

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



TRABAJO ACADEMICO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

PRESENTADO POR:
LIC: EDER MUÑOCO LIMAYMANTA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO ADULTO

ASESOR:
Mg. ZOBEIDA CAMARENA VARGAS

Lima, Perú

2018

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPITULO I: MARCO TEORICO	4
1.1 Bases teóricas.....	4
1.1.1 Infarto Agudo de Miocardio (IMA)	4
1.1.1.1 Etiología.....	5
1.1.1.2 Factores de riesgo	6
1.1.1.3 Cuadro clínico inicial	7
1.1.1.3.1 Síntomas y signos	7
1.1.1.3.2 Ecocardiografía	8
1.1.1.3.3 Electrocardiograma (ECG)	8
1.1.1.3.4 Indicadores biológicos cardíacos.....	9
1.1.1.4 Pronóstico.....	9
1.1.1.5 Evaluación diagnóstica	9
1.1.1.6 Estrategias diagnósticas	10
1.1.1.7 Tratamiento médico	11
1.1.1.7.1 Terapéutica antiisquémica.....	11
1.1.1.7.2 Antitrombóticos.....	12
1.1.1.8 La intervención coronaria percutánea.....	13
1.1.1.9 La terapia fibrinolítica	13
1.1.2 Teorías de enfermería	14
1.1.2.1 Enfoque de Dorothea Orem.....	14
1.1.2.2 Enfoque de Elizabeth Lenz	14
1.1.2.3 Cuidado de enfermería	17
CAPITULO II: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	20
2.1 Valoración de enfermería.....	20
2.1.1 Datos de filiación.....	20
2.1.2 Situación problemática.....	20
2.1.3 Exámenes auxiliares y laboratorio	21
2.1.4 Diagnóstico médico: IMA ST ELEVADO	22
2.1.5 Motivo de consulta	22

2.1.6 Antecedentes personales	23
2.1.7 Hábitos nocivos.....	23
2.1.8 Hábitos alimenticios	23
2.1.9 Antecedentes familiares.....	23
2.1.10 Exámen físico	23
2.2 Valoración de enfermería según dominios.....	25
2.3 Diagnósticos de enfermería	28
CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
3.1 Conclusiones.....	37
3.2 Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

RESUMEN

El proceso de atención de enfermería es una herramienta importante para la prestación de cuidados de enfermería de manera oportuna y efectiva, para resolver los problemas que presente el paciente. Sin embargo, en la práctica clínica, no constituye una práctica habitual, por lo que con la finalidad de facilitar la labor de los enfermeros, es conveniente desarrollar instrumentos que faciliten su aplicación, como a través de los planes de cuidados estandarizados.

En este sentido, el infarto agudo de miocardio constituye la manifestación más significativa de la cardiopatía isquémica, siendo esta, a su vez, la causa más frecuente de mortalidad entre las enfermedades cardiovasculares.

Por ello, el presente trabajo establece un plan de cuidados de enfermería estandarizado para los pacientes que padecen de esta patología, infarto agudo de miocardio, para que sirva de guía de intervenciones de enfermería a los enfermeros y así puedan brindar cuidados de atención de enfermería de calidad a dichos pacientes. En la elaboración del presente trabajo se ha seguido el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, Orem (1993) señala que la Teoría sobre Déficit de Auto-Cuidado en Enfermería expresa una acumulación de visiones que integran una variedad de información fundamental a partir de situaciones de la práctica de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Diagnóstico de enfermería, Cuidado de enfermería, Infarto del miocardio.

ABSTRACT

The process of nursing care is an important tool for the provision of nursing care in a timely and effective manner, to solve the problems presented by the patient. However, in clinical practice, it is not a usual practice, so in order to facilitate the work of nurses, it is convenient to develop instruments that facilitate their application, such as through standardized care plans.

In this sense, acute myocardial infarction is the most significant manifestation of ischemic heart disease, which is, in turn, the most frequent cause of mortality among cardiovascular diseases.

Therefore, this work establishes a standardized nursing care plan for patients suffering from this pathology, acute myocardial infarction, to serve as a guide for nursing interventions to nurses and thus provide care nursing care of quality to said patients. In the elaboration of the present work, Dorothea Orem's self-care model has been followed, Orem (1993) points out that the Theory on Self-Care Deficit in Nursing expresses an accumulation of visions that integrate a variety of fundamental information from situations of the practice of nursing.

Key words: Nursing, Nursing diagnosis, Nursing care, Myocardial infarction.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería incluye la valoración, diagnósticos, los objetivos, ejecución y evaluación que se presentan en situaciones específicas para los pacientes, individuos, usuarios con problemas de salud determinados. Por ello, se debe desarrollar el proceso de atención de enfermería estandarizado específico debido a que según los datos del MINSA, las enfermedades cardiovasculares son la tercera causa de muerte en el Perú. Se elige el infarto agudo de miocardio entre las enfermedades cardiovasculares ya que esta es la manifestación más significativa de la cardiopatía isquémica, siendo a su vez la causa más frecuente de mortalidad en el grupo de las enfermedades cardiovasculares que aquejan a las personas.

Asimismo, se elabora este proceso estandarizado específico para este tipo de pacientes debido a que 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 con el paciente para brindarle herramientas útiles en el manejo de su enfermedad y tratamiento de manera inmediata y oportuna, 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 disminuye la incidencia de la enfermedad y además, la prevención secundaria de los mismos disminuye la aparición de nuevos episodios isquémicos.

De esta forma, el objetivo de este trabajo es ofrecer una planificación estándar de los cuidados de enfermería apropiada a pacientes que hayan sufrido un IMA y que sirva de guía para poder brindar cuidados de enfermería de calidad a dichos pacientes.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 Bases teóricas

1.1.1 Infarto Agudo de Miocardio (IMA)

Según Elousa (2006), el Infarto Agudo de Miocardio (IMA) es un síndrome clínico, electrocardiográfico que tiene una elevada mortalidad, a nivel mundial es de aproximadamente un 30%, y entre el 50% y 60% de estos pacientes fallecen antes de llegar al hospital. La mortalidad en el hospital es de aproximadamente 10%. Estos pacientes se separan en dos grupos según resultados del primer electrocardiograma (ECG) que se efectúa, los que tienen infarto del miocardio con elevación de segmento ST con o sin ondas Q (IMEST) y los que tienen Infarto del Miocardio sin elevación de segmento ST (IMSEST) y sin ondas Q.

Señala que se considera a James Bryan Herrick la primera descripción del cuadro clínico del Infarto del Miocardio mediante un artículo publicado en la revista JAMA en el año 1912, a pesar de haber existido algunas aisladas observaciones con anterioridad, su artículo fue el más influyente en la época. También fue uno de los primeros en fomentar el electrocardiograma en el diagnóstico de infarto de miocardio en el año 1918.

En este sentido, por muchos años fue un diagnóstico poco frecuente, pero tras la difusión de la electrocardiografía clínica, pasó a considerarse una de las primeras causas de muerte en muchos países. Por mucho tiempo, el diagnóstico del Infarto Agudo de Miocardio se basó en los criterios establecidos en el año 1979 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales eran criterios de tipo epidemiológico y dirigidos a la especificidad.

