 17

- Dieta blanda hipo sódica, hipograsa, asistida
- ClNa 9 % x1000 + kalium (1amp)10 gts por minuto en 24 horas
- Ketorolaco 60mg c/8 horas
- Isosorbide de 10 mg c/24 horas
- Clonazepan 0.5mg c/24 horas
- Captopril, 25 mg c/12 horas.
- Enoxiparina, 60 mg subcutánea. c/24h
- Lactulosa 30cc vo c/24 horas.
- Reposo prolongado
- O2 por CBN a 5ltsx´
- Morfina 10mg PRN

2.3.- VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

El paciente fue hospitalizado anteriormente por HTA, refiere: “Me trajeron de San Marcos en ambulancia porque me duele mucho el pecho y en San Marcos no hay especialistas, no me calma el dolor, cuando me muevo me falta hasta el aire, seguro mi presión también esta alta quiero que me pongan un remedio más fuerte para irme a mi casa porque mis animalitos están solos mi esposa también estará preocupada”.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASES	DIAGNOSTICOS
-----------------------------	---------------	---------------------

Estilo de vida poco saludable, paciente no conoce su enfermedad y pocas veces visita un establecimiento de salud, no cumple con tratamientos médicos.	Clase 2: Gestión de la salud	00078 - Gestión ineficaz de la propia salud
---	--	---

DOMINIO 2: NUTRICION

Recibe dieta blanda hipo sódica e hipoglucida, la ingesta de la alimentación se realiza bajo supervisión y asistida ya que debe realizar esfuerzos mínimos porque desatura presenta abdomen blando depresible no ligero dolor a la palpación presenta ruidos aéreos normales Su peso actual es de 77 kilogramos y una talla de 1.60 metros con una IMC de 30.08 (VN en AM= 26.6)

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Cambios de hábitos alimenticios en su domicilio Dieta blanda ingesta supervisión y asistida Peso: 77 Kg. IMC = 30..8 Piel poca hidratada, con ligera palidez	Clase 1: Ingesta	00003- Desequilibrio nutricional: superior a las necesidades relacionado con factores biológicos

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

Clase 1: F. Urinaria: micción espontanea.

Clase 2: F. Gastrointestinal; deposición 1 veces al día.

Clase 3: F. Integumentaria: no presenta sudoración nocturna.

Clase 4: Función respiratoria: desatura al mínimo esfuerzo, presenta ventilación espontanea con soporte de O2 por CBN con FiO2 de 40%, murmullo vesicular pasa bien en ACP.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>Desatura al mínimo esfuerzo, Saturación de O₂:93% con soporte de oxígeno CBN a 5Lts x' murmullo vesicular pasa bien en ACP.</p> <p>AGA: PH:7.477</p> <p>PCO₂: 36.0 mmHg.</p>	<p>Clase 4:</p> <p>Función respiratoria.</p>	<p>00030 Deterioro del intercambio gaseoso</p>
<p>Deposición 1 vez al día, reposo prolongado</p>	<p>Clase 2:</p> <p>Función gastrointestinal</p>	<p>00015 Riesgo de estreñimiento.</p>

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Clase 1: Sueño/Reposo: paciente no duerme bien por el dolor de pecho y por el ambiente hospitalario.

Clase 2: Actividad: paciente al mínimo esfuerzo se agita empieza a desaturar.

Clase 3: Equilibrio/energía: a la pregunta de cómo se siente, menciona que le duele todo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar: Frecuencia cardiaca: 110x' llenado Capilar < 2', Presión arterial: 160/110mmHg. Tórax simétrico.

Clase5: Autocuidado: Paciente presenta limitación en cuanto al aseo ya que se encuentra postrado en una cama sin poder hacer muchos movimientos.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
<p>Paciente no duerme dolor torácico.</p>	<p>Clase 1:</p> <p>Sueño/Reposo:</p>	<p>(00096) deprivación de sueño</p>
<p>Paciente al mínimo</p>		<p>(00092) intolerancia a la</p>

esfuerzo desatura.	Clase 2: Actividad:	actividad
CPK (210U/l), mioglobina (90ng/ml), CK (181UI/l) Cambios en el ECG elevación o disminución del segmento ST Aumento de la frecuencia cardiaca 110x´ Presencia de arritmias. Pulsos periféricos filiformes. P/A 160/100mm/hg	Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar:	(00228) disminución del gasto cardiaco

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICION

Clase 1: Atención: alerta

Clase 2: orientado en tiempo espacio y persona

Clase 4: Cognición; Glasgow=15 puntos (AO=4 RV=5 RM=6) pupilas isocóricas hipo reactivas a la luz, 2/2 cm OD y OI.

Clase 5: Comunicación: se puede comunicar con el paciente de forma verbal.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Clase 1: Auto concepto: bajo

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Paciente con baja autoestima.	Clase 1: AUTOCONCEPTO	(00152) Riesgo de impotencia.

Clase 2: Autoestima: Aparentemente estable

Clase 3: Imagen Corporal: Conservada.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador; vive con su esposa adulta mayor y sus 2 hijos.

Clase 2: Relaciones Familiares: se quedan solos en su casa no tiene cuidador permanente, sus 2 hijos trabajan

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Sus 2 hijos trabajan y se queda solo en su casa con su esposa no tiene cuidador permanente.	Clase 2: Relaciones Familiares	Interrupción de los procesos familiares

Clase 3: Interpretación de rol: No hay datos.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase 1: Identidad sexual: adecuada

Clase 2: Función Sexual: No hay datos

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1: No hay datos

Clase 2: Respuestas de afrontamiento; Se muestra ansioso y algo apático frente al personal de salud, temor sobre su enfermedad y por estancia hospitalaria.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Se muestra ansioso frente a su nueva estancia hospitalaria, temor sobre su enfermedad	Clase 2: Respuestas de afrontamiento;	(00146) Ansiedad (00101) Deterioro generalizado del adulto.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 1: Valores: la honradez aparentemente.

Clase 2: Creencias: profesan la religión católica.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION

Clase 1: Infección: Leucocitos 15.300/mm³,

Clase 2: Lesión física: Ausencia de lesión, postración prolongada.

Clase 5: Termorregulación: piel tibia T°: 37c°

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Ausencia de lesión, postración prolongada.	Clase 2: Lesión física.	(00047)Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Físico: Confort físico a la pregunta de cómo se siéntese responde que le duele todo con la escala de eva de 9/10.

Clase 2: Medio Ambiental: se muestra ansioso con su nuevo entorno

Clase 3: Social: No hay datos

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE	DIAGNOSTICOS
Paciente incomodo, le duele todo con la escala de eva de 9/10	Clase 1: Confort físico	(00132) dolor agudo.

2.4.- PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS.

1. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos) e/p conducta expresiva de dolor en escala de EVA 9 – 10, taquicardia FC = 110 ltx´.
2. Disminución del gasto cardiaco relacionado con disminución de la precarga, pos carga y contractibilidad cardiaca, e/p CPK (210U/l), mioglobina (90ng/ml), CK (181UI/l), Cambios en el ECG elevación o disminución del segmento ST, Aumento de la frecuencia cardiaca 110x´, Presencia de arritmias, Pulsos periféricos filiformes, P/A 160/100mm/hg
3. Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno, e/p fatiga, CBN a 5Ltx´.

4. Deprivación del sueño relacionado con malestar físico prolongado, e/p dolor toraxico.
5. Desequilibrio nutricional: Incremento superior a las necesidades relacionado con factores biológicos e/p peso = 77kg, IMC = 30.8.
6. Ansiedad relacionado con estado de salud.
7. Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con déficit de conocimientos.
8. Deterioro generalizado del adulto relacionado con apatía.
9. Interrupción de los procesos familiares relacionado con Cambio de los roles familiares.
10. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposo prolongado.
11. Riesgo de estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios y cambio de tipos de alimentos ingeridos
12. Riesgo de impotencia relacionado con baja autoestima.