Según Degano (2013), en el año 2000 la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC) propusieron un concepto más clínico basada en un Infarto Agudo de Miocardio, en evolución o reciente. En el 2007, la Sociedad Europea de Cardiología, la American College of

Cardiology Foundation, la American Heart Association y la Federación Mundial de la Salud (ESC / ACCF / AHA / WHF) revisaron los criterios del año 2000 y definieron al Infarto Agudo de Miocardio como un evento clínico irreversible, a consecuencia de la muerte de los miocitos cardíacos (necrosis de miocardio), causado por la isquemia.

Para Minsa (2013), en los últimos años los criterios utilizados para definir o diagnosticar un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) difieren levemente dependiendo de las circunstancias del cuadro clínico del paciente: los sospechosos de IAM en base a su presentación, los sometidos a cualquier derivación de la arteria coronaria del injerto o la intervención percutánea, o aquellos que han sufrido detención súbita inesperada, cardíaca, con o sin la muerte. En el Perú, el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) es la tercera causa de muerte. Predominan pacientes de sexo masculino en un grupo de edad entre 60 y 69 años.

1.1.1.1 Etiología

Para Collen (2006), en más del 90% de los enfermos con infarto agudo de miocardio se produce un trombo agudo en una arteria coronaria aterosclerótica, frecuentemente por la rotura de una placa ateromatosa que se vuelve inestable o inflamada y ocluye la arteria que riega la región lesionada. Esto expone el material trombogénico, lo que activa a las plaquetas y la cascada de la coagulación. La alteración de la función plaquetaria provocada por el cambio endotelial de la placa aterosclerótica contribuye a la trombogénesis. El trombo resultante interfiere bruscamente con el flujo sanguíneo en algunas zonas del miocardio, produciendo una necrosis tisular. Los ateromas que producen la obstrucción pueden romperse y producir una trombólisis en más del 50% de los casos.

La tromboembolia espontánea se produce en aproximadamente 2/3 de los pacientes; 24 horas después, la oclusión trombótica sólo se encuentra en el 30%, aproximadamente. En raras ocasiones se debe a una embolia arterial,

como por ejemplo, estenosis mitral o aórtica, endocarditis infecciosa. Se ha encontrado que el consumo de cocaína y otras causas de espasmo coronario a veces pueden producir un IAM. Los estudios de autopsia y angiografía coronaria han demostrado que la trombosis coronaria provocada por cocaína u otras causas de espasmo coronario pueden presentarse en arterias coronarias normales o aterosclerótica, o superponerse a un ateroma preexistente. Asimismo, se han reconocido otros fenómenos fisiopatológicos que contribuyen a veces a la aparición y evolución de IAM, tales como lo siguiente:

1) Obstrucción mecánica progresiva, por ejemplo, en la aterosclerosis coronaria de evolución rápida o una nueva estenosis después de una intervención coronaria percutánea.

2) Angina inestable secundaria, que depende de la mayor demanda de oxígeno por el miocardio, del menor aporte de dicho gas como es el caso de la anemia y la taquicardia, o de ambos factores, a lo que se sobreañade la obstrucción de las arterias coronarias.

1. 1.1.2 Factores de riesgo

Según Arango (2007), la hipertensión arterial, el hábito de fumar, los antecedentes patológicos familiares y la hipertrigliceridemia se comportan como factores de riesgo para la aparición del infarto agudo de miocardio. Entre los factores de riesgo vinculados a un grado intermedio de posibilidad de un Síndrome Coronario Agudo (SCA) en pacientes con el cuadro clínico de esta afección, están tener más de 70 años, pertenecer al sexo masculino, tener diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, y estrés mantenido, como también mostrar enfermedad identificada de tipo cerebrovascular o arterial periférica, y antiguas anomalías en el electrocardiograma.

1.1.1.3 Cuadro clínico inicial

1.1.1.3.1 Síntomas y signos

Según Gonzales (2007), en la exploración, los datos se asemejan a los que presentan las personas con angina estable y quizá no tengan gran notoriedad. Aproximadamente 2/3 de los enfermos experimentan síntomas horas antes del episodio, como angina inestable o en aumento, disnea o fatiga. El primer síntoma de infarto agudo de miocardio suele ser un dolor visceral, subesternal, profundo, descrito como fijo y continuo o de presión, muchas veces con irradiación a la espalda, mandíbula, cuello, hombro izquierdo o brazo izquierdo. El dolor es similar al de la molestia de la angina de pecho, pero suele ser más intenso, duradero y aliviado poco o sólo temporalmente por el reposo o la nitroglicerina. Sin embargo, las molestias pueden ser muy leves y, quizá el 20% de los IAM agudos son silentes o no son reconocidos como enfermedad por el paciente. Las mujeres pueden tener molestias torácicas atípicas. Los enfermos de edad pueden quejarse de disnea, más que de dolor torácico de tipo isquémico. En los episodios graves, el enfermo se siente aprensivo y puede notar una muerte amenazante.

Pueden presentarse náuseas y vómitos, especialmente en el infarto agudo de miocardio inferior. El paciente suele presentar dolor intenso, estar inquieto y aprensivo, con piel pálida, fría y diaforética. Puede ser evidente la cianosis periférica o central. El pulso puede ser filiforme y la presión arterial variable, aunque en muchos enfermos inicialmente aparece cierto grado de hipertensión, a menos que esté desarrollándose un shock cardiogénico. A la auscultación, los ruidos cardíacos suelen ser algo distantes; tercero o cuarto ruido cardíaco ausentes o presentes (o ambos), la presencia de un cuarto ruido es casi universal. Puede haber un soplo sistólico suave, soplate (reflejo de la disfunción del músculo papilar) y disfunción valvular (insuficiencia mitral).

En la valoración inicial, un frote o soplos más llamativos indican una cardiopatía preexistente u otro diagnóstico. El descubrimiento de un roce al cabo de unas horas después del comienzo de los síntomas de IAM (infarto agudo de

miocardio), es claramente raro y puede indicar una pericarditis aguda, más que un IAM. Los roces, generalmente evanescentes, son frecuentes los días 2 y 3 post-IAM (infarto agudo de miocardio) en los infartos con onda Q.

1.1.1.3.2 Ecocardiografía

La ecocardiografía bidimensional transtorácica con efecto Doppler de flujo en color de imágenes, es la prueba no invasiva más útil en general, obtenida en la admisión o en la temprana evolución intrahospitalaria. La ecocardiografía se usa de manera eficiente para evaluar la función cardíaca global y regional y permite al médico evaluar posibles complicaciones del IAM. La sensibilidad y especificidad de la ecocardiografía para la evaluación del movimiento de la pared regional, son altas (> 90%), aunque la edad de la anomalía deben distinguirse clínicamente o por ECG (electrocardiograma). La ecocardiografía es útil para determinar la causa del fallo circulatorio con hipotensión (hipovolemia relativa, insuficiencia VI, la insuficiencia del ventrículo derecho (VD), o complicación mecánica del infarto agudo de miocardio).

La ecocardiografía también puede ayudar a diferenciar la pericarditis y perimiocarditis del infarto agudo de miocardio. La ecocardiografía Doppler es indicada para evaluar un nuevo soplo y otras posibles complicaciones mecánicas del IAM (disfunción del músculo papilar o rotura, defecto septal ventricular agudo, rotura de la pared libre del VI con taponamiento o pseudoaneurisma).

Después del evento, la ecocardiografía se puede usar para evaluar el grado de recuperación del miocardio, el grado de disfunción cardíaca residual y las indicaciones de enzima convertidora de angiotensina (ECA) y otras terapias para la insuficiencia cardíaca, y la presencia de aneurisma del VI y trombo mural (que requieren anticoagulantes orales) .

1.1.1.3.3 Electrocardiograma (ECG)

Es fundamental realizar un electrocardiograma a los pacientes con síntomas de

cardiopatía isquémica, pues permite distinguir entre IAM st elevado y el IAM st no elevado para aplicar el tratamiento terapéutico adecuado. Los pacientes con IAM st elevado sufren un IAM más extenso, relacionado con una trombosis transitoria u oclusión arterial coronaria incompleta.

El electrocardiograma presenta cambios según la localización y evolución del IAM, de manera que puede ser normal cuando el paciente acuda a emergencias con síntomas isquémicos y al cabo de pocas horas presentar signos de IAM manifestados cuando se produce el daño celular. En los casos que el paciente tiene un ECG (Electrocardiograma) no diagnóstico de infarto agudo de miocardio, el diagnóstico dependerá de los marcadores cardíacos séricos y del ECG (electrocardiograma) repetido a las 6-8 horas.

1.1.1.3.4 Indicadores biológicos cardíacos

Según Echanove (1997), los pacientes con angina inestable que tienen mayores niveles de enzimas cardíacas, como la CK-MB (estroptoquinasa) y de contenidos celulares como la troponina I (un indicador mucho más específico de necrosis del miocardio), la troponina T y la mioglobina, están expuestos a mayor riesgo de muerte o de recurrencia del infarto del miocardio. Los niveles altos de estos indicadores son los que permiten diferenciar a sujetos con IAM, de los que tienen angina inestable. Se advierte una relación directa entre la magnitud del incremento del nivel de troponinas y la cifra de mortalidad.

1.1.1.4 Pronóstico

Los valores plasmáticos de troponinas proporcionan una información pronóstica adicional a la de los parámetros clínicos, lo que apoya el diagnóstico de IAM. No se han demostrado diferencias claras en la relación pronóstica de las troponinas, pero sí la asociación de marcadores biológicos diversos, incluidos la proteína C reactiva y el péptido natriurético auricular.

1.1.1.5 Evaluación diagnóstica

La primera medida para valorar a pacientes con posible IAM es definir la

posibilidad de que la arteriopatía coronaria sea la causa de los síntomas iniciales. El diagnóstico de esta entidad se corrobora en 20% a 25% de dichos enfermos. Las directrices incluyen varios de los factores mencionados anteriormente, vinculados con una alta posibilidad de un Síndrome Coronario Agudo (SCA), los antecedentes clínicos típicos de molestias isquémicas, el antecedente de arteriopatía coronaria definida por angiografía, haber sufrido un infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, cambios nuevos en los trazos del ECG(electrocardiograma), o elevación de los indicadores biológicos cardíacos.

1.1.1.6 Estrategias diagnósticas

Con estos cuatro elementos diagnósticos importantes, que se utilizan para confirmar la presencia de un infarto agudo de miocardio, los objetivos buscados son:

- 1) Identificar o descartar infarto del miocardio (por empleo de indicadores cardíacos);
- 2) Valorar la isquemia en reposo (dolor retroesternal en reposo, ECG (electrocardiograma) seriado o continuo),
- 3) Evaluar en busca de arteriopatía coronaria notable (por pruebas de esfuerzo como factor de estimulación).

Las estrategias típicas comienzan con la evaluación de la posibilidad de que los síntomas iniciales dependan de isquemia. Las personas con poca posibilidad de isquemia, por lo común se tratan de acuerdo con una ruta crítica que se sigue en el servicio de urgencias en algunas instituciones. La evaluación de los pacientes en tal situación incluye la monitorización clínica, es decir, la vigilancia seriada para identificar molestias isquémicas repetitivas, la obtención seriada de electrocardiogramas y la medición de indicadores cardíacos que se realiza en forma típica con una primera medición (basal) y repeticiones a las 4 a 6 h y 12 h después de la atención inicial al enfermo. Si se identifican nuevos incrementos del nivel de indicadores cardíacos (actualmente estreptoquinasa y

troponinas) o cambios electrocardiograficos, se hospitalizará al enfermo. Si el paciente permanece sin dolor y los indicadores son negativos, se podrá practicar una prueba de esfuerzo, a las 6 h después de acudir el individuo al servicio de urgencias o al "centro de dolor retroesternal", o en forma extrahospitalaria, en un plazo de 72 h.

Para la mayoría de los enfermos, se utiliza la prueba corriente de esfuerzo en banda , pero para los que tienen anormalidades fijas en los trazos ECG (como sería bloqueo de rama izquierda del haz de His) se utiliza gammagrafía de perfusión o ecocardiogramas. En el caso de personas que no pueden caminar, se utilizan fármacos para la prueba mencionada (estimulación). Si se demuestra riego normal del miocardio, los datos de gammagrafía con sestamibi o talio serán útiles para ahorrar al enfermo hospitalizaciones innecesarias al descartar la presencia de isquemia aguda.

1.1.1.7 Tratamiento médico

Para Collen (2007) es necesario someter a la persona con infarto agudo de miocardio a reposo absoluto con vigilancia electrocardiografica continua en busca de desviación del segmento ST y valoración del ritmo cardíaco. Se permite la ambulación si no reaparece la isquemia (molestia clínica o cambios electrocardiograficamente) y no se detecta un indicador cardíaco de necrosis, durante 12 a 24 h. Las medidas médicas incluyen las terapéuticas simultáneas Anti-isquémica y antitrombótica.

1.1.1.7.1 Terapéutica antiisquémica

El tratamiento inicial debe incluir la administración de nitratos y bloqueadores de los receptores betaadrenérgicos (beta bloqueadores) para lograr alivio del dolor retroesternal y evitar que reaparezca:

- Nitratos: Los nitratos se administrarán en primer lugar por vía sublingual o en aerosol en la zona vestibular de la boca (0.3 a 0.6 mg), si el paciente siente dolor por isquemia. Si la molestia no cede después de tres dosis

aplicadas con una diferencia de 5 min, se recomienda la aplicación intravenosa de nitroglicerina (5 a 10 g/min usando catéteres o tubos que no absorban el fármaco). La velocidad de goteo puede aumentarse 10 g/min cada 3 a 5 min, hasta que cedan los síntomas o disminuya la tensión sistólica a menos de 90 mmHg. Una vez que ha cedido el dolor, se pueden usar nitratos tópicos o de administración oral o pueden sustituir a la nitroglicerina intravenosa, si el sujeto está ya asintomático durante 12 a 24 h. Las únicas contraindicaciones absolutas para usar nitratos son la hipotensión.

- Bloqueadores betaadrenérgicos (beta bloqueadores): Estos agentes constituyen otro de los elementos fundamentales en el tratamiento de la isquemia. Se recomienda la administración intravenosa de beta bloqueadores, seguida de su administración oral, con el objeto de procurar que la frecuencia cardíaca llegue a 50-60 latidos por minuto. En personas que muestran síntomas persistentes o recurrentes después de recibir dosis completas de nitratos y beta bloqueadores y en individuos con contraindicaciones para usar el bloqueo beta, se utilizarán bloqueadores de los canales del calcio con propiedad bradicárdica, es decir, verapamilo o diltiazem. Otros fármacos que se pueden usar son los inhibidores de la ECA y los inhibidores de la reductasa de HMGCo (estatinas) para la prevención secundaria a largo plazo. Si el dolor persiste a pesar de la aplicación intravenosa de nitroglicerina y el bloqueo betaadrenérgico, se podrá administrar 1 a 5 mg de sulfato de morfina por vía intravenosa, cada 5 a 30 min, según se requiera.