2.5.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Paciente refiere “Me duele mi pecho”</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión facial según escala de EVA 9/10 • Taquicardia 110x latidos por minuto • Arritmias cardiacas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos) e/p conducta expresiva de dolor en escala de EVA 9/10, taquicardia FC = 110 ltx´. 	<p>Objetivos generales :</p> <p>Calmar el dolor</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorara la frecuencia cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluó el dolor según escala de EVA • Se observó indicadores no verbales de dolor: gestos, taquicardia, puños cerrados • Se determinó la selección del analgésico según el tipo de severidad del dolor • Se administró keterolaco 30mg 2 amp E.V. • Se realizó una valoración exhaustiva de la circulación periférica • Se Valoró las respuestas de los analgésicos. • Proporcione apoyo emocional y tranquilice al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Paciente verbalizo alivio del dolor según escala de EVA 5/10 • Frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Lic. Natalia castillo	2015	https://es.slideshare.net/nataliamcastillo127/infarto-agudo-de-miocardio-ima?next_slideshow=1	Proceso de enfermería en ima	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>No aplica</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> alteración de las enzimas cardiacas. CPK (210U/l), mioglobina (90ng/ml), CK (181UI/l) Cambios en el ECG elevación o disminución del segmento ST 	<p>Disminución del gasto cardiaco relacionado con disminución de la precarga, pos carga y contractibilidad cardiaca, e/p CPK (210U/l), mioglobina (90ng/ml), CK (181UI/l)</p> <p>Cambios en el ECG elevación o disminución del segmento ST</p> <p>PA = 160/110 y</p>	<p>Objetivos generales :</p> <p>Mejorar la efectividad de la bomba cardiaca</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente presentara disminución de los valores de CPK y Mioglobulina Paciente presentara un EKG con disminución del segmento ST Paciente presentara la frecuencia cardiaca dentro de los límites 	<ul style="list-style-type: none"> se administró oxígeno por CBN a 5 litros por minuto se monitorizo el ritmo y la frecuencia cardiaca. se colocó los electrodos del ECG y conectar al monitor cardiaco. Monitoreo de EKG de 12 derivaciones Se valora la aparición de S3 y S4 Se extrajo muestras sanguíneas para controlar los niveles de DHL, CPK MB Se monitoriza AGA de 4 	<ul style="list-style-type: none"> Pacte mejora la PA. 130/80 y la FC. 88 x'.con tendencia a mejorar los resultados de enzimas cardiacas con un CPK de 195U/l

<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia cardiaca 110x' • Presencia de arritmias. • pulsos periféricos filiformes. • P/A 160/100mm/hg 	FC = 110 X'.	<p>normales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el aumento de la presión arterial 	<p>a 6 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administro isorbide sublingual vía subcutánea, enoxiparina, y captopril de 25 mg vial oral. 	
--	--------------	---	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Lic. Jimeno Ariza Lzzet	2012	http://grupos.emagister.com/documento/pae_en_ima/1102-1088050	Modelo de atención de enfermería en pacientes con infarto	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Paciente refiere me falta el aire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno, e/p fatiga, 	<p>Objetivos generales :</p> <p>Mejorar la tolerancia a la actividad</p> <p>Objetivos específicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó cambios de posición • Se realizó cuidados cardiacos: rehabilitación • Se realiza enseñanza: actividad de ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejoro su tolerancia a la actividad siguiendo las indicaciones del equipo de salud. • Paciente mantuvo

Datos objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el EKG. • Indicadores de arritmia • Soporte de O2 	CBN a 5Ltx´.	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar el soporte de oxígeno. • Evitar arritmias cardiacas 	prescrito. <ul style="list-style-type: none"> • Se ayudó con los autocuidados: alimentación • Se ayudo con los autocuidados: baño higiene 	buena saturación de 94% con FiO2 al 21% <ul style="list-style-type: none"> • No refirió falta de aire
---	--------------	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Hospital santa rosa	2010	http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2009/GUIAS_ATENCION_ENFERMERIA_SERV_UCI%202009.pdf	HOSPITAL SANTA ROSA GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Datos subjetivos No aplica Datos objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Reposo prolongado • Envejecimiento • Piel semi 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposo prolongado 	Objetivos generales : Evitar deterioro de la integridad cutánea Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la buena circulación sanguínea de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Se cambió de posición según indique el estado de la piel cada dos horas • Se colocó al paciente con una línea corporal adecuada • Se mantentuvo la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente no presento deterioro de la integridad cutánea • Mantuvo buena circulación sanguínea de la piel

<p>hidratada</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteración de la circulación 		<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> Se vigilo el estado de oxigenación antes y después del cambio postural 	
<p>Datos subjetivos</p> <p>No aplica</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> Reposo prolongado Malos hábitos alimentarios Cambio en el tipo de alimentos ingeridos 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios y cambio de tipos de alimentos ingeridos 	<p>Objetivos generales :</p> <p>Evitar estreñimiento</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar los hábitos alimentarios 	<ul style="list-style-type: none"> Se comprobó movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si es necesario Se enseñó al paciente/familia a mantener un diario de comidas Se ajustó la dieta al estilo del paciente según cada caso Se comprobó la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico Se brindó líquidos por vía oral. Se mantuvo el nivel de flujo intravenoso prescrito. Se administró lactulosa según prescripción medica 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente no presento estreñimiento durante su estancia hospitalaria Mejoro sus hábitos alimenticios.
<p>Datos subjetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de impotencia 	<p>Objetivos generales :</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se proporcionó una respuesta positiva a la 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente mejoro su autoestima

<p>No aplica</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento • Se siente solo • Enfermedad crónica (HTA) 	<p>relacionado con baja autoestima</p>	<p>evitar la baja autoestima</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aplica 	<p>aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dialogó con el paciente el grado de la responsabilidad del estado de salud actual. • Se fomentó la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad • Se brindó apoyo emocional • Se escuchó las expresiones de sentimientos y creencias 	<p>personal.</p>
---	--	---	--	------------------