1.1.1.7.2 Antitrombóticos

Los antitrombóticos constituyen otro recurso decisivo para tratar el infarto agudo de miocardio. El tratamiento inicial debe incluir la aspirina, que es inhibidora de la ciclooxigenasa plaquetaria. El clopidogrel, una tienopiridina, que bloquea el receptor adenosínico de plaquetas (en combinación con la aspirina), permite

una disminución relativa de 20% de la mortalidad de origen cardiovascular, de la frecuencia de infarto del miocardio o de accidente apoplético, en comparación con la aspirina sola en pacientes con infarto agudo de miocardio y riesgo pequeño o alto, pero conlleva un incremento moderado de la frecuencia de hemorragias graves (1% absoluto), efecto que es más notorio en pacientes que se someten a injerto de derivación de arteria coronaria.

Se ha demostrado que el tratamiento previo con clopidogrel disminuye los resultados adversos que acompañan a una intervención coronaria percutánea (PCI) y que surgen después de esta intervención. Tanto en los pacientes tratados de forma conservadora como en los sometidos a PCI, se ha observado un beneficio ininterrumpido con el tratamiento a largo plazo (en promedio de un año) con la combinación de clopidogrel y aspirina; la combinación en cuestión se recomienda en todos los individuos con IAM que no muestran un peligro excesivo de hemorragia.

1.1.1.8 La intervención coronaria percutánea

Según Collen (2006), si una intervención coronaria percutánea (PCI) de alta calidad está disponible, varios estudios han demostrado una mayor supervivencia en comparación con la terapia fibrinolítica con una menor tasa de hemorragia intracraneal e IAM recurrente. Como resultado, de la actualización en el 2007 enfocada de la ACC / AHA: Directrices para el tratamiento de pacientes con IAM (infarto agudo de miocardio) recomienda el uso de la PCI (intervención coronaria percutánea) primaria para cualquier paciente con un infarto agudo de miocardio que pueda someterse al procedimiento dentro de los 90 minutos del primer contacto médico por expertos en este tipo de cirugía.

1.1.1.9 La terapia fibrinolítica

Según Maza (2011) La fibrinólisis se puede considerar cuando han pasado máximo 24 horas después de la aparición de los síntomas, el paciente tiene dolor de pecho en curso o tartamudez y la PCI (intervención coronaria percutánea) no está disponible. En general, no mejora los resultados en los

pacientes que presentan menos 12 horas y por tanto no se indica en los que son estables y asintomáticos.

1.1.2 Teorías de enfermería

Desde la perspectiva de enfermería se ha contemplado el síntoma en y para los orígenes de teorías como Dorothea Orem, Lenz y colaboradores.

1.1.2.1 Enfoque de Dorothea Orem

Desde 1958 Orem (1980) empezó a aislar los problemas que consideraba eran específicos a la enfermería. Ella utiliza tanto su experiencia como las generalizaciones empíricas, para conceptualizar que las personas sólo necesitan de la enfermería bajo ciertas condiciones cuando tienen limitaciones de autocuidado. El concepto del autocuidado de Orem es único y está basado en su experiencia. Orem dice que la Teoría sobre Déficit de Autocuidado en Enfermería expresa una acumulación de visiones que integran una variedad de clases de información a partir de situaciones de la práctica de enfermería (Orem 1983).

Orem (1985) define el autocuidado como "la producción de acciones dirigidas a sí mismo o al ambiente para regular el propio funcionamiento en los intereses de la vida de uno mismo, el funcionamiento integrado y el bienestar", se refiere al auto-cuidado como un sistema de "acción o un proceso dinámico" y especifica que es deliberado.

1.1.2.2 Enfoque de Elizabeth Lenz

Para Lenz (1997) La teoría de los síntomas desagradables propuesta por Lenz como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de síntomas, tiene 3 componentes mayores:

- Los síntomas que el individuo está experimentando.
- Los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la

experiencia del síntoma.

- Las consecuencias de la experiencia del síntoma.

Los síntomas son el enfoque central del modelo. Son los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimentan los pacientes. Los síntomas pueden ocurrir solos o en aislamiento el uno de otro pero que, más a menudo, se experimentan múltiples síntomas simultáneamente. Los síntomas múltiples pueden ocurrir juntos como resultado de un simple evento, tal como la cirugía, o un síntoma que puede preceder a otro. Cada síntoma se conceptualiza como una experiencia multidimensional, que puede conocerse y medirse separadamente o en combinación con los otros síntomas.

Aunque los síntomas difieren el uno del otro, varias dimensiones son comunes a través de los síntomas y poblaciones clínicas: intensidad (fuerza o severidad), coordinación (duración y frecuencia de la ocurrencia), nivel percibido de angustia (grado de incomodidad o molestia), y calidad. La intensidad se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que se experimenta, es la dimensión de los síntomas más a menudo dirigida en la valoración clínica y en la investigación.

Los síntomas también se pueden caracterizar por una dimensión variable del tiempo. La dimensión del tiempo incluye la frecuencia con la que un síntoma intermitente ocurre, la duración de un síntoma persistente, o una combinación en la duración y frecuencia de los síntomas que son intermitentes, pero persisten por los largos periodos de tiempo o que son crónicos pero que varían en intensidad. La dimensión del tiempo también puede referirse a la coordinación de la ocurrencia del síntoma relativa con actividades específicas.

La dimensión de la angustia de la experiencia del síntoma se refiere al grado al cual la persona es molestada por ésta. Un síntoma de alta severidad puede ser incapacitante para algunos individuos, pero mucho menos molesto para otros; ésta dimensión tiene influencia en la determinación del tratamiento, contribuye más a la calidad de vida. Los síntomas pueden variar en su calidad o en la forma

en que se manifiestan. La calidad a menudo se refleja por el vocabulario usado para describir cómo se siente el síntoma, la calidad del síntoma también puede incluir la descripción de la localización de una sensación dada, así como el grado al cual el paciente responde a una intervención particular.

En la teoría de los síntomas desagradables, se identifican 3 categorías de variables como influyentes en la ocurrencia, intensidad, coordinación, nivel de angustia, y calidad de los síntomas tales como los factores fisiológicos, factores psicológicos y factores situacionales.

Los factores fisiológico, psicológico y situacional afectan la predisposición de uno o la manifestación de un síntoma desagradable dado, cada síntoma puede variar en duración, intensidad, calidad y angustia. Además, el nivel y naturaleza de la experiencia del síntoma se propone que afectan la actuación del paciente, que incluye el estado funcional, el funcionamiento cognitivo, y la realización física.

Los antecedentes fisiológicos a menudo reflejan los síntomas desagradables; el componente psicológico del modelo incluye el estado mental del individuo o el humor, la reacción afectiva a la enfermedad, y el grado de incertidumbre y conocimiento acerca de los síntomas y sus posibles significados; y los factores situacionales incluyen aspectos del ambiente social y físico que pueden afectar la experiencia y reporte del síntoma del individuo.

La teoría de los síntomas desagradables sugiere desarrollar medidas de intensidad, tiempo, angustia, nivel y variables de calidad. La intensidad se mide usualmente por el auto reporte en una escala de puntuación numérica o análoga visual que representa la continuidad de la intensidad. La frecuencia y la duración se miden usualmente por medio del auto reporte y la observación y se expresa en unidades de tiempo. La angustia puede medirse cuantitativa o cualitativamente. La calidad puede operacionalizarse por medio de descriptores abiertos o de listas de carácter descriptivo.

La teoría de los síntomas desagradables es valiosa para individualizar las intervenciones y ajustarse a las características del paciente y al único patrón de los síntomas y también puede usarse para identificar intervenciones preventivas para modificar algunos de los factores que producen síntomas o desarrollar tratamientos innovadores que puedan aplicarse a través de los síntomas cuando estos ocurran.

1.1.2.3 Cuidado de enfermería

Para la real academia española (2013) la palabra cuidado viene de la palabra cuidar, solicitud, esmero y atención que se pone en ejecución de una cosa, asunto o negocio que se tiene a su cargo. Y la palabra cuidar procede del latín cogitare ("pensar " y por extensión, "pensamiento "de cogitatus), verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia, solicitud y esmero en hacer algo, es asistir, guardar v vigilar y conservar los términos que denotan una acción con un fin y a la cual bajo cierto parámetro recae sobre alguien o sobre algo.

El cuidado cuando es realizado por personas entrenadas como en el caso de los profesionales de enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico , instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no solo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de buscar la armonía de los múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estado negativo de displacer, disconformidad o anormalidad que caracterizan a la enfermedad, a un estado positivo de placer, confort o normalidad por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de su salud.

Las diferentes enfermeras teoristas de cuidado de enfermería como Hildegarde Peplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper, Callista Roy, Dorotea Orem, Virginia Henderson entre otras, se refieren al cuidado como parte fundamental de la práctica de enfermería; a la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se

ejerce la acción de cuidar. A la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando se da en el continuo salud - enfermedad y al cuidado que da la enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

La intervención de la enfermera para los cuidados en el paciente con infarto agudo de miocardio cobra importancia; es así como la enfermera debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar 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 se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación. La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena. El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática.

El examen físico revela información sobre la situación actual del paciente. Los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre los cuales se establece el plan de cuidado de enfermería. Es importante por ello, que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, ya que el paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda presenta cambios muy específicos en relación con éste e igualmente la enfermera debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación. Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar la presencia del infarto están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma, siendo su control y análisis

responsabilidad de la enfermera. Igualmente está el control de gases arteriales el cual permite evaluar la oxigenación y el balance ácido-básico, guiando el tratamiento y asegurando una oxigenación óptima.

Con base en los hallazgos y datos enunciados la enfermera identifica y define los problemas reales y/o potenciales que presenta el paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda. Para cada uno planea actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prevé que la atención proporcionada sea de calidad.

CAPITULO II: ANÁLISIS Y RESULTADOS

2.1 Valoración de enfermería

2.1.1 Datos de filiación

- Nombre de la paciente	:	G. E. M. C.
- Fecha de intervención	:	10 de enero del 2018
- Centro de atención	:	Clínica Stella maris
- Edad	:	60 años.
- Sexo	:	Masculino.
- Estado Civil	:	Divorciado.
- Raza	:	Blanca.
- Ocupación	:	Abogado Poder Judicial.
- Lugar de nacimiento	:	Lima.
- Procedencia	:	Lima.
- Persona informante	:	Hija.

2.1.2 Situación problemática

Paciente adulto maduro, de 60 años, sexo masculino, identificado como G.E.M.C. llega al Servicio de Emergencias a las 10 am, deambulando con apoyo de su hija, observándose fatigado, ceños fruncidos, con faz quejumbrosa, con tez pálida, aleteo nasal, hiper ventilando, taquicárdico, diaforético, cogiéndose la mano en el pecho. A la entrevista el paciente refiere “me duele demasiado el pecho, y el dolor se va hasta el cuello y me adormece, tengo sensaciones de nauseas, siento que se me va el aire, ¡parece que me voy a morir...ayúdenme...!, Su familiar refiere que en estas dos últimas semanas ha estado con bastante trabajo, quedándose hasta altas horas de la noche y que

el dolor inicio hace unas 8 horas.

Funciones Vitales:

F.R: 28 x min.

P/A: 140/ 90 mmHg

F.C: 120 x min.

Sat O2: 90 %

2.1.3 Exámenes auxiliares y laboratorio

EKG: Elevación de segmento ST en V1, V2, V3 Y V4

Enzimas: Troponina I: 0.30ng/dl

CPK-MB: 40 ng/dl

AGA

FiO2 21; PH 7,410; PCO2 46; PO2 57; HCO3 22; SatO2 90%

Glucosa 90 mg / dl, urea 30 mg / dl, creatinina 0.8 mg/dl

Electrolitos: Sodio 140, potasio 4.0

Hematología: Leucocitos 8000 Hemoglobina 14,01; Hto 36,9 Plaquetas 236000

- **Bioquímica:**

- Triglicéridos	216,4 mg/dl
- Colesterol	185 mg/dl
- Colesterol HDL	43.6 mg/dl
- Colesterol LDL	118 mg/dl
- Colesterol VLDL	23.40 mg/dl
- Relación colesterol total / HDL	4.24 mg/dl
- Relación colesterol LDL/HDL	2.71 mg/

- **Indicación Médica:** NPO

✓ AAS 325 mg V.O Stat

- ✓ Clopidogrel 300mg VO Stat
- ✓ Atorvastatina 80mg VO STAT
- ✓ Morfina 3 mg Stat
- ✓ Isorbide 5mg S.L PRN dolor torácico
- ✓ Omeprazol 40 mg ev stat
- ✓ O2 x C.B.N 3 L x Min PRN Sat. < 95 %
- ✓ Hospitalización: UCI

A las 11 am En cuidados intensivos se agrega al tratamiento:

- **Indicación Médica:** NPO
 - ✓ Nitroglicerina 50 mg + 100 cc dextrosa 5 % a 2 cc/h.
 - ✓ Morfina 3 mg stat
 - ✓ Enoxaparina 60 mg
 - ✓ Alprazolam 0.5 mg stat
 - ✓ I/C Hemodinamia

Una hora después de su llegada a UCI, el paciente es trasladado al servicio de Hemodinamia donde se le prepara para la realización de un cateterismo cardíaco. Se realiza procedimiento por arteria radial derecha, se realiza una cinecoronoangiografía mostrando un tronco común sin lesiones. Descendente anterior (DA) ocluida a nivel de la primera diagonal teniendo lesión severa. Circunfleja se presenta sin lesiones significativas. La coronaria derecha presenta irregularidades, aunque sin lesiones severas. Finalmente, el cateterismo se convierte en Angioplastia coronaria más implantación 1 stent. A las 2 pm el paciente regresa a UCI donde se brinda el soporte hemodinámico respectivo.

2.1.4 Diagnóstico médico: IMA ST ELEVADO

2.1.5 Motivo de consulta

- ✓ Dolor opresivo, debilidad.
- ✓ Fatiga, falta de aire, palidez, náusea.