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
NANDA, NIC, NOC	2010	http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=e9e00fc9f7b981d8a0ba313ea10d45a92356c866	Plan de atención	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Paciente refiere: “Estoy preocupado”</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad relacionado con estado de salud. 	<p>Objetivos generales :</p> <p>Diminuir la ansiedad</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aplica 	<ul style="list-style-type: none"> • Explique al paciente los efectos de su enfermedad y los procedimientos a los que será sometido. • Explique al paciente técnicas de relajación mediante respiraciones lentas y profundas. • Solicite al paciente la redemonstración de las técnicas de relajación. • Administre benzo-diacepinas según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente manifiesta alivio, acepta el tratamiento y sigue las indicaciones médicas. • No manifiesta expresión de preocupación.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Lic. Rocio Rivera	2012	At https://es.scribd.com/doc/15899495/PROCESO-DE-ENFERMERIA-EN-PSICOLOGIA	Modelo de atención de enfermería en salud mental	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Paciente refiere que sus 2 hijos trabajan y se queda solo en su casa con su esposa no tiene cuidador permanente.</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de familiares • En la visita se observa a un solo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de los procesos familiares relacionado con Cambio de los roles familiares e/p ausencia de los familiares. 	<p>Objetivos generales :</p> <p>Motivar a la familia para ayudar al paciente en la recuperación de salud</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a la familia sobre la importancia de la presencia en el proceso de recuperación del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se favoreció relaciones familiares positivas mediante el dialogo con apoyo de servicio social. • Se dio apoyo emocional a la familia • Se realizó una sesión educativa a familiar • Se orientó sobre la importancia de la familia con apoyo de psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar refiere que se integrara al proceso de recuperación del paciente. •

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Lic. Jimeno Ariza Lzzet	2012	http://grupos.emagister.com/documento/pae_en_ima/1102-1088050	Modelo de atención de enfermería en pacientes con infarto	

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.- CONCLUSIÓN

- a. El proceso de enfermería es una herramienta sistematizada que nos lleva a cumplimiento de actividades en bien de la salud del adulto mayor, el personal interactúa con el paciente, la familia para afianzar cuidados en bien del paciente.

- b. La percepción de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es medianamente desfavorable, debido que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, despreocupación frente a sus necesidades, falta de amabilidad al atenderlo, despreocupación frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludan, no les dicen cómo se llaman, no los llaman por su nombre, muestran indiferencia por el ambiente de la unidad así como por los ruidos que dificultan su descanso y el desinterés por su alimentación.

- c. Utilizar un modelo de Enfermería en la práctica permite guiar de manera ordenada y sistematizada el trabajo del enfermero o enfermera por intermedio del proceso de enfermería, además define claramente el rol que se cumple basado en fundamentos propios de la disciplina. En este contexto el modelo de necesidades de Virginia Henderson entrega muchos elementos para las necesidades propias del adulto mayor, logrando mejorar la calidad de vida.

3.2.- RECOMENDACIONES

1. Capacitar permanentemente al personal de enfermería e implementar estrategias para garantizar el cuidado que ofrece el enfermero al interactuar con el paciente, basada en las necesidades de salud tanto del paciente como de las familias que tengan en su cuidado adultos mayores y así poder mejorar la calidad de vida.
2. Reiterar a los profesionales de enfermería, la capacidad y el compromiso que tienen frente al cuidado del adulto mayor, creando un ambiente armonioso, teniendo en cuenta el sufrimiento del paciente, sin olvidar que la esencia de la profesión de enfermería es fundamentalmente el cuidado humano frente al más necesitado, cuidado enmarcado en una serie de valores éticos y morales, afianzando el espíritu de vida y esperanza en el adulto mayor
3. El Departamento de Enfermería y/o el Servicio de Medicina elabore o diseñe estrategias orientadas con modelos de las teoristas de enfermería para la sensibilización del personal de enfermería, sobre la atención, el trato y/o satisfacción al usuario, para que pueda contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda al usuario en el servicio y a su vez realizar trabajos de investigación en otros servicios a fin de saber cuál es la calidad de atención de enfermería en el adulto mayor con IMA y HTA.