2.1.6 Antecedentes personales

Dislipidemia: Hace dos años

2.1.7 Hábitos nocivos

- ✓ Alcohol (Semanal)
- Sedentarismo (Si)
- ✓ Obesidad (Si)
- ✓ Café (diario)

2.1.8 Hábitos alimenticios

Frituras	(Inter diario)	Harinas	(Diario)
Gaseosas	(Si)	Carne de res	(Si)
Pollo	(Si)	Pescado	(c/15 días)
Frutas	(A veces)	Verduras	(No)

*** Dieta: alimentación desordenada con alto predominio de grasas y carbohidratos, escaso consumo de frutas y verduras.

2.1.9 Antecedentes familiares

Padre: HTA

Madre: Ninguno

2.1.10 Examen físico

APARIENCIA GENERAL

Paciente adulto, en AMEG, AREN, ABEH

SISTEMA NEUROLÓGICO

- Estado de Conciencia : Lucido, Orientado (Escala de Glasgow = 15 ptos.)

- Conducta : Asequible.
- Pupilas : Isocóricas.
- Signos Meníngeos : Ausentes.
- Sistema Músculo-Esquelético edemas : Conservado, no lesiones, no edemas

SISTEMA RESPIRATORIO

- Tipo de respiración : Taquipnea , respiración superficial
- Ruidos Respiratorios : Ninguno.
- Oxigenoterapia : Con apoyo ventilatorio por CBN a 3 L x min.
- Sat. O2 95%

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Ruidos : Normales de buena intensidad, normofonéticos no soplos, no frotos
- Ritmo :Taquicardia
- Pulso Periférico : Radial, pedio normal.
- EKG : Inversión de la onda T desde V1 a V4,ritmo sinusal,
- Escala Análoga de Dolor : 8/10

SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Abdomen : Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin presencia de masas y nódulos
- RHA : Presentes, deposiciones normales

SISTEMA GENITO URINARIO

Estructura: Conservada de acuerdo a edad, orina clara s/ p.

SISTEMA TEGUMENTARIO

- Piel y mucosas : Húmedas, hidratadas.
- Piel : integra, frialdad, sudorosa, pálida, no edemas

2.2 Valoración de enfermería según dominios

1. DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Paciente expresa que nunca tomó medidas de prevención debido al ritmo agitado de vida y por el trabajo que desempeña; durante muchos años su dieta se mantuvo a predominio de grasas y carbohidratos, toma alcohol semanalmente por compromisos sociales y de trabajo, tabaco y café diariamente por costumbre, no realiza deporte por falta de tiempo, ahora concientiza que requiere mucho cuidado para su salud en cuanto al manejo de hábitos saludables.

Clase 2: Manejo de la Salud: Paciente se muestra preocupado ansioso refiere que conoce de manera superficial acerca de su diagnóstico y riesgos, desconoce la acción de los fármacos y el tiempo que los tomará y los efectos colaterales por lo que desea que se explique ampliamente.

2. DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Alimentación a predominio de carbohidratos y grasa (parrillas, Broster, pollo a la brasa, chuletas, chicharrones, jaleas, piqueos, lomo saltado), consumía alcohol casi todos los fines de semana por compromisos sociales, café diariamente por costumbre durante las horas laborales. Actualmente paciente en reposo por indicación médica NPO, además refiere no sentir apetito por ambiente extraño y sentirse decaído, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes en cuatro cuadrantes.

Clase 5: Hidratación: Piel turgente, sudorosa, mucosas sin signos de deshidratación.

3. DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO.

Clase 1: Reposo/Sueño: Paciente en posición semifowler manifiesta interrupción del sueño, durante la noche se despierta en 4 oportunidades, con múltiples preocupaciones acerca de su enfermedad y vida futura, además la deambulación de personal, timbre de máquinas y oxígeno lo despiertan rápidamente.

Clase 2: Actividad/ejercicio: Paciente en reposo, con actividad física limitada (aseo, alimentación), no tolera la actividad.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Paciente con cansancio a la actividad, fatiga, dolor, intolerancia a la actividad, saturación de oxígeno al 95%, con soporte de O2 x CBN, FC: 120 lat. x min., FR: 26 x min., P/A 120/60 mmhg. Ruidos cardiacos normales de buena intensidad, normofonéticos no soplos, no frotos, pulso Radial y pedio normal, taquicardia sinusal, elevación del segmento st desde V1 a V4, ritmo sinusal

4. DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN.

Clase 2: Autoestima: Paciente refiere sentirse triste, con impotencia de poder realizar sus actividades, desvalía por su estado de salud, refiere que su vida ya no será la misma.

5. DOMINIO 7: ROL/RELACIONES.

Clase 2: Relaciones familiares: Paciente divorciado hace 1 año, vive solo actualmente, mantiene malas relaciones con esposa e hijas después del divorcio, su hija mayor es la única con la que se comunica constantemente y la cual se muestra angustiada, ansiosa por situación actual de padre.

6. DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Manifiesta que no hay privacidad, se siente ansioso con deseos de alta médica y volver al trabajo, no está acostumbrado a estar en cama refiere cólera y a la vez temor a morir o repetir nuevamente el episodio actual con consecuencias graves.

7. DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN.

Clase 1 Infección: Paciente con vía periférica, hospitalización.

8. DOMINIO 12: CONFORT.

Clase 1: Confort físico: Dolor, Fatiga, intolerancia al ejercicio, cansancio.

Clase 2: Confort Ambiental: Refiere sentirse incómodo por falta de privacidad ambiente pequeño, personal deambula todo el día, equipos emiten ruido, con muchos deseos de estar en casa.

Clase 3: Confort Social: Se siente solo casi abandonado, refiere que sus demás hijas no han mostrado preocupación por lo que ha pasado, por lo que le gustaría pasar más tiempo con su hija mayor.

9. DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

Clase 1 Crecimiento: Peso: 90 kg. Talla: 1.68 m. IMC: 31.89 kg/m²
(18,50 – 24,99)

2.3 Diagnósticos de enfermería

Se tiene lo siguiente:

- ✓ Alteración de la perfusión tisular cardiaca relacionado con isquemia aguda r/c elevación de segmento ST en V1,V2,V3 Y V4. Disminución del gasto cardiaco r/c disminución de la precarga, post carga y contractibilidad miocárdica, evidenciado por piel fría sudorosa, llenado capilar mayor 3 “, falta de aliento, taquicardia 120x.
- ✓ Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado por estar quejumbroso con una escala de eva 8/10.
- ✓ Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar.
- ✓ Manifestado por Po2 57mmhg, taquicardia 120 x', taquipnea frecuencia respiratoria 28 x', disnea y palidez de la piel.
- ✓ Ansiedad R /C Situación actual de salud Evidenciado por facies de angustia, desconocimiento de la situación, sensación de pérdida de control de su vida e independencia.
- ✓ Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- ✓ Riesgo e sangrado en zonas de punción arterial, venoso y formación de hematomas relacionado a procedimiento terapéutico y uso de medicación anticoagulante.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos: paciente refiere "me duele el pecho muy fuerte "</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>EVA 8/10. FC:120 X` P/A:140/90mmhg EKG: ST elevado V1,V2,V3 Y V4. Enzimas cardiacas Troponina : 0:30ng/dl CPK : 40ng/dl</p>	<p>Alteración de la perfusión tisular cardiaca relacionado con isquemia aguda r/c elevación de segmento ST en V1, V2, V3 Y V4</p>	<p>Paciente lograra mejorar la perfusión tisular cardiaca en 3 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se toma electrocardiogramas de 12 derivaciones seriados ✓ Se monitoriza el ritmo y la frecuencia cardiaca. ✓ Se ausculta los sonidos cardiacos. ✓ Se coloca oxigeno suplementario con cánula binasal a 2 litros por minuto. ✓ Se ajusta los parámetros de alarma del monitor de ECG. ✓ Se monitoriza los cambios de ECG que aumenten el riesgo de desarrollo de arritmias (monitorización de arritmias, segmento ST, isquemia e intervalo QT). ✓ Se canaliza una vía endovenosa de grueso calibre nº 18 según corresponda. ✓ Se administra solución salina y vasodilatadores como nitroglicerina prescritos endovenosa. 	<p>Paciente despierto con cateterismo cardiaco exitoso, queda con stent medicado.</p> <p>FUNCIONES VITALES P/A: 110/70mmhg Fc: 90 x` Fr:20 X`</p> <p>Nuevo EKG de control con disminución del segmento ST en V1, V2, V3 Y V4.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos: paciente refiere” me falta de aire y tengo frio en todo el cuerpo”</p> <p>P/A: 140/90mmhg FC: 120 X` FR: 28 X` SPO2:90 %</p> <p>EKG: ST elevado V1,V2,V3 Y V4.</p>	<p>Disminución del gasto cardiaco r/c disminución de la precarga, post carga y contractibilidad miocárdica , evidenciado por piel fría sudorosa, llenado capilar mayor 3 “, falta de aliento, taquicardia 120x ^</p>	<p>Paciente lograra mejorar el gasto Cardiaco Durante el turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se coordina con hemodinamia para cateterismo cardiaco ✓ Se traslada paciente a hemodinamia . ✓ Se administra oxigeno por cánula binasal. ✓ Se mantiene en reposo absoluto al paciente. ✓ Se monitoriza electrocardiograficamente en forma permanente y valora constantemente para detectar arritmias. ✓ Se toma electrocardiograma para determinar la localización, extensión y evolución del infarto. ✓ Se coordina con ecografía y cardiólogo para Ecocardiograma. ✓ Se administra medicamentos según indicación médica, nitroglicerina en infusión, aspirina 325 mg, clopidogrel 300 mg, morfina 3 mg, enoxaparina 60 mg y alprazolam 0.5 mg. 	<p>Paciente recupera ritmo cardiaco.</p> <p>FUNCIONES VITALES P/A: 110/70mmhg Fc: 90 x ` Fr:20 X`</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos: paciente refiere "me duele el pecho muy fuerte "</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>EVA 8/10. FC:120 X` P/A:140/90mmhg FR:28X`</p>	<p>Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico manifestado por estar quejumbroso con una escala de eva 8/10</p>	<p>Paciente referirá disminución del nivel de dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se administra morfina 3 mg endovenoso stat según indicación medica ✓ Se valora efecto y respuesta a la administración del analgésico. ✓ Se proporciona medio ambiente favorable para el descanso y se disminuye el ruido. ✓ Se monitoriza el grado de satisfacción del paciente con el control de dolor a intervalos específicos. 	<p>Paciente post cateterismo más estable responde al tratamiento de analgésicos.</p> <p>EVA de 3/10. Fc 90 x ' P/A: 110/70mmhg. FR:20 X`</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos: paciente refiere sensación de falta de aire y frío en todo el cuerpo.</p> <p>P/A:140/90mmhg FC: 120 X` FR: 28 X` SPO2:90 %</p> <p>AGA FiO2 21; PH 7,410; PCO2 46; PO2 57; HCO3 22; SatO2 90%</p> <p>EKG: ST elevado V1, V2, V3 Y V4.</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar</p> <p>Manifestado por Po2 57, taquicardia 120 x', taquipnea frecuencia respiratoria 28 x', disnea y palidez de la piel.</p>	<p>Paciente lograra un adecuado intercambio de gases</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se administra oxigeno suplementario por cánula binasal ✓ Se proporciona reposo absoluto en cama ✓ Se controla gases arteriales e interpretará según necesidad en coordinación con medico intensivista. ✓ Se realiza monitoreo de frecuencia respiratoria, ritmo y características constantemente. ✓ Se realizará valoración de la coloración de la piel, mucosa oral, región peribucal y uñas. ✓ Se enseña al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza según necesidad. ✓ Se coordina para control de AGA 	<p>Paciente refiere estar más aliviado, no siente opresión en el pecho , facia de tranquilidad .</p> <p>Fc 90 x` P/A: 110/70mmhg. FR:20 X`</p> <p>AGA control FiO2 28; PH 7,420; PCO2 36; PO2 100; HCO3 22; SatO2 95%</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere sentirse triste, con impotencia de poder realizar sus actividades, desvalía por su estado de salud, refiere que su vida ya no será la misma.</p>	<p>Ansiedad R /C Situación actual de salud</p> <p>Evidenciado por facies de angustia, desconocimiento de la situación, sensación de pérdida de control de su vida e independencia.</p>	<p>Paciente manifestara sentimientos de tranquilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se administra alprazolam 0.5 mg de acuerdo a prescripción médica ✓ Se explica al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad y tratamiento. ✓ Se explica al paciente todo procedimiento que se le realice buscando brindarle seguridad. ✓ Se coordina para que el personal de enfermería sea el mismo para proveer continuidad y confianza en el cuidado. ✓ Se coordina tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado. ✓ Se proporciona al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación 	<p>Paciente manifiesta sentimientos de tranquilidad durante la estancia hospitalaria.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
			<p>actual de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se identifica 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. ✓ Se informa y se hace participar a la familia en el tratamiento y recuperación del paciente. 	

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Funciones vitales</p> <p>P/A:140/90mmhg FC: 120 X' FR: 28 X` T:36,7</p>	<p>Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos</p>	<p>El paciente no estará expuesto a riesgos de infección durante la estadía en UCI y durante cateterismo cardiaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento. ✓ Se utiliza métodos de barrera al estar en contacto con el paciente. ✓ Se monitoriza de las funciones vitales enfatizando la temperatura. ✓ Se vigila signos de infección en las zonas de inserción de catéteres. ✓ Se vigilar la permeabilidad de la vía periférica 	<p>Paciente con ausencia de fiebre.</p> <p>Tº 36.8 ºc</p> <p>Recuento de leucocito en hemograma de control dentro de los límites normales.</p> <p>Leucocitos: 8560 mm.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Datos subjetivos: Paciente manifiesta “la banda radial en mi mano derecha me presiona un poco fuerte mi mano y me incomoda “</p>	<p>Riesgo e sangrado en zonas de punción arterial, venoso y formación de hematomas relacionado a procedimiento terapéutico y uso de medicación anticoagulante.</p>	<p>Paciente lograra mantener una perfusión distal derecha adecuada sin evidencia de sangrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al regresar de su cateterismo cardiaco se ubica al paciente en su unidad y debe permanecer en reposo con la extremidad superior derecha inmóvil. ✓ Se revisa el pulso periférico, temperatura, sensibilidad, y color de la extremidad para identificar los signos de hemorragia, hematoma o insuficiencia arterial. ✓ Se desinfla el globo de la banda radial derecha según protocolo (a las 4 horas después del cateterismo retirar 3 cc de aire, luego si no hay evidencia del sangrado retirar 3 cc cada hora hasta retiro de banda radial). ✓ Se indica al paciente que realice ejercicios abriendo y cerrando la mano para favorecer la circulación y retorno venoso. 	<p>Paciente con adecuada perfusión distal derecha sin evidencia de sangrado.</p> <p>INR control a las 6 horas 1.8</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