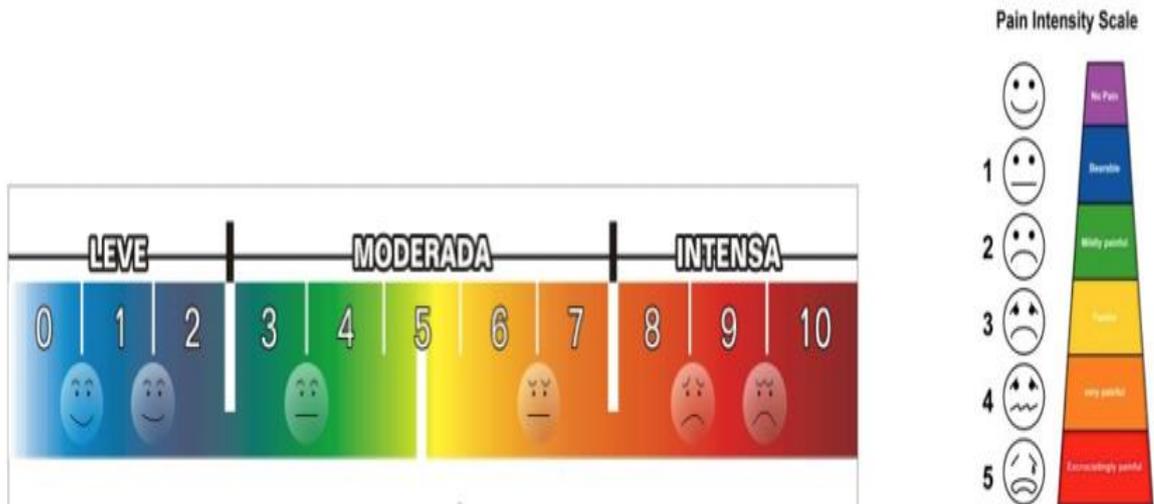
3.3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nava BRB, Arce GE, Torres RMI, Hernández JY. Proceso de enfermería para pacientes con infarto agudo al miocardio. Revista de Enfermería IMSS 2010; 11(3): 151-158.
2. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2014-2017. Madrid
3. McCloskey, Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2011.
4. Johnson, M. Maas, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). 3ª Ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 2010
5. Rodríguez SBA. Proceso Enfermero. Guía de valoración del adulto mayor. 2ª. Ed. Guadalajara: Ediciones Cuellar; 2011.
6. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman (NIC); 2010
7. Nieto MMJ, García F, Atrio PML. Plan de cuidados a pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. Revista de cardiología 2008.
8. Jose Carlos Milan Calenti “Gerontología Y Geriatria Valoración E Intervención” editorial panamericana M- 37001 – 2010
9. Misericordia Garcia Hernandez, Rosa Martinez Sellares “enfermeria y envejecimiento” editorial fotoletra B – 15.926 - 2012
10. Esquivel MCG, Gámez CJA, Villas FF, García EFA, Martínez MJA, Aguirre GB, Velazco RVM. Ansiedad y depresión en síndrome coronario agudo. Revista de medicina interna y crítica 2009; 6(1):18-23.
11. Mazarraza AL, Bes CG, Sánchez MA, Sánchez GA, Merelles TA, Aparicio RV. Salud pública y enfermería comunitaria. 2ª. Ed. Volumen 1. Colombia: Mc Graw Hill; 2003.
12. Tejada TLM, Grimaldo MBE, Maldonado RO. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Revista de salud Pública y Nutrición 2006. 7 (1).
13. http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepciones_diabetes.htm

14. <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/infarto-miocardio.html>
15. Castro R, Campero L, Hernández B. Research on social support and health: current status and new challenges. *Revista de salud pública* 1997; 31(4):425-435.
16. Constable R. Educación familiar y terapia familiar: guía para el cambio en las relaciones. *Revista Estudio sobre educación* 2008; 6: 9-26
17. Pagán SRH. El beneficio de mantenerse activo. *Jornada de oriente* 2008; Disponible en:
<http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2008/07/24/puebla/s1est12.php>

3.4.- ANEXOS

Escala de EVA



IMC DEL ADULTO MAYOR

Tabla II. Peso en kg y el IMC, de la población en estudio según sexo, edad y activos y sedentarios.

Edad	Mujeres				Hombres			
	Sedentarias		Activas		Sedentarios		Activos	
	kg	IMC	kg	IMC	kg	IMC	kg	IMC
60-64	68,4	29,3	67,9	27,4,4	84,8	29,4	*73,1	26,5
65-69	71,2	28,8	59,3	25,1	71,1	26,6	67,9	25,9
70-74	68	30,1	65,4	28,6	68	25,4	68,4	23,2
75-79	72,3	32,5	*59,1	24,4	63,7	23,9	*71,5	25
>80	59,6	26,2	---	---	62,3	24,7	56,8	22,8

p≤0,05