- 1) 1.Resulta evidente que el estilo de vida actual, el estrés, los medios de comunicación y los malos hábitos alimenticios, han generado una alarmante epidemia, no sólo por el estado de salud de la población, a nivel económico o infraestructura hospitalaria, sino que socialmente nos estamos convirtiendo en una población de adultos en edad productiva con un gran número de discapacitados, y peor aún es el hecho de que dichas discapacidades se podrían prevenir manteniendo un estilo de vida saludable.
- 2) Es vital que el profesional de enfermería conozca sobre la fisiopatología del infarto agudo de miocardio para que realice un adecuado trabajo planificado mediante el proceso de enfermería que es metodológico y científico. La valoración debe realizarse desde el ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos, detectando las necesidades de cada individuo, lo que orienta hacia el diagnóstico de enfermería y la consiguiente planeación y ejecución de los cuidados que se deben brindar, para una posterior evaluación y en caso necesario cambio del plan de cuidados que permitirá brindar un cuidado humano oportuno.
- 3) La realización de un plan de cuidados permite identificar las prioridades del enfermo, así como el registro de las intervenciones de enfermería; garantiza la continuidad, individualidad y calidad de los cuidados. Permite, además, evaluar nuestras acciones, lo que disminuye la posibilidad de complicaciones, así como su revisión constante para producir los cambios necesarios.
- 4) El profesional de enfermería es un punto de referencia para el paciente y la familia, por lo que debe efectuar medidas de prevención, ya que es el responsable de orientar el autocuidado.

3.2 Recomendaciones

Las recomendaciones del presente trabajo están dirigidas a la jefatura de enfermería de la Clínica Stella Maris.

- 1) Este plan servirá de guía de intervención de enfermería ya que usar el proceso es una herramienta fundamental en el desarrollo de la profesión, previamente se socializará y se solicitará su aprobación.
- 2) Mejorar estilos de vida saludable enfatizando la prevención y promoción de salud.
- 3) Se deben crear programas en el establecimiento de salud para poder realizar seguimiento a los pacientes después del alta y/o coordinar con los establecimientos de salud de la jurisdicción de los pacientes para la recuperación total del paciente.
- 4) Fortalecer el ámbito investigativo por parte de enfermería para de esta manera continuar con la línea de identificación de debilidades en la atención con el fin de que se puedan intervenir de manera oportuna y establecer protocolos de atención en diagnósticos coronarios.
- 5) Continuar con la evaluación y seguimiento continuo como se ha venido haciendo hasta ahora, de manera cercana al desarrollo de los procesos de la institución, asegurando de esta manera el buen funcionamiento y efectividad de los servicios de salud que se brindan a la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ARANGO, JUAN Y GOMEZ, JUAN. Enfermedad arterial coronaria: angina inestable. En: ACUÑA, Jairo, et al. Texto de Cardiología. Bogotá, Colombia: Sociedad de cardiología y cirugía cardiovascular, 2007.
- 2) BAZ J, IÑIGUEZ A, GARCÍA E, SERRA A, MACAYA C. Tratamiento de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol Supl. 2010
- 3) BURNS, NANCY Y GROVE, SUSAN. Investigación en enfermería. 3a. ed. España: Elsevier, 2004.
- 4) CESPEDES, VIVIANA. Modelo conceptual del manejo del síntoma: clasificación por percepción, evaluación y respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo; originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia. Tesis doctorado en enfermería. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, 2009.
- 5) CUERVO ESTUPIÑAN LD. GARZÓN GUEVARA M. Cambios en el estado de vida adoptados por las personas que asisten a programas de prevención de factores de riesgo cardiovasculares. Colombia. Actual enfermería 2003.
- 6) CORTES, LUIS ALBERTO. Tipificación del síntoma dolor torácico tipo isquémico en la mujer, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. En: Revista avances en enfermería. Julio – Diciembre, 2007, vol. 25.
- 7) DÉGANO I, ELOSUA R, MARRUGAT J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013.
- 8) ELOSUA R, MARRUGAT J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España. In: Guindo J, editor. Síndrome Coronario Agudo. Vol. 1. 1ª ed. Barcelona: J&C; 2006.

- 9) ECHANOVE, ILDEFONSO, ET AL. Características diferenciales y supervivencia del infarto agudo de miocardio en la mujer. Registro de infartos agudos de miocardio de la ciudad de Valencia (RICVAL). En: Revista española de cardiología. Diciembre, 1997, vol. 50.
- 10) FERREIRA-GONZÁLEZ I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. 2014.
- 11) Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Rev Fac Med UNAM. 2010.
- 12) GARCÍA-GARCÍA C, SANZ G, VALLE V, MOLINA L, SALA J, SUBIRANA I, et al. Evolución de la mortalidad intrahospitalaria y el pronóstico a seis meses de los pacientes con un primer infarto agudo de miocardio. Cambios en la última década. Rev Esp Cardiol. 2010.
- 13) JARAMILO, NICOLÁS Y TORRES, YOLANDA. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo a la luz de Framingham. En: Revista CES Medicina. Julio – Diciembre, 2004.
- 14) MANUEL BARREIRO PÉREZ. Grado de Conocimiento sobre la Enfermedad Cardíaca. 2009 al 2014.
- 15) MILLARD R, TRANTER M. Biomarcadores no troponínicos, complementarios, alternativos y presuntos, para el síndrome coronario agudo: nuevos recursos para los futuros instrumentos de cálculo del riesgo. Rev Esp Cardiol. 2014.
- 16) MINISTERIO DE SALUD, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. 2013 updated 14/03/2013; cited 2015 12/12/2015]. Available from: <http://www.ine.pe/prensa/np770.pdf>.
- 17) MORAN A, ODDEN M. Tendencias en la mortalidad por infarto de miocardio en España y Estados Unidos: ¿una carrera cuesta abajo o cuesta arriba en el siglo XXI? Rev Esp Cardiol. 2012.
- 18) MARÍN F, DÍAZ-CASTRO O, RUIZ-NODAR J, GARCÍA B, SIONIS A, LÓPEZ J, et al. Actualización en cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos. Rev Esp Cardiol. 2014.

- 19)NICHOLS M, TOWNSEND N, SCARBOROUGH P, RAYNER M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. Eur Heart J. 2013.
- 20)ORTIGOSA J, SILVA L. Estrategias de reperfusión en el infarto agudo. Rev Esp Cardiol. 2008.
- 21)OMS / organización mundial de la salud. Disponible en www.who.int/es/
- 22)REINA A, MAZA B, MANZANO F. ¿Cuál es el escenario actual de la reperfusión en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del ST? Cardiocore. 2011.
- 23)ROGER H, COLLEN D. Farmacología de los fibrinolíticos. In: Verheugt F, editor. Tratamiento de la reperfusión coronaria en la práctica clínica. 1ª ed. Barcelona: J&C; 2006.